



Número: **0827913-14.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 16200.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	IZABELA ROQUE DE SIQUEIRA FREITAS E FREIRE
AUTOR	JUSCELINO DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14577 464	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS PESSOAIS	Outros Documentos
14577 356	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS DE OCORRENCIA	Outros Documentos
14577 354	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS MÉDICOS E DESPESAS COM MEDICAMENTOS	Outros Documentos
14577 459	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS MÉDICOS	Outros Documentos
14577 471	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS PROCESSO ADMINISTRATIVO DA LIDER	Outros Documentos
14577 357	31/05/2018 14:58	DOCUMENTOS REFERENTES AO ACIDENTE	Outros Documentos
14577 340	31/05/2018 14:58	negativa de seguro	Documento de Comprovação
17098 687	09/10/2018 18:35	Despacho	Despacho
19511 125	27/02/2019 13:08	Certidão	Certidão

PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante infra qualificado confere aos mandatários, também qualificados, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE: JUSCELINO DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO **Estado civil:** SOLTEIRO **profissão:** COBRADOR DE ÔNIBUS

CPF nº 078.611.464-99 **RG de nº** 3208439

Endereço: RUA GAL PEDRO GONÇALVES DE MEDEIROS

CEP: 58000-00

Não Possui endereço Eletrônico, Nº do PIS/NIT:

OUTORGADOS: Joacil Freire da Silva Júnior, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 22.711, Izabela Roque de Siqueira Freitas e Freire, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 21.953, Mirtes Rodrigues de Lucena, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 22.000 e Cintia Beatriz Roque de Siqueira Freitas, bacharela em Direito, portadora do CPF sob o nº087.761.154-88, ambos com escritório profissional na Av. Cruz das Armas, nº2528, sala nº04, Cruz das Armas, João Pessoa/PB, CEP nº 58087-000, Endereço eletrônico: sefadvogados@gmail.com, telefone: (83) 98719-3539 / 98758-7091

PARA O FIM ESPECIAL DE: Ingressar com ação judicial e/ou medida extrajudicial.

DOS PODERES: confere poderes para praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, podendo perante qualquer Vara, Tribunal ou Instância repartições públicas federais, estaduais e municipais, entidades autárquicas e paraestatais, pessoas físicas e jurídicas, de direito privado ou público, podendo ainda os outorgados nesta cidade ou onde se apresentarem-se com esta, fazerem carga de processos, defenderem os meus interesses e direitos perante qualquer juízo ou administração, em qualquer pleito iniciado ou por se iniciar, em que for autor ou réu, oponente ou assistente, proporem, requerimentos e ações contra quem de direito, requererem benefícios, variarem, renovarem, transigirem, fazerem acordos, receberem e darem quitação, confessarem, prestarem declarações, interpirem todos os recursos legais para qualquer tribunal ou instância, desistirem e assinarem desistências de ações, prestarem compromissos, levantarem alvarás, receberem citação e intimação. Finalmente, por lei, conferimos, ainda, aos outorgados, os poderes, por mais especiais que sejam, podendo renunciar aos valores que ultrapassaram o teto delimitador da competência dos JEFs. ao tempo do ajuizamento da ação, para defenderem a execução deste mandato, inclusive aqueles que dependam de delegação especial e que não estejam, aqui, expressamente, mencionados, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo substabelecerem o presente mandato com ou sem reserva de poderes, tudo limitado ao fim especial constante do cabeçalho.

DA HIPOSSUFICIÊNCIA: Declara ainda o(a) outorgante(s), nos termos da Lei nº7.115, de 29/08/1989 e ainda, com a finalidade de obter a gratuidade da justiça (Lei de nº1.060, de 05/02/1950, que não possui condições econômico-financeiras de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e/ou da família, estando ciente de que, se falsa for esta declaração, incorrerá nas penas do crime do art. 299 do CPB (falsidade ideológica).

DO CONTRATO DE HONORÁRIOS: Ressalta-se que declara o(a) outorgante(s), esta ciente e ainda se compromete a efetuar o pagamento aos outorgados, no percentual de 30% (trinta por cento), a título de honorários advocatícios, de tudo o que vier a receber com o êxito processual, mediante acordo ou resolução extrajudicial, que ocorra a partir da data de assinatura desta procuração, em favor dos advogados supracitados, daquilo que for condenado/acordado, servindo este instrumento como prova de contratação.

João Pessoa/PB, 30 de Maio 2018.

