



21/01/2021

Número: **0802846-96.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **12/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADEILSON DE SOUZA (AUTOR)		GERSON LUCIANO SANTOS NETTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38586526	21/01/2021 09:44	Petição	Petição
38586528	21/01/2021 09:44	2624226_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38586529	21/01/2021 09:44	2624226_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063359

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEILSON DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

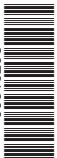
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13862879

Pag. 00405/00406 - carta_01 - INVALIDEZ

00010203





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063359

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADEILSON DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

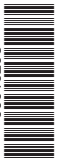
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13862879

Pag. 00405/00406 - carta_01 - INVALIDEZ

00010203





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063359

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADEILSON DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00163/00164 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063359

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADEILSON DE SOUZA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00163/00164 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190063359

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADEILSON DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ADEILSON DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000000374

Conta: 0000029300-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

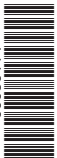
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00227/00228 - carta_15R - INVALIDEZ

00030114



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: 319006359	CPF da vítima: 033.222.867-38	Nome completo da vítima: ADEILSON DE SOUZA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ADEILSON DE SOUZA		CPF: 033.222.867-38
Profissão: FORTEIRO	Endereço: RUA PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA	Número: 70 Complemento: CASA
Bairro: MALVINAS	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58433-238	Tel. (DDD): (83) 9873-2642

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BANCO ITAÚ	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 0374	CONTA: 29300 9
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa 25/02/2019**

Nome: **Adelson de Souza**

CPF: **033.222.867-38**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Adelson de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Nº da Agência/Conta/DAC

0374/29300-9

de CAC.

Cliente

Nome (sem abreviação)

ADEILSON DE SOUZA

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso à Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

Cartão Provisório Itaú	☒ Sim	☐ Não
Entrega de Cheques em Domicílio	☒ Sim	☐ Não
Adiantamento a Depositantes (AD)	☒ Sim	☐ Não
LIS - Limite Itaú para Saque	☒ Sim	☐ Não
Seguro LIS Itaú	☐ Sim	☒ Não
Cartão de Crédito Itaúcard: MULTIPLO	☒ Sim	☐ Não
Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito	☒ Sim	☐ Não
Cartão de Débito Itaú	☐ Sim	☒ Não
Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)	☐ Sim	☒ Não
Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú)	☒ Sim	☐ Não
Fatura Digital	☐ Sim	☒ Não



Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Pacote Padronizado II com mensalidade de R\$ 20,75. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a

Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itaubr.com.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLO MASTERCARD

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 08 vezes sem juros, com vencimento todo dia 18 de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em vezes sem juros, com vencimento todo dia de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou. O cartão pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.

Cartão de Crédito: Para cartões com a mecânica 2.0, caso você não pague o valor total da fatura e não contrate um Parcelamento ou Financiamento da Fatura até o vencimento, haverá cobrança de juros sobre: (i) o saldo remanescente a partir do vencimento da fatura; (ii) novas compras a partir de sua realização; e (iii) parcelas de compras parceladas sem juros a partir do lançamento na fatura. O pagamento, a qualquer momento, do saldo em aberto da fatura vigente evitará a incidência de juros sobre novas compras e parcelas, a partir deste pagamento. Compras e parcelas lançadas quando havia saldo em aberto terão incidência de juros até o próximo vencimento. Para entendimento da mecânica do cartão Itaúcard 2.0 e demais tarifas acesse itaubr.com/carteos. O contrato será enviado para você via SMS e também estará disponível para consulta e download a qualquer momento no site do Itaú. A anuidade é cobrada no uso do cartão múltiplo ou no desbloqueio do cartão de crédito, conforme valor vigente em tarifário.

Extrato mensal Consolidado: disponível para consulta no Itaú 30 Horas via Internet. O recebimento do Extrato Mensal Consolidado via correios pode ser solicitado pelo Itaú 30 horas via Internet, pelo Caixa Eletrônico ou pela Agência após a abertura e está sujeito à tarifação conforme Tabela Geral de Tarifas.

