



11/12/2019

Número: **0802560-29.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição : **28/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.000,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26985349	11/12/2019 17:29	Petição	Petição
26985353	11/12/2019 17:29	2614456_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02	Outros Documentos
26985355	11/12/2019 17:29	2614456_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Outros Documentos

ANEXO



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180088087**

Vítima: **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **27/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180088087**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12444560

Pag. 01087/01088 - carta_01 - INVALIDEZ

00030544



Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180088087**

Vítima: **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **27/11/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180088087**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00503/00504 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12444705



Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2018

Carta nº: 13093961

A/C: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180088087
Vitima: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 27/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000087952-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00623/00624 - carta_15R - INVALIDEZ

00020312



Autorização de pagamento



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 e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.589.681 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 21/12/1993
 CPF 82416939434 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Op. Caixa
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.037,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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 aparecerem 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 0036 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 84952-3

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, 07 de Fevereiro de 2018 CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA
 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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

032-510850251-2

01/FEV/2016

HORA DE 15:36:13

COT: 13.04572-1

TERM: 018594

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

CONTROLE: 045667575

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0036 013 00087952-3

CRISTIANE COSTA S F OLIVEIRA

VALOR

20,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

032-510850251-2

1ª VIA

SENAÇÃO LITEN 0001 RS 16-FOL-2015 1516 04/248 1/1

0036.013.87952-3

Esopo reservado para preenchimento do número da conta

Obs: Em 15/02/16 você estará recebendo o seu
Cartão Magnético de Poupança

Para mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Redomações, Atendimentos a pessoas com deficiência auditiva ou de fala, Ouvidoria

032-510850251-2



Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO 318008 8087 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 CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA,
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.589.681 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 31/12/93 E
CPF 884162344-34 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO OP-CAIXA,
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.070,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA CRISTIANE C.S. FARIAS DE OLIVEIRA 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 Função;
- 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) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 87952-3

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, 19 de junho de 2018 CRISTIANE COSTA SILVA F. DE OLIVEIRA
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.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00693.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00693.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:21 horas do dia 05 de abril 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Pedro Sergio Domingos Soares**, CNH nº 03142727477, CPF nº 907.672.254-49, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Promotor de Vendas, filho(a) de Josefa Domingos Soares e Ivanildo Barbosa Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/06/1975 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Carneiro de Paiva, Nº 180, complemento APTº 206, BC. B, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Ponto Final do Parque do Sol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99323-0608.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João Maria de Araújo, Upa do Parque do Sol, João Pessoa/PB, bairro Valentina de Figueiredo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/11/16 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 27.11.2016, por volta das 18h30, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN ESD, COR AZUL, ANO 2004/2004, PLACA MNE3567/PB, CHASSI 9C2KC08204R026547, DE PROPRIEDADE DE PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES, onde na garupa estava sua companheira CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA, BRASILEIRA, NATURAL DE GURINHÉM/PB, CASADA, CAIXA, FILHA DE JOSÉ BERNARDO DA SILVA E DE ANA LÚCIA DA COSTA SILVA, RG. 1.589.681 SSP/PB, CPF. 827.162.344-34, residente no mesmo endereço do noticiante, supracitado, quando transitavam pela Rua João Maria de Araújo, Valentina de Figueiredo, nesta capital, ao passarem por um cruzamento próximo à construção da nova UPA foram atingidos na parte dianteira esquerda por outra MOTOCICLETA DE MARCA HONDA BROS, não identificada; Que devido ao fato veio a lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DRª JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB, DATADO DE 26.02.2017 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que sua companheira CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA veio a lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELA DRª JOACILA BRAGA BRANDÃO, CRM 1741/PB, DATADO DE 26.02.2017 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que o outro motociclista machucou-se no rosto e também foi socorrido ao Hospital de Trauma, onde o mesmo apresentava sintomas de embriagues; Que a BPTRAN esteve no local; Que não deseja representar criminalmente.