Juscelino da Silva
OUTORGANTE

Avenida Cruz das Armas, nº 2528, sala 04-Térreo, CEP nº 58087-000, João Pessoa-PB.
(83) 98719-3539 / 98758-7091 / 98869-9922 / 98637-7632 / 3512-5058
E-mail: sefadvogados@gmail.com

Pag

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAÍBA

NOME
 JUSCELINO DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. EMISSOR DE
 3209439 SSP PB

CPF
 078.611.464-99

DATA NASCIMENTO
 01/03/1985

FRACÇÃO
 JOAO FERNANDES DA
 SILVA
 BENEDITA DA CONCEICAO
 SILVA

PERMISSÃO
 000000000000

ACC
 000000

CATEGORIA
 AD

Nº REGISTRO
 06298355544

DATA DE EMISSÃO
 24/02/2023

1ª EMISSÃO
 09/02/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1494405359

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1494405359

ORGANIZAÇÃO
 CETCV;
 EAR;

ganchinho de adesão
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 04/08/2017

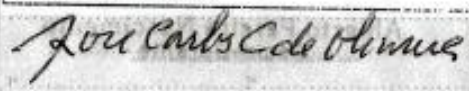
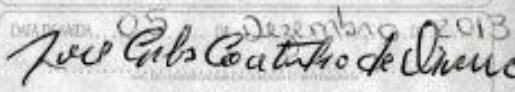
Assinado
 ASSINATURA DO EMISSOR

10528631390
 PB034157204

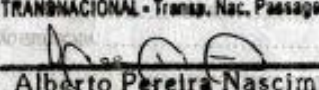
PARAÍBA

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR	
GRUPO SANGÜÍNEO INTEREST	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DIABETE</div> <div>HEMOPHILIA</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO </div>
ALERGIAS	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 871, de 12 de julho de 1993)	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
CARTEIRAS ANTERIORES	
NÚMERO _____ SERIE _____ UF _____ DATA DE EMISSÃO _____ DATA DE EXPIRAÇÃO _____	
NÚMERO _____ SERIE _____ UF _____ DATA DE EMISSÃO _____ DATA DE EXPIRAÇÃO _____	
NÚMERO _____ SERIE _____ UF _____ DATA DE EMISSÃO _____ DATA DE EXPIRAÇÃO _____	
NÚMERO _____ SERIE _____ UF _____ DATA DE EMISSÃO _____ DATA DE EXPIRAÇÃO _____	

06

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPRESA:	JOSE CARLOS COUTINHO DE OLIVEIRA
CNPJ/CEI:	06.985.534/0001-09
ENDEREÇO:	RUA BARÃO DE MAMANGUAPE
ESP. ESTABELECIMENTO:	0
CARGO:	BALCONISTA
DATA DE ADMISSÃO:	01/03/2013
REGISTRO:	0 FLS/FICHA: 0
REMUNERAÇÃO:	R\$ 726,00
SETECENTOS E VINTE E SEIS REAIS	
 DATA DE ASSINATURA: 05 de Dezembro de 2013 	
COM. DEPENDÊNCIA	
RGIS Nº DA CONTRA	

07

CONTRATO DE TRABALHO	
Empregador: TRANSNACIONAL TRANSP MAC DE PASS LTD CNPJ: 12.817.006/0001-13 Endereço: AV. DIUGENES CHIANCA BR 230 KM23 Município: João Pessoa Est: PB Atividade: TRANSPORTE COLETIVO Cargo: COBRADOR CBO 2002: 511215 Admissão: 03/02/2014 Ficha: 000006714 Remuneração: R\$ 804,0000 (oitocentos e quatro reais) Manual	
TRANSNACIONAL - Transp. Nac. Passageiros Ltda ASSINATURA E CARIMBO  Alberto Pereira Nascimento Sócio-Gerente	
DATA DE ASSINATURA _____ DE _____ DE _____ LOCAL _____	
COM. DEPENDÊNCIA Nº _____ RGIS Nº DA CONTRA _____	

08

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
COBRADOR	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESA DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
DATA DE ADMISSÃO	DE _____ DE _____
REGISTRO Nº	FLS/FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA	
DATA DE ASSINATURA	DE _____ DE _____
LOCAL	
COM. DEPENDÊNCIA Nº	
RGIS Nº DA CONTRA	

09

Indicadores de Qualidade		F-2072-Motiva	
Limites da ANEEL	Limites Apurados	Limite de Tensão (V)	
110,00 - 126,00	110,00	220	
126,00 - 138,00	126,00	NOMINAL	
138,00 - 147,00	138,00		
147,00 - 156,00	156,00		
156,00 - 165,00	165,00		

Classificação	Diferencial	Valor (R\$)	%
1	Serviço de Out de Emergência	7,20	100,00
2	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
3	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
4	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
5	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
6	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
7	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
8	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
9	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
10	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
11	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
12	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
13	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
14	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
15	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
16	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
17	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
18	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
19	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
20	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
21	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
22	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
23	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
24	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
25	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
26	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
27	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
28	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
29	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
30	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
31	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
32	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
33	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
34	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
35	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
36	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
37	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
38	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
39	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
40	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
41	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
42	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
43	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
44	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
45	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
46	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
47	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
48	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
49	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
50	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
51	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
52	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
53	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
54	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
55	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
56	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
57	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
58	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
59	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
60	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
61	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
62	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
63	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
64	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
65	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
66	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
67	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
68	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
69	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
70	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
71	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
72	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
73	Manutenção de Emergência	7,20	100,00
74	Manutenção de Emergência	7,20	