Plano de Vantagens Itaú: (x) Não Aderiu () Aderiu

Atenção: Ao aderir ao Plano, você deixará de contar com quaisquer isenções, condições especiais ou preços diferenciados de pacotes de tarifas e outros serviços, incluindo aqueles decorrentes do volume dos seus investimentos ou negociações do Itaú com o seu empregador. Consulte os critérios, as condições específicas e os benefícios do seu Plano no Regulamento disponível nas agências ou no site. Os produtos e serviços solicitados poderão estar sujeitos à cobrança de tarifas conforme Tabela Geral de Tarifas, encargos e prêmios de seguro, conforme indicado anteriormente na Proposta de Abertura de Conta.

A qualquer momento você poderá procurar uma agência ou o SAC para cancelar os produtos e serviços contratados. Verifique sempre as condições e as consequências do cancelamento.

Lembre-se que as Condições Gerais da Conta Universal Itaú e dos Serviços, bem como a Tabela Geral de Tarifas, estão disponíveis nas agências e no itaubr.com.

Itaú. Feito para você.

Consultas, informações e transações, acesse itaubr.com ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.

Via cliente (1/2)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:44:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109444821900000036791955>

Número do documento: 21012109444821900000036791955

Num. 38586528 - Pág. 7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: 319006359	CPF da vítima: 033.222.867-38	Nome completo da vítima: ADEILSON DE SOUZA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ADEILSON DE SOUZA		CPF: 033.222.867-38
Profissão: FORTEIRO	Endereço: RUA PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA	Número: 70 Complemento: CASA
Bairro: MALVINAS	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB CEP: 58433-238
E-mail:		Tel. (DDD): (83) 9873-2642

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BANCO ITAÚ	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: 0374	CONTA: 29300 9
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **João Pessoa 25/02/2019**

Nome: **Adelson de Souza**

CPF: **033.222.867-38**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Adelson de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

25 FEV. 2019

ASSESSORIA

CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Nº da Agência/Conta/DAC

0374/29300-9

de CAC.

Cliente

Nome (sem abreviação)

ADEILSON DE SOUZA

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso à Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

Cartão Provisório Itaú	☒ Sim	☐ Não
Entrega de Cheques em Domicílio	☒ Sim	☐ Não
Adiantamento a Depositantes (AD)	☒ Sim	☐ Não
LIS - Limite Itaú para Saque	☒ Sim	☐ Não
Seguro LIS Itaú	☐ Sim	☒ Não
Cartão de Crédito Itaúcard: MULTIPLO	☒ Sim	☐ Não
Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito	☒ Sim	☐ Não
Cartão de Débito Itaú	☐ Sim	☒ Não
Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)	☐ Sim	☒ Não
Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú)	☒ Sim	☐ Não
Fatura Digital	☐ Sim	☒ Não



Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Pacote Padronizado II com mensalidade de R\$ 20,75. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a

Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itaubr.com.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLO MASTERCARD

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 08 vezes sem juros, com vencimento todo dia 18 de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em vezes sem juros, com vencimento todo dia de cada mês. Cartão Internacional total R\$ 183,00. Cartão Básico R\$ 72,00.

Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou. O cartão pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.

Cartão de Crédito: Para cartões com a mecânica 2.0, caso você não pague o valor total da fatura e não contrate um Parcelamento ou Financiamento da Fatura até o vencimento, haverá cobrança de juros sobre: (i) o saldo remanescente a partir do vencimento da fatura; (ii) novas compras a partir de sua realização; e (iii) parcelas de compras parceladas sem juros a partir do lançamento na fatura. O pagamento, a qualquer momento, do saldo em aberto da fatura vigente evitará a incidência de juros sobre novas compras e parcelas, a partir deste pagamento. Compras e parcelas lançadas quando havia saldo em aberto terão incidência de juros até o próximo vencimento. Para entendimento da mecânica do cartão Itaúcard 2.0 e demais tarifas acesse itaubr.com/carteas. O contrato será enviado para você via SMS e também estará disponível para consulta e download a qualquer momento no site do Itaú. A anuidade é cobrada no uso do cartão múltiplo ou no desbloqueio do cartão de crédito, conforme valor vigente em tarifário.