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, 05 de abril de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

PEDRO SERGIO DOMINGOS SOARES
Noticiante



501070

SISTEMA DE REGISTRO DE DOCUMENTOS

Data: 07/02/2018 12:09:44

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original

apresentado. Em testemunho da verdade:

João Pessoa-PB 07/02/2018 12:09:44

Dario dos Santos Lima - Escrevente

CPF: 0059901 EMBL: R4 2.37 FAPEN: R4 0.28 FEPI: R4 0.42 SERS: 0.12

IGITAL: A6104246-18M1

a autenticidade em <https://seidigital.tpb.jus.br>

Procedimento Policial: 00693.01.2017.1.00.420



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

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 612/055, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1515665, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA** idade 43 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 27/11/2016, na Av. Principal do Parque do Sol, Bairro: Valentina - João Pessoa - aproximadamente às 18:30 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, 23 de Dezembro de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREB 53 Regido: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 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

SELO DE VERIFICAÇÃO DE ASSINATURA 16-12-2016 15:08 PÁG 226 1/1



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000087952-3

Nr. da Autenticação FFDBBF75D50245BD





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Cristiane Costa Silva Farias de Oliveira.RG nº 1.589.681, data de expedição 21/12/93 Órgão SSP-PB.

CPF nº 827.162.344-34 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>Antônio Carneiro de Paiva.</u>
Número	<u>Nº 180 Cond. Maizom I</u>
Apto / Complemento	<u>AP-206, Bc. B.</u>
Bairro	<u>Gramma / Pangu dosol.</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>P.B.</u>
CEP	<u>58067303</u>
Telefone de Contato	<u>83-9.9198-1953.</u>
E-mail	

SUSCIPEDOR | 11/12/2019 17:29:17

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa,Assinatura do Declarante: Cristiane Costa Silva Farias de Oliveira.

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Para pagar este documento vá até o local onde se encontra o boleto ou acesse o site: Nº 001.452.045



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 228, Km 25 - Centro Industrial - Jd. Piquissara I - PO - CEP 86071-000
CNPJ 16.955.152/0001-05 - Ins. Est. 15.975.020-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA NATALHA DA SILVA
RUA ANTONIO CARNEIRO DE PAIVA S/Nº 208 BL B
JOÃO RESSOA

CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1703631-0

REFERÊNCIA

DEZ/2017

APRESENTAÇÃO

29/12/2017

CONSUMO

95

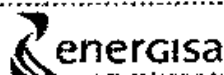
VENCIMENTO

26/01/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 76,31

Acesse: www.energisa.com.br



MARIA NATALHA DA SILVA

Telefone: 16-405-641-9632

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/01/2018

26/01/2018 R\$ 76,31 1703631-2017-12-7

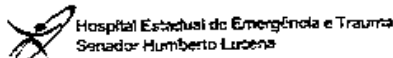
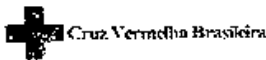
SEMPRE ASSINANDO EM 16-FFU-2018 15:18 04/02/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:29:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117291499200000026050317>

Número do documento: 19121117291499200000026050317



ACOLHIMENTO, sr - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 963898



Documentação médica - hosp



Identificação do paciente			
ID 1110320	Nome CRISTIANE COSTA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 17/01/1973	Idade 43 anos 10 meses 10 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NÃO INFORMADA
Mãe ANA LUCIA DA COSTA SILVA	Pai JOSE BERNARDO DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998755307	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	NP Cns	
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO		UF PB
E-mail	Naturalidade CURINHEM	CSO/R	
Endereço			
CEP 58058040	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Lugar douro LUIZ GONZAGA HOLMES DE ALMEIDA
Número SN	Complemento APTO 204	Bairro MANGABEIRA	
Admissão			
Data e Hora 27/11/2016 19:47:28	Número da poltrona 000004687466	Convênio SUS	
Especialidade CLÍNICA GERAL	Clínica CLÍNICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial NÃO	Plano de saúde NÃO	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		
Sinais Vitais			
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
CID			
Atendido por ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS			
Tempo 04min 01seg			