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01883.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01883.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:14 horas do dia 10 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **JUSCELINO DA SILVA**, CPF nº 078.611.464-99, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Cobrador de Ônibus, filho(a) de Benedita da Conceição Silva e João Fernandes da Silva, natural de Pilões/PB, nascido(a) em 01/03/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Gal. Pedro Gonçalves de Medeiros, Nº 183, complemento Aptº 201 Bloco 33, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Colégio Napoleão Laureano, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98701-6947.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 101, Outros, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/07/17 18:39h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA DE COR PRETA ANO 2015, PLACA QFN-0139-PB, CHASSI Nº 9C2KC1650FR213312, EM NOME DE LIDIANE LUCIA FELISMINO, QUANDO FOI COLIDIDO PELO VEÍCULO GOL DE PLACAS NXX-8565-RN, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 20/09/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE CONTRA O CONDUTOR DO VEÍCULO GOL.

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

João Pessoa/PB, 10 de outubro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


JUSCELINO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01883.01.2017.1.00.420



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº 193.2017

Exame Requisitado: Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvt

Delegado(a) de Polícia Civil: Alberto Jorge Diniz e Silva

Local: João Pessoa/PB

Data: 10/10/2017

Ref.: BO Nº 01883.01.2017.1.00.420

Ilmo(a), Sr(a).

Dr(a). Fábio Almeida Gomes

Núcleo de Medicina e Odontologia Legal - João Pessoa/NUMOL-JP

João Pessoa/PB

Senhor(a) Gerente,

Requisitamos de Vossa Senhoria as providências para que no prazo legal (art. 160, parágrafo único do CPP, alterado pela lei 8.862/94) seja procedido o **Exame Corporal de Acidente de Trânsito - Dpvt** na pessoa abaixo qualificada, devendo responder os quesitos abaixo formulados e remeter o laudo para **Delegacia de Polícia Civil – Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital/PB**.

Periciando(a):

JUSCELINO DA SILVA, CPF nº 078.611.464-99, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Cobrador de Ônibus, filho(a) de Benedita da Conceição Silva e Joao Fernandes da Silva, natural de Pilões/PB, nascido(a) em 01/03/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Gal. Pedro Gonçalves de Medeiros, nº 183, Aptº 201 Bloco 33, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Colegio Napoleao Laureano, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato: (83) 98701-6947.

Histórico: Que Conduzia a Motocicleta Honda de Cor Preta Ano 2015, Placa Qfn-0139-pb, Chassi Nº 9c2ke1650fr213312, Em Nome de Lidiane Lucia Felismino. Quando Foi Colidido Pelo Veiculo Gol de Placas Nxx-8565-m, Sendo Socorrido Pelo Samu Para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena Conforme Laudo Medico Expedido Pelo Dr. Jose de Almeida Braga Crm Pb 2329, Datado de 20/09/2017, o Noticiante Não Deseja Representar Criminalmente Contra o Condutor do Veiculo Gol.

ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado(a) de Polícia Civil

Procedimento Policial: 01883.01.2017.1.00.420



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
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 707/030, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1722378, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JUSCELINO DA SILVA** idade 32 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 06/07/2017, na BR 101, Bairro: Costa e Silva - João Pessoa - aproximadamente às 18:39 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.


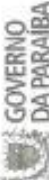




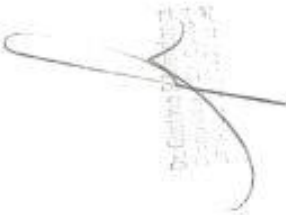
João Pessoa, 13 de Julho de 2017.

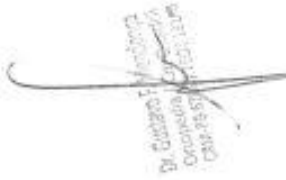
Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5 Região: 10171

SAMU 192 JP

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

 GOVERNO DA PARAIBA	 GOVERNO DA PARAIBA
 Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	 Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
 Cruz Vermelha Brasileira	 Cruz Vermelha Brasileira
<h3>Receituário</h3>	
Paciente: JUSCELINO DA SILVA	Idade: 32
Data: 06/07/2017 22:52:22	Sexo: Masculino
	CPF: Não Informado
USO ORAL	
1- ALGINAC 1000 1 CX	
TOMAR 1 CP DE 08:08H POR 5 DIAS	
	
Dr. ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO 9298/null	

<h3>Receituário</h3>	
Paciente: JUSCELINO DA SILVA	Idade: 32
Data: 06/07/2017 22:52:22	Sexo: Masculino
	CPF: Não Informado
USO ORAL	
1- ALGINAC 1000 1 CX	
TOMAR 1 CP DE 08:08H POR 5 DIAS	
	
Dr. ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO 9298/null	

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Num. 14577354 - Pág. 2

EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
FARMACIAS PAGUE MENOS
PCA 1817, 58
CENTRO-JOAO PESSOA-PARAIBA
CNPJ: 08.626.253/0113-58
IE: 16116508-7

