



23/04/2019

Número: **0803437-09.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12138 265	18/01/2018 10:32	adm maria helena l delfino	Documento de Comprovação
12138 281	18/01/2018 10:32	adm maria helena l delfino bam	Outros Documentos
12138 274	18/01/2018 10:32	prot adm maria helena delfino	Outros Documentos
12342 167	05/02/2018 15:14	Despacho	Despacho
20390 529	08/04/2019 15:57	Mandado	Mandado
20479 408	11/04/2019 10:39	Diligência	Diligência
20479 532	11/04/2019 10:39	BRADESCO SEGUROS 2	Devolução de Mandado

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, Maria Helena Lima Delino da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 3473330 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 03/08/06
CPF 102963864-05 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Do lar.
E RENDA MENSAL DE R\$ 15M. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Mª Helena L.D 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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 97397-9

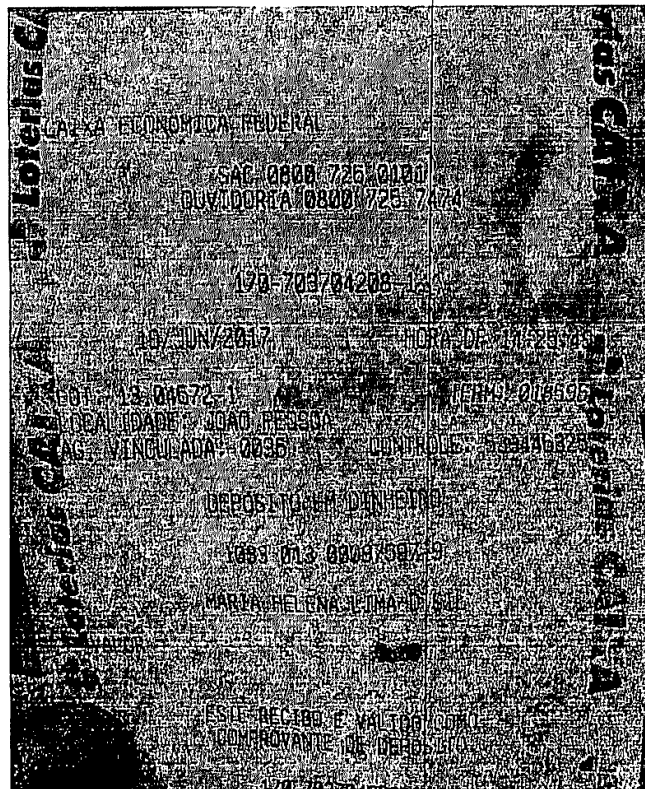
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 12 de junho de 2017 Maria Helena Lima D. da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Helena Lima Delfino da Silva,

RG nº 3473330, data de expedição 03/08/06 Órgão SSP/PB,

CPF nº 102963864-05, 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 Rafael Silveira Lima</u>
Número	<u>Nº 529.</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Oitizinho</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58087290</u>
Telefone de Contato	<u>988886404</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa - 12 - 06 - 2017

Assinatura do Declarante: Maria Helena Lima D. da Silva

NADJA LIMA DO NASCIMENTO
RUA RAFAEL DA SILVEIRA LIMA, 628 - OITIZIÉIRO
JOÃO PESSOA/PB CEP 58087-280 (AQ: 1)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL/Baixa Renda Monofásico Br230, Km25 Cady Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-630
Roteiro 18 - 2 - 521 - 8400 Referência Out / 2016 CNPJ 03.095.183/0001-40 Inscrição Estadual 16.015.222-0
Nº medidor 0008058048 Emissão 31/10/2016

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Código para Débito Automático: 000080207162

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: 1701 317 331
Código para Débito Automático: 000080207162

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

Conta referente a U/C (Unidade Consumidora): 5/520716-2

Out / 2016

Canal de contato

Apresentação

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

31/10/2016

Data prevista da próxima leitura

30/11/2016

CPF/CNPJ/RANI

80103230458

Insc. Est.:

Faturas em atraso

07/10/2016 70,28

Histórico de Consumo (kWh)

Set/16 140
Ago/16 159
Jul/16 173
Jun/16 160
Mai/16 222
Abr/16 175
Mar/16 170
Fev/16 169
Jan/16 183
Dez/15 159
Nov/15 192
Out/15 180

Média dos últimos meses
174 kWh

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 30/09/16	Leitura 5801	Data 31/10/16	Leitura 6073	
				172