Imprimir

12/12

27/11/2016 19:50

SESSÃO DE TRABALHO 16-11-2016 19:18 04/12/27 1/1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



100004007460 BE.: 953898
CRISTIANE COSTA SILVA
DT. NASC.: 17/01/1973
MÃE: RAYR LUCIA DA COSTA SILVA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

END.: LUIZ GONÇALVES HOLMES DE ALMEIDA
N. 3N - BRASABEIRA
JORO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (21) 996705307
IDADE: 43
DT. ENTREGA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente trazida pelo SAMU, vítima de acidente moto em alta velocidade, queixando-se de dor em perna e antebraço D. Depois perda da consciência, vômito, tontura ou outras queixas, Glasgow 15.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS
AÉREAS ☒ Patentes () Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1. MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2. RUÍDOS

☒ Sim
() Não
HTD: ☒ Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: ☒ Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ lmp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Retórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal () Quente () Fria
PULSO ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS ☒ Normotônicas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
SOPRO ☒ Presente () Ausente
BE OU BA ☒ Sim () Não
FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG:

ABDOMEN: *fleído, indolor*

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Foto:reagente () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	☒	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	☒	Obedece aos comandos	☒
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

FING).CC.001-1

SEMPRE EM TIPO DATA N. 16-07-2018 15:18 04.12.28 1/1



EXAME SECUNDÁRIO																																							
ALERGIA:	() Não	() Sim:	<u>Não</u>																																				
MEDICAMENTOS:	() Não	() Sim:	<u>Não</u>																																				
IMUNIZAÇÃO	() Não	() Sim:	<u>Não</u>																																				
PATOLOGIA	() Não	() Sim:	<u>Não</u>																																				
AUMENTOS INGERIDOS:	() Não	() Sim:	<u>Não</u>																																				
LOCAL DA LESÃO		Identifique o local com o número correspondente ao lado																																					
		<table border="0"> <tr> <td>1 Abrasão</td> <td>19 Fratura Óssea Fechada</td> </tr> <tr> <td>2 Amputação</td> <td>20 Fratura Óssea Aberta</td> </tr> <tr> <td>3 Avulsão</td> <td>21 Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4 Contusão</td> <td>22 Injurgimento Nervoso</td> </tr> <tr> <td>5 Crepitação</td> <td>23 Laceração</td> </tr> <tr> <td>6 Dor</td> <td>24 Lesão Tendão</td> </tr> <tr> <td>7 Edema</td> <td>25 Luxação</td> </tr> <tr> <td>8 Empelamento</td> <td>26 Mordedura</td> </tr> <tr> <td>9 Efusão subcutânea</td> <td>27 Movimento torácico paradoxal</td> </tr> <tr> <td>10 Esmagamento</td> <td>28 Objeto Enfiado</td> </tr> <tr> <td>11 Equimose</td> <td>29 Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12 F. Arma Branca</td> <td>30 Paralisia</td> </tr> <tr> <td>13 F. Arma de fogo</td> <td>31 Paresia</td> </tr> <tr> <td>14 F. Contuso</td> <td>32 Parestesia</td> </tr> <tr> <td>15 F. Cortante</td> <td>33 Queimadura</td> </tr> <tr> <td>16 F. Corto-Contuso</td> <td>34 Rinorréia</td> </tr> <tr> <td>17 F. Perfuro-Contuso</td> <td>35 Sinais de Isquemia</td> </tr> <tr> <td>18 F. Perfuro-Cortante</td> <td>36</td> </tr> </table>		1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada	2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta	3 Avulsão	21 Hematoma	4 Contusão	22 Injurgimento Nervoso	5 Crepitação	23 Laceração	6 Dor	24 Lesão Tendão	7 Edema	25 Luxação	8 Empelamento	26 Mordedura	9 Efusão subcutânea	27 Movimento torácico paradoxal	10 Esmagamento	28 Objeto Enfiado	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 Rinorréia	17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia	18 F. Perfuro-Cortante	36
1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada																																						
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta																																						
3 Avulsão	21 Hematoma																																						
4 Contusão	22 Injurgimento Nervoso																																						
5 Crepitação	23 Laceração																																						
6 Dor	24 Lesão Tendão																																						
7 Edema	25 Luxação																																						
8 Empelamento	26 Mordedura																																						
9 Efusão subcutânea	27 Movimento torácico paradoxal																																						
10 Esmagamento	28 Objeto Enfiado																																						
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 Rinorréia																																						
17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia																																						
18 F. Perfuro-Cortante	36																																						
OBS:																																							
QUEIMADURA:																																							
Superfície corporal lesada (regra da palma%)		% Graus de queimadura:	() 1º grau () 2º grau () 3º grau																																				
EXAMES SOLICITADOS																																							
☒ Radiografias ☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Tomografia computadorizada		☐ Lavado peritoneal ☐ Gasometria arterial ☐ Tipagem sanguínea																																					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS																																							
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																				
1 1º atendimento																																							
2																																							
3 RL 500 ml EV agora																																							
4 RL 500 ml EV agora																																							
5 Dexametazona 1g + AD EV agora																																							
6 Dexametazona 1g + AD EV agora																																							
7 Teleproq. 10mg + 100ml SVO 99,7 EV lento																																							
8																																							
9																																							
10																																							
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO																																							
Solicito parecer da		às _____ de _____ de _____																																					
Solicito parecer da		às _____ de _____ de _____																																					
DESTINO DO PACIENTE																																							
DATA	() Centro cirúrgico																																						
DA	() Transferência (unidade de saúde)																																						
SAÍDA	() Internado (setor)																																						
HORAS:	() Alta hospitalar	() Decisão médica	() A pedido																																				
	() Óbito	() Até 48 hs.	() Após 48 hs.																																				
	() Família	() IML	() SVO																																				
		ASSIN																																					
		ASSIN																																					