07/07/2017 08:05:42 COO: 000083526

RELATORIO GERENCIAL

CIELO
MAESTRO

542820-8763-02/18

TA VÍR-CLIENTE

AUT-052867

DOC=000638 07/07/17 08:05 ANL-C
VENDA A CREDITO

VALOR: 66,40

COPOM: 000000000000000070070 MAC: 8138
NSU_ITF: 000628 LOJA: 0113 PDV: 015

www.mattar.com.br

CA: 015 LOJA: 113
66684 VEN: 5915



EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN: 0000000000000000
CNPJ: 08.626.253/0113-58 I.E: 161165087
PCA 1817, 58 - Centro, JOAO PESSOA
- PB

DUNFE AFI - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

QTD	DESC	QTD	JUN	TVL	UNIT	R\$1	TOT	ITEM	R\$2
1	455636	TIPOIR	DAUF	ESTOFADA	P 1	UNx47,00		47,00	
De:	49,35	Por:				47,00			
2	262293	ALGINAC	TUUMTS	CPD/15	1	UNx25,56		25,56	
De:	25,56	Por:				19,40			
Desconto									
DTB									
TOTAL DE ITENS									
VALOR TOTAL R\$									
Cartão de Débito									

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLÁ LÍDIANE, SEJA BEM-VINDA AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFÍCIOS
PERSONALIZADOS PRA VOCE.

PARABÉNS! VOCE É UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 8,51

SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2017 É DE R\$ 0,00.
ATUAL R\$ 500,00 ATÉ 31/12/2017 E SEJA UM CLIENTE
OURO.

*ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX-
CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SOMO COMPRAS SÃO CONTAB-
ILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M-
AIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 063.***.***-47
Operador: 66984 Vendedor: 5915
Frio Aprov: R\$ 4,58 Frio e R\$ 0,00 Est e R\$ 0,00 Muni
Fonte: IDPY: ca7913
Obrigado e Volte Sempre.

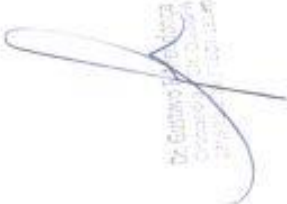

Número 000070070 Série 015 Emissão 07/07/2017 08:05:35
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfcv>

CHAVE DE ACESSO
2517 0706 6262 5301 1358 6501 5000 0700 7010 0019 9710

CPF: 0635839644 LÍDIANE LUCIA FELISBINO
Consulte via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 375170143827
07/07/2017 08:05:35

GOVERNO DA PARAIBA		GOVERNO DA PARAIBA	
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena		Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	
Cruz Vermelha Brasileira		Cruz Vermelha Brasileira	
Receituário		Receituário	
Paciente: JUSCELINO DA SILVA	Idade: 32	Paciente: JUSCELINO DA SILVA	Idade: 32
Data: 06/07/2017 22:52:22	BAE: 1012073	Data: 06/07/2017 22:52:22	BAE: 1012073
Sexo: Masculino	CPF: Não Informado	Sexo: Masculino	CPF: Não Informado
USO ORAL		USO ORAL	
1- ALGINAC 1000 1 CX		1- ALGINAC 1000 1 CX	
TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS		TOMAR 1 CP DE 08/08H POR 5 DIAS	
			
Dr. ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO 9298/null		Dr. ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO 9298/null	
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090		HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090	

no 2nd

MATRIZ:
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

ECT - EMP. GRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS		Ag: 30300436 - AC CRUZ DAS ARMAS	
JDAO PESSOA		- PB	
CPF: 34028316475993 101 -		Ins Est: 180745500	
COMPROVANTE DO CLIENTE			
Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU CNPJ/CPF: 09248606000104 Doc. Post: 3208439 Contrato: 9912280638 Cod. ADM: 11205709 Cartão: 62267855			
Movimento: 23/10/2017 Hora: 09:49:46 Caixa: 83516829 Matrícula: 84771950 Lançamento: 012 Atendimento: 00007 Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1375440430			
DESCRICAO	QTD	PRECO(R\$)	
SEGURO DPVAT ATE 30	1	21,75	
Peso real (g):		162	
Valor do Porte(R\$):		21,75	
CNPJ/CPF Remet: 07861146499			
Nome Remetente: JUSCELINO DA SILVA			
Endereco Remet: RUA Rua General Pedro Gons			
Cont. Endereco: alves de Medeiros, 183 BL 3			
Cap Remetente: 58088-770			
Cidade Remet: JAO PESSOA			
UF Remet: PB			
POSTAL RESPOSTA DPV	1	28,00	
Valor do Porte(R\$):		28,00	
Cap Destino: 20031-205 (RJ)			
Peso real (g):		162	
OBJETO: DV71078485488			
TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$): 49,75			
Valor Declarado não solicitado(R\$) No caso de objeto com valor utilize o serviço adicional de valor declarado			
A FATURAR Recomendado a prestação do(s) serviço(s) acima Prestado(s), o(s) qual(is) pagará(m) mediante apresentação de fatura. Os valores constantes de deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais RG: Ass. Responsável:			
SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78			
Os prazos de entrega poderão sofrer atrasos CAC- Capitais e Reg Metropolitano 30030100 Dados Locais: 08007257282			
VIA-CLIENTE			
SARA 7.7.08			