Extrato mensal Consolidado: disponível para consulta no Itaú 30 Horas via Internet. O recebimento do Extrato Mensal Consolidado via correios pode ser solicitado pelo Itaú 30 horas via Internet, pelo Caixa Eletrônico ou pela Agência após a abertura e está sujeito à tarifação conforme Tabela Geral de Tarifas.

Plano de Vantagens Itaú: (x) Não Aderiu () Aderiu

Atenção: Ao aderir ao Plano, você deixará de contar com quaisquer isenções, condições especiais ou preços diferenciados de pacotes de tarifas e outros serviços, incluindo aqueles decorrentes do volume dos seus investimentos ou negociações do Itaú com o seu empregador. Consulte os critérios, as condições específicas e os benefícios do seu Plano no Regulamento disponível nas agências ou no site. Os produtos e serviços solicitados poderão estar sujeitos à cobrança de tarifas conforme Tabela Geral de Tarifas, encargos e prêmios de seguro, conforme indicado anteriormente na Proposta de Abertura de Conta.

A qualquer momento você poderá procurar uma agência ou o SAC para cancelar os produtos e serviços contratados. Verifique sempre as condições e as consequências do cancelamento.

Lembre-se que as Condições Gerais da Conta Universal Itaú e dos Serviços, bem como a Tabela Geral de Tarifas, estão disponíveis nas agências e no itaubr.com.

Itaú. Feito para você.

Consultas, informações e transações, acesse itaubr.com ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.

Via cliente (1/2)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:44:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109444821900000036791955>

Número do documento: 21012109444821900000036791955

Num. 38586528 - Pág. 9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0029025/19 CPF da vítima: 033.222.867-38 Nome completo da vítima: ADEILSON DE SOUZA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: ADEILSON DE SOUZA CPF: 033.222.867-38
Profissão: PORTUÁRIO Endereço: R. PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA Número: 70 Complemento: CASA
Bairro: MILVINS Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA CEP: 58433-238
E-mail: MIREIA.DPVAT@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (31) 98651-8167

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0493 6 (informar o dígito se existir)

CONTA: 1022593 4 (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ (informar o dígito se existir)

CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 23/01/2019
Nome: ADEILSON DE SOUZA
CPF: 033.222.867-38

(*) Assinatura de quem assina A RDO

X ADEILSON DE SOUZA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:44:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109444821900000036791955

Número do documento: 21012109444821900000036791955

Num. 38586528 - Pág. 10

BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
DATA: 22/01/2019 HORA: 14:07
FAVORECIDO: ADEILSON DE SOUZA
AGÊNCIA: 0493-6 CONTA: 1022591-4
DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO
AG. ACULHECORA: 0493 N. SEQ: 01291 TERM: 117 AUT: 5
VALOR EM DINHEIRO: 1.800,00



BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
DATA: 22/01/2019 HORA: 14:07
FAVORECIDO: ADEILSON DE SOUZA
AGÊNCIA: 0493-6 CONTA: 1022591-4
DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO
AG. ACULHECORA: 0493 N. SEQ: 01291 TERM: 117 AUT: 5
VALOR EM DINHEIRO: 1.800





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0029025/19 CPF da vítima: 033.222.867-38 Nome completo da vítima: ADEILSON DE SOUZA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: ADEILSON DE SOUZA CPF: 033.222.867-38
Profissão: PORTUÁRIO Endereço: R. PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA Número: 70 Complemento: CASA
Bairro: MILVINS Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PARAÍBA CEP: 58433-238
E-mail: MIREIA.DPVAT@HOTMAIL.COM Tel (DDD): (31) 98651-8167