F(NG).CC.001-1





EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000004607456 BE.: 963898
CRISTIANE COSTA SILVA
DT. NASC.: 17/01/1973
MAG: ANA LUCIA DA COSTA SILVA

BE/PRONTUÁRIO

END.: LUIZ GONZAGA HOLMES DE ALMEIDA
N. 511 - YRANGABEIRA
JURADO PESSOA
FONE: (1)
CELULAR: (82) 99875537
JARDIM 43
DT. ENTRADA:

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
27/11/16		# Ortopedia
		Paciente admitido de urgência de muito apressado para ser deformidade em braço D. Neu- ropatia articular por alterações Px erigida devido fratura de ulna e rádio por trauma
		CD - Imobilização - TTO conservadora - Retorno CI 3 dias - Alta de Ortopedia

Dr. Daniel Cavalcanti
MEDICO
CRM 9248 PR

Orientador
Dr. Fred

SESPROCON LIDER PRONT RS 16-FR-2016 R18 04/02/29 1/1

FQNGJENF018-1





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

Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA BACIA

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

IMPRESSÃO RADIOGRÁFICA

Estudo radiográfico dentro dos padrões da normalidade.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

SEBASTIÃO | 11/12/2019 17:29:17

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:39.

Dra. Alessandra P. C. Mendes

CRM: 6293 - PB





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

Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA TORNOZELO DIREITO

ESPORÃO NO CALCANEÓ.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

SEI 000000168989 - 11/12/2019 15:18 04/03/17/1

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:39.

Dra. Alessandra P. C. Mendes

CRM: 6293 - PB





Data: 27/11/2016



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

Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL

Não há evidência de curvaturas anormais significativas.

Transição crânio-vertebral sem alterações.

Não se identificam costelas cervicais.