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30kWh-BR	30	0,15063	4,51
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,25823	18,07
Consumo - 101 a 220kWh-BR	72	0,38735	27,88
Subsídio			25,28
ICMS			30,25
PIS			1,08
COFINS			4,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			2,98
JUROS DE MORA 08/2016			0,58
MULTA 08/2016			1,43
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2016			0,07
Devolução Subsídio			-25,28

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	112,04	27,00	30,25
PIS	112,04	0,8898	1,08
COFINS	112,04	4,4381	4,89

VENCIMENTO

08/11/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 91,86

b4a6.e70d.c915.2a5e.6262.e008.f532.db6c.

Indicadores de Qualidade 8/2016 - Mensur

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 5,55	0,00	HOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 11,10		
DIC ANUAL 22,21		
FIC MENSAL 3,48	0,00	CONTRATADA 202
FIC TRIMESTRAL 6,97		LIMITE INFERIOR 231
FIC ANUAL 13,95		
DMC 3,20	0,00	
DICRI 12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist da Energia/PB	19,18	20,87
Compra de Energia	22,43	24,42
Serviço de Transmissão	1,32	1,44
Encargos Setoriais	7,53	8,20
Impostos Diretos e Encargos	41,10	45,07
Outros Serviços	0,30	0,00
Total	91,86	100,00

Valor do EUSD (Ref 8/2016) R\$ 23,44

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que em nossos registros permanece(m) em atraso as faturas acima mencionadas.
- Caso tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) em atraso a menos de 10 dias, desconsiderar essa mensagem.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01046.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01046.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:04 horas do dia 07 de junho 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 **Maria Helena Lima Delfino da Silva**, CPF nº 102.963.864-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão do Lar, filho(a) de Nadja Lima do Nascimento e João Batista Delfino da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/07/1991 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rafael da Silveira Lima, Nº 529, complemento casa, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Próximo a Praça Lauro Wanderley, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-6404.

Dados do(s) Fatos:

Local: Viaduto de Oitizeiro, Outros, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/12/16 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

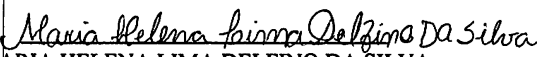
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA NXR BROSS DE COR VERMELHA, ANO 2012, PLACA NZN-1378-RN, CHASSI Nº 9C2KD0550CR536059, EM NOME DE GERALDO TEMISTOCLES NUNES, E CONDUZIDA NO DIA DO ACIDENTE PELO SENHOR RAFAEL DA SILVA NUNES, CNH Nº 04480133505-PB, QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA, CRM-PB 2329, DATADO DE 27/04/2017, A NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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

João Pessoa/PB, 07 de junho de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01046.01.2017.1.00.420

1/1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria Helena Lima Delino da Silva., portador da carteira de identidade nº 3473 330 e inscrito no CPF/ME sob o nº 102963 884-05, residente e domiciliado na Rua Rafaela Silveira Lima 529, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (☐) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (☐) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) 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.

Maria Helena Lima Delino da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

J. Pessoa 12 de junho de 2017

Local e data

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maria Helena Lima Delfino da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.473.330 DATA DE EMISSÃO 03/08/2006

MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA

FILIAÇÃO JOAO BATISTA DELFINO DA SILVA
NADJA LIMA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE JOAO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 29/07/1991

DOC. ORDEM SEC.N.53196 FLS.268V LIV.A48

CARTORIO JOAO PESSOA - PB

CPF 011.111.111-11

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.160 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

102.963.864-05

Nome

MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA

Nascimento

29/07/1991

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão SET/2009

CAIXA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Geraldo Tunes da Silva Nunes,
RG nº 8.316.787-0 data de expedição 06/11/98
Órgão SSSP, portador do CPF nº 757.039.988-9 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Olegário Albuquerque Leão, nº 251,
complemento At. P.T. 307 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA cujo o condutor era
RAFAEL DA SILVA NUNES.