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RECEITA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0493 06 (informar o dígito se existir)

CONTA: 1022593 04 (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ (informar o dígito se existir)

CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 23/01/2019
Nome: ADEILSON DE SOUZA
CPF: 033.222.867-38

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X ADEILSON DE SOUZA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:44:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109444821900000036791955

Número do documento: 21012109444821900000036791955

BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
DATA: 22/01/2019 HORA: 14:07
FAVORECIDO: ADEILSON DE SOUZA
AGÊNCIA: 0493-6 CONTA: 1022591-4
DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO
AG. ACULHECORA: 0493 N. SEQ: 01291 TERM: 117 AUT: 5
VALOR EM DINHEIRO: 1.800,00



BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
DATA: 22/01/2019 HORA: 14:07
FAVORECIDO: ADEILSON DE SOUZA
AGÊNCIA: 0493-6 CONTA: 1022591-4
DEPOSITANTE: O PRÓPRIO FAVORECIDO
AG. ACULHECORA: 0493 N. SEQ: 01291 TERM: 117 AUT: 5
VALOR EM DINHEIRO: 1.800





BOLETIM DE Ocorrência

Nº00247.01.2018.2.00.420



Ocorrência(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 22/11/2017

Hora: 10:00:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Cruzamento das Ruas Plínio Lemos Com Vila Velha, Malvinas, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto da Feirinha das Malvinas

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Adilson de Souza
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Crizomar do Nascimento Souza e José de Souza
Idade: 47 **Data de Nascimento:** 09/07/1971 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Ensino médio completo **Profissão:** Porteiro
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 033.222.867-38
Endereço: Rua- Professora Maria Augusta Mendonça, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Academia Extremo Gin
Telefone: (83) 98768-8347

TESTEMUNHA

Nome: Adriano Lima Leite
Conhecido por: Não informado
Filiação: Antônia de Lourdes Lima Leite e Grigório Soares Leite
Idade: 43 **Data de Nascimento:** 03/11/1974 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Mecânico de Motocicleta
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 022.125.314-94
Endereço: Rua Mossoró, 08, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Mercado Público das Malvinas
Telefone: Não informado



Procedimento Policial: 00247 01.2018.2.00.420





TESTEMUNHA

Nome: Cicero Laurentino Oliveira
Conhecido por: Não informado
Filiação: Tânia Maria Laurentino Oliveira e Não Declarado
Idade: 31 Data de Nascimento: 21/01/1987 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Mototaxista
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 070.821.314-61
Endereço: Rua Joana Guedes de Aquino, 52, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Próximo Ao Mercadinho Severo
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESI, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2010, placa NUD-9578, chassi 9C2KC1550AR158088, renavam 0023044703-1

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, Ano/Modelo 2010/2010, cor preta, Placa NUD-9578-PB, Chassi de N° 9C2KC1550AR158088, licenciada em nome do comunicante Adeilson de Souza, quando trafegava no cruzamento das ruas Plínio Lemos com Vila Velha, bairro malvinas, momento em que o condutor de um Veículo Corsa Sedan de Placas MYA-8366/PB, colidiu na traseira de sua motocicleta tendo o comunicante caído ao solo e sofrido astroscoopia do Joelho Direito, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida por populares e encaminhado ao Hospital Antonio Targino, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



Procedimento Policial: 00247.01.2018.2.00.420

2/3



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 22 de agosto de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

Adelson de Souza

ADEILSON DE SOUZA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00247.01.2018.2.00.420

3/3





BOLETIM DE Ocorrência

Nº00247.01.2018.2.00.420



Ocorrência(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 22/11/2017

Hora: 10:00:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Cruzamento das Ruas Plínio Lemos Com Vila Velha, Malvinas, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto da Feirinha das Malvinas