Corpos vertebrais com morfologia conservada.

Espaços discais sem reduções expressivas.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

SCS 04/0001 11/07/2017 05:16 16-FEB-2018 15:16 04/03/2017

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:41.

Dra. Alessandra P. C. Mendes

CRM: 6293 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

Campos pulmonares com transparência normal.

Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca de configuração anatômica normal.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

SESSÃO 1108 (PUB) R 16-FIL-2016 15:18 043234 1/1

Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:47.

Dra. Alessandra P. C. Mendes

CRM: 6293 - PB





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

Atendimento: 000000168989

Idade: 43 anos

Paciente: CRISTIANE COSTA SILVA

Data: 27/11/2016

RADIOGRAFIA OMBRO ESQUERDO

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

IMPRESSÃO RADIOGRÁFICA

Estudo radiográfico de ombro esquerdo dentro dos padrões da normalidade.

** O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

SELAO/2016 LITEN/0001 65 16-11-2016 15:18 04/23/16 1/1

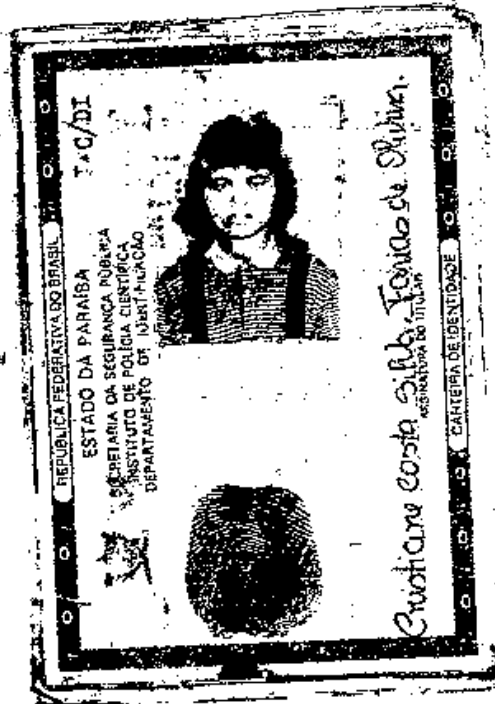
Este laudo foi liberado em 28/11/2016 06:47.

Dra. Alessandra P. C. Mendes

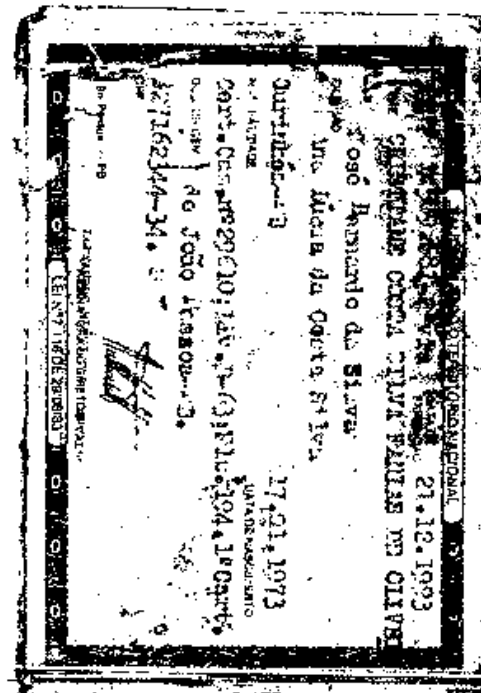
CRM: 6293 - PB



Documentos de identificação



SECRETARIA LIDER 00001 RS 16-FEB-2010 15:18:04.236 1/1



SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
CONFERE COM O ORIGINAL

João Pessoa - PB, em 26 de 9 de 2017

Assinatura/Carimbo do Funcionário

Matrícula



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
COORDENADORIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
COORDENADORIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

Laudo do IML - Lesões corporais



C: 255917 Laudo nº: 03.01.06.042017.10868

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 01/06/2017 Hora do exame: 19:00

Órgão Requisitante: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital. nº da Solicitação: 71.2017 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA, 44 anos, sexo: Feminino Raça/cor: pardo filho(a) de: José Bernardo da Silva e de: Ana Lúcia da Costa Silva, Estado civil: Solteiro(a). Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Gurinhém/PB. Profissão: ignorado.