Veículo: MOTO
Modelo: NXR 150 BROS ES
Ano: 2011/2012
Placa: NZN 1378
Chassi: 9C2K00550CR536059
Data do Acidente: 11-12-2016
Local e Data: JOÃO PESSOA 02- JULHO 2017

1º OFÍCIO
DISTRITAL

Geraldo Tunes da Silva Nunes
Assinatura do Declarante)

Rafael da Silva Nunes
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JUSCELINO KUBITSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de GERALDO
TENISTOCLES NUNES, [34878], J.Pessoa-PB, 03/07/2017
11:14:19 Emol R\$9,23 Farpen:R\$0,27 Fepi:R\$1,85,
ISS:R\$0,46. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO
PEREIRA SILVA Selo Digital AFJ22249-74XF Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br/cartoriocceleida.com.br>



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

RUA JUSCELINO KUBITSCHKE, S/Nº - ERNESTO GEISEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARAÍBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de RAFAEL DA SILVA
NUNES, [28597], J.Pessoa-PB, 05/07/2017 11:22:22 Emol
R\$9,23 Farpen:R\$0,27 Fepi:R\$1,85, ISS:R\$0,46. Em test da
verdade. Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo
Digital AFJ22671-4ZBZ Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br/cartoriocceleida.com.br>





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	MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	29/07/91
NOME DA MÃE	NADJA LIMA DO NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	966.872
DATA DO ATENDIMENTO	11/12/16
HORA DO ATENDIMENTO	19:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO
CID 10	S91.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em coluna lombar, apresentando ferimento corto-contuso no pé esquerdo. Consciente e orientada. Nega vômito e nega perda da consciência. Abdomen sem queixas. Pupilas isocóricas. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento.

ALTA HOSPITALAR:	11/12/16
DATA DA EMISSÃO:	27/04/17

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

BOS

NCA ORTO

Linha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

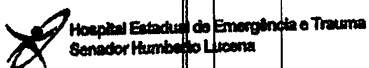
Boletim de Atendimento: 966872



Identificação do paciente			
ID 1115429	Nome MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 29/07/1991	Idade 25 anos 4 meses 12 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe NADJA LIMA DO NASCIMENTO		Prontuário	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987611235	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 347330	Nº Cns	
Local de procedência OITZEIRO		Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58087290	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RAFAEL DA SILVEIRA LIMA
Número 529	Complemento	Bairro OITZEIRO	
Admissão			
Data e Hora 2016 19:03:39	Número da pulseira 1000004200659	Convênio SUS	
Especialidade TRAUMATOLOGISTA		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por JANAINA KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL			
Tempo 03min 19seg			

Imprimir

24/02.



Av. Orestes Lisboa, S/ N Conj. Pedro Gondim Joao Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

PACIENTE MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA		IDADE 25a 4m 13d	DATA DE NASCIMENTO 29/07/1991
MÉDICO DAVID DA SILVEIRA FARIAS			CRM /0
UNIDADE LABORATORIO		DATA DO PEDIDO 11/12/2016 20:40:00	DATA PREV. ENTREGA 11/12/2016
SETOR DE ORIGEM LABORATÓRIO - COLETA	CONVÊNIO	PROTOCOLO 171602	BE 966872

CATEGORIA: IMUNOLOGIA
BETA H.C.G - QUANTIDADE: 1

(MATERIAL: SORO - METODO: IMUNOCROMATOGRÁFICO)

Exame

BETA H.C.G
SORO

Resultado

NEGATIVO

Valor(es) Referência(s)

Negativo

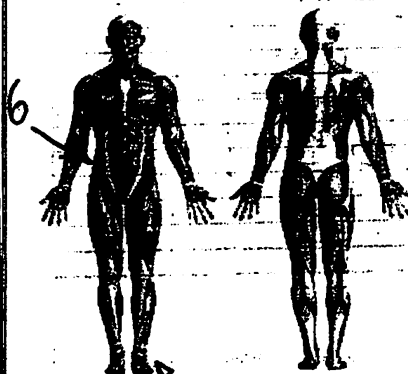
ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

Aline Dayana P. da Silva
Biomédica
CRBM - 5973

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☒ Sim: Anticoncepcional
 VACINAÇÃO: ☐ Não ☒ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: Última refeição às 15h30

LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: 16

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS:

- | | |
|---|--|
| ☐ Radiografias | ☐ Lavado peritonial |
| ☐ Ultrassonografia (FAST) | ☐ Gasometria arterial |
| ☐ Tomografia computadorizada | ☐ Tipagem sanguínea |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Atendimento Inicial		
2			
3	Disposição para cirurgia		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORTO _____ às _____ do dia _____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____
 DESTINO DO PACIENTE ☐ Centro cirúrgico ☐ Tranferência (unidade de saúde)
 DATA ☐ Internado (setor) _____
 SAÍDA ☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A revalia ☐ Desistência
 HORAS: _____ ☐ Até 48 hs. ☐ Até 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SVO

Dr. João Baptista de Sousa e Silva Coutinho

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1

01/12/16 #NUR

21h. #TCE leve l^o
3h por queda de moto.