EMPREENHIMENTOS PAGUE-MENOS S.A.
FARMACIAS PAGUE MENOS
RUA COR AUGUSTO FERNANDES MAIA, 280
JOSE AMERIC ALMEIDA-JOAO PESSOA-PARAIBA
CNPJ: 06.626.253/0930-60
IE: 16277301-3

14/07/2017 16:27:56 CDD: 000030352

CIELO
MAESTRO

542820-8763-02/18

1a VIA-CLIENTE AUT=274167

DOC=000229 14/07/17 16:27 ONL-C
VENDA A DEBITO

VALOR: 55.40

CUPOM: 000000000000026064 MAC: 3149
NSU_CTF: 000229 LOJA: 0930 PDV: 003

www.outtar.com.br

CIELO
MAESTRO

542820-8763-02/18

2a VIA-ESTABELECIMENTO AUT=274167

0010797796360001/POS=41086032
DOC=000229 14/07/17 16:27 ONL-C
VENDA A DEBITO

VALOR: 55.40

TRANSAÇÃO AUTORIZADA COM SENHA
JUSCELINO DA SILVA
542820-8763

8000000043060-95050000480009F

CUPOM: 000000000000026064 MAC: 9149
NSU_CTF: 000229 LOJA: 0930 PDV: 003

www.outtar.com.br

CAIXA: 003 LOJA: 930
OPR: 76230 VEN: 21521



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IN: 00000000000000
CNPJ: 06626253011358 I.E: 161165087
Pca 1817, 58 - Centro, JOAO PESSOA
- PB

DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#ICOD	DESC	QTD	UN	VL UNIT R\$	TOT ITEM R\$
1	455636 TIPOIA DAUF ESTOFADA P 1 UN	1	UN	47.00	47.00
De:	49,35	Por:	47,00		
2	262293 ALGINAC 1000MCS CPD/15 1 UN	1	UN	25.56	25.56
De:	25,56	Por:	19,40		
Desconto				-6.16	
QTD. TOTAL DE ITENS				2	
VALOR TOTAL R\$				66.40	
Cartão de Débito				66.40	

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLÁ LIDIANE, SEJA BEM-VINDA AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFICIOS PERSONALIZADOS PARA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 8,51

SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2017 E DE R\$ 0.00*
ATINJA R\$ 500.00 ATE 31/12/2017 E SEJA UM CLIENTE OURO.

*ESSE VALOR E UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVICOS. SUAS COMPRAS SAO CONTAB ILIZADAS EM ATE 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA M AIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 063.***.***-47
Operador: 86984 Vendedor: 5915
Trib aprox R\$:4,58 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Muni
Fonte: IBPT cat913
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000070070 Série 015 Emissão 07/07/2017 08:05:35
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce>

CHAVE DE ACESSO

2517 0706 6262 5301 1358 6501 5000 0700 7010 0019 9718

CPF: 06358398447 LIDIANE LUCIA FELISMINO

Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325170143823202
07/07/2017 08:05:35

EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
FARMACIAS PAGUE MENOS
PCA 1817, 58
CENTRO-JOAO PESSOA-PARAIBA
CNPJ: 06.626.253/0113-58
IE: 16116508-7

07/07/2017 08:05:42 COO: 000083526

RELATORIO GERENCIAL

CIELO
MAESTRO

542820-8763-02/18

1a VIA-CLIENTE AUT=052867

DOC=000690 07/07/17 08:05 ONL-C
VENDA A DEBITO

VALOR: 66.40

CUPOM: 0000000000000070070 MAC: 8138
NSU_CTF: 000698 LOJA: 0113 PDV: 015

www.auttar.com.br

CAIXA: 015 LOJA: 113
OPR: 86984 VEN: 5915



EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
IM:0000000000000
CNPJ: 06626253011358 I.E: 161165087
Pca 1817, 58 - Centro, JOAO PESSOA
- PB

DANFE NFC - e Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Nº COD	QDSC	QTD	UN	VL UNIT	R\$1	TOT ITEN	R\$
1	455636	TIPOTA DAUF ESTOFADA P 1	UN	47.00		47.00	
De:	49.95	Por:	47.00				
2	262293	ALGINAC 1000MCA CPD/15 1	UN	25.56		25.56	
De:	25.56	Por:	19.40				
Desconto						-6.16	
QTD. TOTAL DE ITENS						2	
VALOR TOTAL R\$						66.40	
Cartão de Débito						66.40	

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLÁ LIDIANE, SEJA BEM-VINDA AO NOVO PROGRAMA DE FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFÍCIOS PERSONALIZADOS PARA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 8,51

SEU SALDO DE JULHO A DEZEMBRO/2017 É DE R\$ 0.00*. ATINJA R\$ 500.00 ATÉ 31/12/2017 E SEJA UM CLIENTE OURO.