HISTÓRICO: a pericianda relata que foi vítima de acidente de trânsito em 27/11/2016.

DESCRIÇÃO: O membro superior esquerdo não revela deformidades. O exame funcional desse membro mostra limitação dos movimentos da articulação do punho, estimada em 30%. Trouxe laudo médico emitido em 26/02/2017 pela Dra. Joacila B. Brandão, CRM 1781, no qual consta o diagnóstico de fratura da ulna esquerda, cujo tratamento foi conservador. Trouxe laudo médico emitido em 27/04/2017 pelo Dr. Nilvan da Silva Linhares, CRM 5044, no qual consta o diagnóstico de fratura do antebraço esquerdo, dor residual e limitação dos movimentos de prono supinação.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, ESTIMADA EM 30%.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO.
- 6) Provocou aceleração de parto? NÃO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10) Provocou aborto? NÃO.

Dr. Antônio Vieira de Moura
Perito Oficial Médico Legal
Mat: 157.639-9 CRM 4371/PB



PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTO

Outros



Lider dos
Luro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066603/18
Vítima: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE
OLIVEIRA
CPF: 827.162.344-34

CPF de:
Próprio

Data do Acidente: 27/11/2016

Titular do CPF: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE
OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA : 827.162.344-34

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

Data da entrega: 16/02/2018
Nome: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 827.162.344-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

Nathalia Beatriz Braga Costa





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA ☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA
VÍTIMA LEONARDO ALVES COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA
DATA DO ACIDENTE 28/11/2016 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO 82716234434

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS
☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
• Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
• Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
• Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE
☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE
BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Declaração de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes (juntos à Receita Federal), ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes (juntos à Receita Federal) ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))
☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS
☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
Portador da documentação (Nome) LEONARDO ALVES COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 82716234434
E-mail 82716234434
Data 07/02/2018 Assinatura LEONARDO ALVES COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO
Ponto de Atendimento (Nome do ponto) ALZATEIRA 30300011
Atendente LEONARDO F. V. DE SOUZA Matrícula 8478037-1
Data: 07/02/2018 Assinatura: [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066603/18
Vítima: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

CPF: 827.162.344-34

CPF de:
Próprio

Data do Acidente: 27/11/2016

Titular do CPF: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA : 827.162.344-34

Autorização de pagamento

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/06/2018
Nome: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA
CPF: 827.162.344-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO



Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Garante de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: José Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

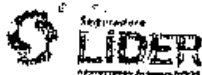
JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthurfroes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180088087 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 27/11/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2018

Valoração do IML: 30

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ULNA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS ESQUERDO: 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações: INDENIZAÇÃO ADAPTADA A LEI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08025602920198152003

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CRISTIANE COSTA SILVA FARIAS DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Cumprе ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Em caso de dano anatómico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

HA DANO PERMANENTE PASSIVO DP
PERMANENTE

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☒ Sim, em que prazo:

☐ Não

É NECESSÁRIO EXAME COMPLEMENTAR (HA: SO. SIMPÃO - RETENÇÃO?).
DO MEMBROS SUPERIORES.

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anatómico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is)

acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☐ Parcial

(Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:29:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117291752400000026050319

Número do documento: 19121117291752400000026050319

Num. 26985355 - Pág. 1

b.1 ☐ **Parcial Completo** (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☐ **Parcial Incompleto** (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 8.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anômico	Marque aqui o percentual			
1º Lesão	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa
2º Lesão	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa
3º Lesão	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa
4º Lesão	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75% Intensa

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado.

Fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 9 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