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Adilson de Souza
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Crizomar do Nascimento Souza e José de Souza
Idade: 47 **Data de Nascimento:** 09/07/1971 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Ensino médio completo **Profissão:** Porteiro
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 033.222.867-38
Endereço: Rua- Professora Maria Augusta Mendonça, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Academia Extremo Gin
Telefone: (83) 98768-8347

TESTEMUNHA

Nome: Adriano Lima Leite
Conhecido por: Não informado
Filiação: Antônia de Lourdes Lima Leite e Grigório Soares Leite
Idade: 43 **Data de Nascimento:** 03/11/1974 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Mecânico de Motocicleta
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 022.125.314-94
Endereço: Rua Mossoró, 08, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Mercado Público das Malvinas
Telefone: Não informado



Procedimento Policial: 00247 01.2018.2.00.420





TESTEMUNHA

Nome: Cicero Laurentino Oliveira
Conhecido por: Não informado
Filiação: Tânia Maria Laurentino Oliveira e Não Declarado
Idade: 31 Data de Nascimento: 21/01/1987 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Mototaxista
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 070.821.314-61
Endereço: Rua Joana Guedes de Aquino, 52, Malvinas, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Próximo Ao Mercadinho Severo
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESI, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2010, placa NUD-9578, chassi 9C2KC1550AR158088, renavam 0023044703-1

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESI, Ano/Modelo 2010/2010, cor preta, Placa NUD-9578-PB, Chassi de N° 9C2KC1550AR158088, licenciada em nome do comunicante Adeilson de Souza, quando trafegava no cruzamento das ruas Plínio Lemos com Vila Velha, bairro malvinas, momento em que o condutor de um Veículo Corsa Sedan de Placas MYA-8366/PB, colidiu na traseira de sua motocicleta tendo o comunicante caído ao solo e sofrido astroscoopia do Joelho Direito, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida por populares e encaminhado ao Hospital Antonio Targino, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirmo a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



Procedimento Policial: 00247.01.2018.2.00.420

2/3



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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



Campina Grande/PB, 22 de agosto de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Adelson de Souza

ADELSON DE SOUZA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00247.01.2018.2.00.420

3/3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0029005/19 CPF da vítima: 033.222.867-38 Nome completo da vítima: ADEILSON DE SOUZA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: ADEILSON DE SOUZA CPF: 033.222.867-38
Profissão: FORTIERO Endereço: R. PROFª MARIA AUGUSTA MENDONÇA Número: 70 Complemento: CASA
Bairro: MILVINS Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA CEP: 58433-238
E-mail: MARIA.DPVAT@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (31) 98651-8167

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0493 06 CONTA: 1022593 41 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 23/01/2019
Nome: ADEILSON DE SOUZA
CPF: 033.222.867-38

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X ADEILSON DE SOUZA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

LIFE ASSESSORIA
23 JAN 2019
CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/03/2018
HORA: 06:54:17

2282623



Prontuário		Nome do Paciente		Nascimento		Idade		Sexo		Cor		Naturalidade		Religião	
608678		ADELSON DE SOUZA		05/01/1971		47		U							
Estado Civil		CPF		RG		Grau de Instrução		Profissão		Fone Residencial		Fone Trabalho		Complemento Endereço	
		33.272.867-3E		148592 SSP PB										RUA MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GALDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58105-275	
Filiação		Mte: MARIA CRIDOMAR DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA													
Endereço		RUA MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GALDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58105-275													
Atendimento	Data	Hora	Sector												
2282623	28/03/2018	06:55	3108 SECRETARIA CONVENIOS												
Médico Atendente				1414-JOSE BISMARCK FERNANDES											
Plano / Convênio				1-UNIMED; PLANO EMPRESA											
				Nº Carteira	Validade		Nº CNS								
				035300900015/005	22/11/2019										
Posto	Acomodação			Leito											
				enf (avertido)											
Gua	Procedimento														
INTERNACAO	internas internacao														

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ADELSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, a execução de tratamentos, operações, procedimentos, transfusões de sangue ou outros procedimentos médicos que venham a ser necessários ao diagnóstico ou tratamento do paciente, bem como comprometendo-se a respeitar as instituições que lhe foram fornecidas, inclusive quanto a impropriedades oriundas da eventualidade ou da não observância das condições médicas.