*ESSE VALOR É UMA ESTIMATIVA DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTRA ILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SAIBA MAIS EM PAGUEMENOS.COM.BR/SEMPRE

CPF CLIENTE SEMPRE: 063.***.***-47
Operador: 66984 Vendedor: 5915
Trib aprox R\$:4,58 Fed e R\$:0,00 Est e R\$:0,00 Muni
Fonte: IBPT ca79i3
Obrigado e Volte Sempre.

Número 000070070 Série 015 Emissão 07/07/2017 08:05:35
Via Consumidor - Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfca>

CHAVE DE ACESSO

2517 0706 6262 5301 1358 6501 5000 0700 7010 0019 9710

CONSUMIDOR

CPF: 06358398447 LIDIANE LUCIA FELISMINO

Consulta via Leitor QR Code



Protocolo de Autorização: 325170143823202
07/07/2017 08:05:35

EMPREENHIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
FARMACIAS PAGUE MENOS
PCA 1817, 58
CENTRO-JOAO PESSOA-PARAIBA
CNPJ: 06.626.253/0113-58
IE: 16116508-7

07/07/2017 08:05:42 COO: 000083526

RELATORIO GERENCIAL

CIELO
MAESTRO

542820-8763-02/18

1ª VIA-CLIENTE AUT=052887

DQC=000698 07/07/17 08:05 QNL-C
VENDA A DEBITO

VALOR: 66.40

DUPON: 000000000000070070 MAC: 8138
NSU_CTF: 000698 LOJA: 0113 PDV: 015

www.auttar.com.br

CAIXA: 015 LOJA: 113
OPR: 66984 VEN: 5915



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JUSCELINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	01/03/85
NOME DA MÃE	BENEDITA DA CONCEIÇÃO SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.012.073
DATA DO ATENDIMENTO	06/07/17
HORA DO ATENDIMENTO	19:48
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	CONTUSÃO EM OMBRO DIREITO
CID 10	S40.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo cervicalgia, dor no ombro direito. Torax e abdomen sem alterações. Nega desmaio, vômito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
Ultrassonografia do abdomen total
Tomografia de coluna cervical
Tomografia de coluna crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

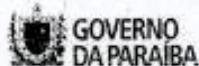
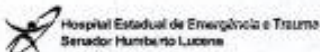
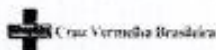
TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	06/07/17
DATA DA EMISSÃO:	20/09/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031000
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente JUSCELINO DA SILVA	DAE 1812873	Data/Hora Entrada 06/07/2017 19:48:55	Data Baixa
Data de nascimento 01/03/1965	Idade 52	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 988897218
Mãe SENEIDA DA CONCEICAO SILVA			Prontuário
Endereço DA ALEGRIA, SN	Bairro COTIZERO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDERA ALVES	NP Cons. Regional 3356/PB
Data/Hora Classificação 06/07/2017 19:48:55		Data/Hora Prescrição	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, APRESENTANDO DOR EM TOPOGRAFIA DO OMBRO DIRETO RX SEM EVIDENCIAS DE FRATURAS CD. ORIENTAÇÕES AINES REPOUSO

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

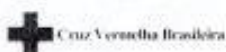
Walter Luiz Bandeira Alves
CRM - 3359

WALTER LUIZ BANDERA ALVES
UF PB 3356/PB

JUSCELINO DA SILVA

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
JUSCELINO DA SILVA

RG (IDENTIDADE)
3208439

FOI ATENDIDO (A) POR **WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES**

DO (A) **HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**

NO DIA **06/07/2017 23:18:27** , NECESSITANDO DE **4** - **QUATRO**
DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: PACIENTE SOLICITOU QUE NÃO FOSSE ADICIONADO AO ATESTADO O(S) CID(S) :

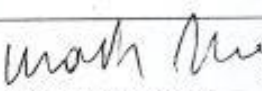
OBSERVAÇÃO
T14.9

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/PRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO


WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(33591PB)


Walter Luiz Bandeira Alves
CRM - 3359
CPF: 236.722.854-00

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000629251

Idade: 32 anos

Paciente: JUSCELINO DA SILVA

Data: 06/07/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 06/07/2017 20:32

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000629251

Idade: 32 anos

Paciente: JUSCELINO DA SILVA

Data: 06/07/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 06/07/2017 21:05

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB

ÁREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente JUSCELINO DA SILVA		BAE 1012073	Data/Hora Entrada 06/07/2017 19:48:55	Data Baixa
Data de nascimento 01/03/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988807218
Mãe BENEDITA DA CONCEICAO SILVA			Prontuário	
Endereço DA ALEGRIA, SN		Bairro OITIZERO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO	Nº Cons. Regional 9298/	
Data/Hora Classificação 06/07/2017 19:48:55		Data/Hora Prescrição 06/07/2017 19:57:48		