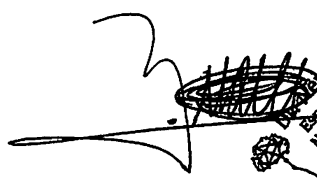
Glasgow 15, sem déficits
focais.

Nega perda da consciência,
vômitos e cefaleia.

Alta da NUR

Analgesia.

Atual. da ortopedia.


Dr. Edson Magalhães
Especialista em Dor e Parkinson
Neurocirurgia Funcional
CRM/RB 5411 / CRM/PE 15508
CNS 20742500872007

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Maria Helena Delfino da Silva
Qualificação: Imenim
CPF/MF: 102963864-05 RG: 3473330 SSP/PB
Endereço: Rua Rafael da Silveira Lima nº 529
Oitizinho - CEP. 58087-290 João Pessoa - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 12 de junho de 2017.

Maria Helena Lima D. da Silva
Outorgante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348731/17
Vítima: MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA
CPF: 102.963.864-05
Data do Acidente: 11/12/2016
CPF de: Próprio Titular do CPF: MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro Boletim de ocorrência Declaração de Inexistência de IML Declaração do Proprietário do Veículo Documentação médico-hospitalar Documentos de identificação DUT MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA : 102.963.864-05 Autorização de pagamento Comprovante de residência	
--	---

ATENÇÃO: - O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204. - A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74. Documentação recebida sem conferência.	
--	--

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 06/09/2017 Nome: MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA CPF/CNPJ: 102.963.864-05	Data do cadastramento: 06/09/2017 Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa CPF: 423.820.764-53
MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA	Sandra Maria Accioly Pedrosa



VISTO EM: 30 / 12 / 16

N. MAJ. QOBM - Mat. 522.829-8
Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

Klenston LINCOLN de Almeida Vieira
MAJ. QOBM - Mat: 522.829-8

João Pessoa-PB, 28 de Dezembro de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 505/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 11/12/2016, conforme requerimento nº 510/16, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 18h23min o/a Sr(a) **MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA RG Nº 3.473.330** SSDS/PB, vítima de acidente de trânsito (*colisão carro x moto*), ocorrido em Oitizeiro, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-27, tendo como chefe o **SOLDADO BM Márcio Costa Souza Lima**, Matrícula 527.325-1, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se consciente e orientada, apresentando abrasão no membro inferior esquerdo e lombalgia. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete Gurjão Leônico Pinheiro** SD BM Mat. 523.935-0, (*assinatura*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

(assinatura)
Elide Bruno F. Santos Santiago
Ten. QOBM
Mat. 523.685-1

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbbs@bombeiros.pb.gov.br



Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0803437-09.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

De modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado no direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF).

Cite-se e intime-se a parte ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção).

Defiro o pedido de gratuidade judiciária.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 31 de janeiro de 2018.

Juiz(a) de Direito

Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Comarca da Capital
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0803437-09.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]
AUTOR: MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 8 de abril de 2019

De ordem, ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO
Técnico Judiciário

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:
18011810321531400000011868086

CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins que, em cumprimento ao mandado retro, dirigi-me ao endereço indicado, e sendo ali, procedi a CITAÇÃO da BRADESCO SEGUROS S/A, na pessoa de sua Gerente Operacional, Vanda Carmem Fabricio Wanderley, que após as formalidades legais, exarou o seu ciente. Dou fé.

JOÃO PESSOA

11 de abril de 2019

WILSON GABRIEL DA SILVA

Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Comarca da Capital
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0803437-09.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]
AUTOR: MARIA HELENA LIMA DELFINO DA SILVA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 8 de abril de 2019

De ordem, ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO
Técnico Judiciário

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: 18011810321531400000011868086



Assinado eletronicamente por: ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 20390529



19040815572592400000019835321

Vanda Carmem Fabricio Wanderley
Gerente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB

Bradesco

-10-Abr-2019-09:56-1.79642-1/

Bradesco Auto Re Cia de Seguros.