Estou ciente das condições inerentes ao ato médico acima.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: ADELSON DE SOUZA
Endereço: R. P. MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 Bairro ALVARO GALDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 98768-9347

CAMPINA GRANDE, 28 de Março de 2018

POLLANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

ADELSON DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE

R43101



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/03/2018
HORA: 06:54:17

2282623



Prontuário		Nome do Paciente		Nascimento		Idade		Sexo		Cor		Naturalidade		Religião	
608678		ADELSON DE SOUZA		05/01/1971		47		U							
Estado Civil		CPF		RG		Grau de Instrução		Profissão		Fone Residencial		Fone Trabalho		Complemento Endereço	
		33.272.867-3E		148592 SSP PB										RUA MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GALDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58105-275	
Filiação		Mte: MARIA CRIDOMAR DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA													
Endereço		RUA MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GALDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58105-275													
Atendimento	Data	Hora	Sector												
2282623	28/03/2018	06:55	3108 SECRETARIA CONVENIOS												
Médico Atendente				1414-JOSE BISMARK FERNANDES											
Plano / Convênio				1-UNIMED; PLANO EMPRESA											
				Nº Carteira	Validade		Nº CNS								
				035307900015/005	22/11/2019										
Posto	Acomodação			Leito											
				enf (avertido)											
Gua	Procedimento														
INTERNACAO	internas internacao														

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ADELSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, a executar tratamentos, operações, procedimentos, transfusões de sangue ou outros procedimentos médicos que venham a ser necessários ao diagnóstico ou tratamento do paciente, bem como comprometendo-se a respeitar as instituições que lhe foram fornecidas, inclusive quanto a impropriedades oriundas da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das condições inerentes ao ato médico acima.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: ADELSON DE SOUZA
Endereço: R. P. MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 Bairro ALVARO GALDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 98768-9347

CAMPINA GRANDE, 28 de Março de 2018

POLLANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

ADELSON DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE

R43101



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/03/2018
HORA: 06:54:17

2282623



Prontuário		Nome do Paciente		Nascimento		Idade		Sexo		Cor		Naturalidade		Religião	
608678		ADELSON DE SOUZA		05/01/1971		47		U							
Estado Civil		CPF		RG		Grau de Instrução		Profissão		Fone Residencial		Fone Trabalho		Complemento Endereço	
		33.272.867-3E		148592 SSP PB										RUA MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GALDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58105-275	
Filiação		Mte: MARIA CRIDOMAR DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA													
Endereço		RUA MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GALDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58105-275													
Atendimento	Data	Hora	Sector												
2282623	28/03/2018	06:51	3108 SECRETARIA CONVENIOS												
Médico Atendente				1414-JOSE BISMARK FERNANDES											
Plano / Convênio				1-UNIMED; PLANO EMPRESA											
				Nº Carteira		Validade		Nº CNS							
				035307900015/005		22/11/2019									
Posto	Acomodação			Leito											
				enf (avertido)											
Gua	Procedimento														
INTERNACAO	internas internacao														

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ADELSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, a executar tratamentos, operações, procedimentos, transfusões de sangue ou outros procedimentos médicos que venham a ser necessários ao diagnóstico ou tratamento do paciente, bem como comprometendo-se a obedecer as instruções que lhe forem fornecidas inclusive quanto a improprios ornamentos ou da roupa. Estou ciente das complicações inerentes ao ato médico acima.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: ADELSON DE SOUZA
Endereço: R. P. MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 Bairro ALVARO GALDENCIO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 98768-9347