Anamnese

VITIMA DE COLISAO CARRO-MOT. NEGA VOMITO, DESMAIO, CEFALIA. QUEIXA DE CERVICALGIA E DOR EM OMBRO D ABDOME E TORAX LIVRES
NEGA OUTRAS QUEIXAS ECG 15

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV, AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE BACIA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

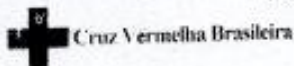
Conduta

Em observação

Maneja

Dr. Adalberto Vieira D. Filho
MR CIRURGIA GERAL
CRM - PB 9298

ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO
(9298/)



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JUSCELINO DA SILVA	BAE 1012073	Data/Hora Entrada 06/07/2017 19:48:55	Data Baixa 2017-07-06 23:23:07.0
Data de nascimento 01/03/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Nome BENEDITA DA CONCEICAO SILVA			Telefone de Contato (83) 988807218
Endereço DA ALEGRIA, SN			Prontuário
Bairro OUTIZIRO		Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente: QUEDA / OUTROS		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WALTER LUIZ BANDERA ALVES
Data/Hora Classificação 06/07/2017 23:23:11		Data/Hora Prescrição 06/07/2017 23:23:12	
		Nº Cons. Regional 3359/PB	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, APRESENTANDO DOR EM TOPOGRAFIA DO OMBRO DIREITO RX SEM EVIDENCIAS DE FRATURAS CD.
ORIENTAÇÕES AINES REPOUSO

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
WALTER LUIZ BANDERA ALVES
Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
06/07/2017 23:23:07

Observações

WALTER LUIZ BANDERA ALVES
(3359/PB)

JUSCELINO DA SILVA



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000629251

Paciente: JUSCELINO DA SILVA

Idade: 32 anos

Data: 06/07/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.
Articulações uncovertebrais de aspecto habitual.
Articulações interfacetárias de aspecto habitual.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
Forames de conjugação livres.
Estruturas intra-raquianas de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.


Este laudo foi liberado em 06/07/2017 21:06

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB


Seguro DPVAT - Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro empremente social.

saiba + www.seguradoralider.com.br



Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



BRASIL
Correios
RS01,85
15:37 17-11-17

JUSCELINO DA SILVA
RUA GENERAL PEDRO GONÇALVES DE MEDEIROS,
183
OITIZEIRO
CEP 58068770 - JOÃO PESSOA - PB

DEVOLUÇÃO

Seguradora Líder - DPVAT
CAIXA POSTAL 40 970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios

☐ Mudou-se
☐ Descontado
☐ Recusado
☐ Ausente
☐ Não procurado

Data: _____

☐ Indeniza res. Cautela
☐ Não existe o nº indicado
☐ Falhado

Responsável pela informação

☐ Morador
☐ Proprietário

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2017

Carta nº: 11947883

A/C: JUSCELINO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170594545 ASL-0432031/17
Vitima: JUSCELINO DA SILVA
Data Acidente: 06/07/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSELENE DA SILVA CPF DA VÍTIMA 028.611.464-99
DATA DO ACIDENTE 06.07.2017
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSELENE DA SILVA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REA. GERAL REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É PAI
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA GERALDO PEDRO CORTEZES, 100
Nº 103 COMPLEMENTO BL. 33 BAIRRO PARQUE JARDIM
CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58088-770 TELEFONE (31) 3397701-6947
E-MAIL

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ 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)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE 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
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 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 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/10/2017
IDENTIDADE 3208939 531113
ASSINATURA JOSELENE DA SILVA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 23.10.17
NOME MARC CORREIOS
ASSINATURA [Assinatura]



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

ID

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ 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)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE 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
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____
NOME _____
ASSINATURA _____



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

• MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() 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) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() NA IMPOSSIBILIDADE 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) BOLETEM 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)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
(X) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECIBUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 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 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____
NOME _____
ASSINATURA _____

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA VÍZETE LÍDIA DA SILVA CPF DA VÍTIMA 028.611.404-99
 DATA DO ACIDENTE 06.01.2017
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA E
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA GONÇALVES PAIXÃO CARVALHO S/Nº 103
 Nº 103 COMPLEMENTO BL. 55 VILA
 CIDADE BOA ESPERANÇA UF PE BAIRRO SOLAR 770 CEP 55088-770
 E-MAIL 0391101-6947 TELEFONE 3391101-6947

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTERA 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)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE 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
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTERA 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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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)
☐ CARTERA 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)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTERA 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 E 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 ACÓRDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

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

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/10/2017 MATR. CORREIOS
 IDENTIDADE 3308989-501113 NOME
 ASSINATURA [Assinatura] ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:
FELIPE ARAUJO/1069637

DATA/HORA:
06/07/2017 18:30

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:
JOAO PESSOA/PB

BR:
101

KM:
90.2

SENTIDO:
Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Plena Noite

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Céu Claro

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Seca

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Retorno Regulamentado

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



Sem Imagem

IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO CRESCENTE:



IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO DECRESCENTE:



AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO:

conduziu a vítima para o hospital de trauma

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

Croqui



Narrativa

Segundo informações no local e declaração do condutor, o V1, vw/gol1.0 de placas NXX8565, acessou a rodovia e ao tentar efetuar operação de retorno, mudando de faixa para acessar a pista de desaceleração próximo ao canteiro central, colidiu lateralmente o V2, cg 150 titan esd, de placas QFN 0139/PB, que deslocava na faixa de aceleração e estava para acessar a faixa da esquerda da via principal. Com a colisão lateral, o condutor do V2 caiu na alça de retorno.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF015GA0499GC7C0C1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobal/autenticar

Página 2 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: NXX8565	MARCA/MODELO: VW/GOL 1.0	ANO FABRICAÇÃO: 2012
SITUAÇÃO: Tracionador	TIPO DE VEÍCULO: Automóvel		
CHASSI: 9BWAA45UXCP187253	RENAVAM: 00455856419	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Realizando retorno regular	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO:
TRANSPORTES PESADOS MINAS LTDA

CPF/CNPJ:
17.215.039/0001-29

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: BETIM/MG	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:  Sem Imagem	IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:  Sem Imagem
IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:  Sem Imagem	

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05 NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: QFN0139	MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN ESD	ANO FABRICAÇÃO: 2015
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEICULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KC1650FR213312	RENAVAM: 01068204874	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Entrando na via	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: LIDIANE LUCIA FELISMINO	CPF/CNPJ: 063.583.964-47
--	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: R G PEDRO G MEDEIROS 183 APT 2	NUMERO: 00183
COMPLEMENTO: APT 201	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:



Sem Imagem

IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:



Sem Imagem

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156AB4996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / NXX8565 / VW/GOL 1.0		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: ANTONIO BELARMINO DA COSTA NETO	CPF: 057.269.714-77	DATA DE NASCIMENTO: 14/01/1987
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: MARIA DA PENHA SILVA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA HARKEREZ HENRIQUES DE MIRANDA LOUREIRO	NUMERO: 58
COMPLEMENTO: AP 102	BAIRRO: CUIA
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE: 83986233666/81971121591	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AD
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 03884549770	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 14/07/2006	VALIDADE DA CNH: 08/09/2020	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 15		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
---------------------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobati/autenticar

Página 5 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / QFN0139 / HONDA/CG 150 TITAN ESD		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: JUSCELINO DA SILVA	CPF: 078.611.464-99	DATA DE NASCIMENTO: 01/03/1985
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: BENEDITA DA CONCEICAO SILVA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA ANTONIO LISBOA DE LUCENA	NÚMERO: 91
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: MANGABEIRA
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE: 83 988807218	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 06298355944	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 09/02/2015	VALIDADE DA CNH: 25/03/2019	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

Socorrido pelo SAMU

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
---------------------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / NXX8565 / VW/GOL 1.0

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FELIPE ARAUJO/1069637

NUMERO DO BAT:

17054661B01

DATA/HORA:

06/07/2017 18:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda	X		
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / QFN0139 / HONDA/CG 150 TITAN ESD

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

FELIPE ARAUJO/1069637

NÚMERO DO BAT:

17054661B01

DATA/HORA:

06/07/2017 18:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17054661B01

STATUS:
Encerrado

FRENTE (V2)

TRASEIRÁ (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)

LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF FELIPE ARAUJO, MATRÍCULA 1069637

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 07/07/2017 00:05

NÚMERO DE CONTROLE: FF0156A84996C7CBC1E7D5A77F7A44

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 10 de 10



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170594545 - Resultado de consulta por beneficiário




VÍTIMA JUSCELINO DA SILVA
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JUSCELINO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 07861146499**Posição em 31-05-2018 14:02:04**

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/05/2018	Negativa por ausência de comprovação documental	
27/12/2017	Exigência Documental	
14/11/2017	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)A A A **COMO PEDIR INDENIZAÇÃO**[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)**PAGUE SEGURO**

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(https://http://(https://facebook.com/Seguradora%20C3%ADder)at_oficial/)trk=tyah&trklInfo=clickedVertical:company%2cclickedEntityId:10845224%2cidx:2-1-2%2ctarId:1467409339633%2ctas:Seguradora%20I%C3%ADder)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Autoatendimento \(/Seguro-DPVAT/autoatendimento\)](#)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › SAC DPVAT (/Contato/Sac-DPVAT)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraudes)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)

Vistos, etc...

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

João Pessoa, data eletrônica.

DANIELA FALCÃO AZEVEDO

Juíza de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
15ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0827913-14.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
Polo ativo: AUTOR: JUSCELINO DA SILVA
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que nos termos do despacho ID n. 17098687, e, em pesquisa realizada no sistema PJe e também no STI (Sistema Integrado de Comarcas), não foi constatado nenhuma outra ação de DPVAT, em nome do autor.

JOÃO PESSOA, 27 de fevereiro de 2019
VILMA VALENTE ACIOLI