CAMPINA GRANDE, 28 de Março de 2018

POLLANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

ADELSON DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE

R43101



Hipercard

00562714



PC - 00

ADEILSON DE SOUZA
R PRFA MARIA AUGUSTA MENDONCA 70
MALVINAS
58433-238 CAMPINA GRANDE - PB

Postagem: 15/12/2018
Vencimento: 03/01/2019
Emissão: 15/12/2018

151218

Encerramento próxima fatura: 29/01/2019

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	318,98
Pagamento efetuado em 03/12/2018	- 318,98
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	514,07
Total desta fatura	514,07

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Título: ADEILSON DE SOUZA
Cartão: 6062.XXXX.XXXX.0571

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento 03/01/2019	A) pagamento total 514,07	B) pagamento mínimo 82,86	☐ parcelas fixas 51,40 +23x 51,40
---------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--

Veja outras opções na 2. folha

B) Pagamento mínimo: quando por pagar quanto entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.900,00
Limite utilizado no mês	514,07
Retirada de recursos (Pós-Saque)	60,00



Lançamentos: compras e saques

ADEILSON DE SOUZA (final 0571)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
23/10	VELOZ MOTOS 02/02	114,50
	CAMPINA GRANDE	
17/11	BOM QUE S	50,00
	CAMPINA GRANDE	
20/11	ALMAZEM D	26,00
	CAMPINA GRANDE	
20/11	DAVID BIRI 01/02	77,85
	SAO PAULO	
26/11	DAVID BIRI	20,00
	JOAO PESSOA	
26/11	MAXXI Campina Grande/09	8,49
	SAO PAULO	
27/11	NETSHOES*NETSHOES	169,97
	SAO PAULO	
08/12	ORVEL VEI 01/02	35,00
	SAO PAULO	

☐ Compra presencial com o uso do cartão e senha.

Continua...



Banco Itaú S.A. - 341-7
Número do Documento: 00133975082/0065170
Nome do Pagador/CPF/CNPJ: ADEILSON DE SOUZA - 653.222.867-38
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69
Endereço do Beneficiário: AV RUI BARBOSA, 251, 1 A, GRAÇAS - RECIFE - PE

recibo do pagador
Número: 175/33975082-9
Valor do documento: R\$ 514,07
Vencimento: 03/01/2019
Autenticação Médica:

Banco Itaú S.A.	341-7	34191.75330 97508.292048 00173.090002 1 000
Lugar de Pagamento: Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.		Data de Vencimento: 03/01/2019
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: HIPERCARD BANCO MÚLTIPLO S.A. - 03.012.230/0001-69 AV RUI BARBOSA, 251, 1 A, GRAÇAS - RECIFE - PE		Agência / Código Beneficiário: 2040/01730-9
Data do Documento: 03/01/2019	Número do Documento: 00133975082/0065170	Exibido DOC: IT
Assinatura: N	Data de Processamento: 15/12/2018	Número do Documento: 175/33975082-9
Valor do Documento: R\$ 514,07	Valor do Documento: R\$ 514,07	Valor do Documento: R\$ 514,07
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar quanto a parte do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas, pagando o valor exato da parcela até o dia do vencimento.		
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: ADEILSON DE SOUZA - 653.222.867-38 R PRFA MARIA AUGUSTA MENDONCA 70 - MALVINAS - 58433-238 CAMPINA GRANDE - PB		
Sacador Avalista:		

Autenticação Médica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:44:48

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109444821900000036791955

Número do documento: 21012109444821900000036791955

Num. 38586528 - Pág. 24



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 28/03/2018
HORA: 06:54:12



2282623

Prontuário 608678	Nome do Paciente ADEILSON DE SOUZA	Nascimento 09/01/1971	Idade 47	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião
Estado Civil	CPF 33.222.897-38	RG 1485392 SSP PB	Grau de instrução	Profissão			
Filiação	Mãe: MARIA CRIZOMAR DO NASCIMENTO SOUZA Pai: JOSE DE SOUZA				Fone Residencial	Fone Trabalho	
Endereço	R.P. MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 - ALVARO GAUDÊNCIO, CAMPINA GRANDE - PB CEP: CEP 58108-275				Complemento Endereço		
Atendimento 2282623	Data 28/03/2018	Hora 06:54	Setor 3305-SECRETARIA CONVENIOS	Tipo Atendimento 5-INTERNACAO CIRURGICA			
Médico Atendente 1414-JOSE BISMARK FERNANDES				Motivo Atendimento 3-INTERNACAO ELETIVA			
Plano / Convênio 1-UNIMED/1-PLANO EMPRESA	Nº Carteira 0253028000157005	Validade 22/12/2019	Nº CNS				
Posto	Acomodação Enf (2 batos)	Leito		Barcode *608678*			
Guia INTERNACAO	Procedimentos CONEXAO INTERNACAO						



TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), **Sr(a) ADEILSON DE SOUZA**, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, **CRM**, Estado de **PB**, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a intervenções cirúrgicas de eventualidade ou de não. Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico acima.

- 1) _____
- 2) _____

Responsável: **ADEILSON DE SOUZA**
Endereço: **R. P. MARIA AUGUSTA MENDONÇA, 70 Bairro ALVARO GAUDÊNCIO, CAMPINA GRANDE - PB**
Telefone: **96769-0347**

CAMPINA GRANDE, 28 de Março de 2018

POLLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

ADEILSON DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE
FEALIZADO EM 28/03/18

R43101



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:44:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109444821900000036791955

Número do documento: 21012109444821900000036791955

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO



DATA: 28/03/2018
HORA: 08:54:17



2282623

Prestário 608678 ADEILSON DE SOUZA	Nome do Paciente ADEILSON DE SOUZA	Nascimento 09/01/1971	Idade 47	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião	
Estado Civil	CPF 33.222.897-38	RG 1484592 SSP PB	Grau de Instrução	Profissão	Fone Residencial			Fone Trabalho
Filiação	Mãe: MARIA CRIDOMAR DO NASCIMENTO SOUZ PAI: JOSE DE SOUZA							
Endereço	R.P MARIA ALGUITA MENDONÇA 70 - ALVARO GAUDÊNCIO, CAMPINA GRANDE-PB CEP: 58108275							



Atendimento 2282623	Data 28/03/2018	Hora 08:51	Sector 3008-SECRETARIA CONVENIOS
Médico Atendente 1414-JOSE BENIMARK FERNANDES	Nº Carteira 3353029000157005	Validade 22/11/2019	Nº CNS
Plano / Convênio UNIMED/ PLANO EMPRESA	Tipo Atendimento 5-INTERNACAO CIRURGICA		
Motivo Atendimento 3-INTERNACAO/ELEITIVA			

Posto	Acomodação	Leito
Gua	Procedimento	
INTERNACAO	CONSELHO INTERNACAO	



608678

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) ADEILSON DE SOUZA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, a executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue ou outras operações médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometer-se a observar as instruções que lhe forem fornecidas inclusive quanto a impróprios esforços da eventualidade ou da não observância das orientações médicas. Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1)
- 2)
- 3)

Responsável: ADEILSON DE SOUZA
Endereço: R.P MARIA AUGUSTA MENDONÇA 70 Bairro ALVARO GAUDÊNCIO, CAMPINA GRANDE-PB
Telefone: 98768-6347

CAMPINA GRANDE 28 de Março de 2018

POLLIANA SILVA DOS SANTOS
Responsável pelo Atendimento

Adelilson de Souza

ADEILSON DE SOUZA
Responsável pelo Paciente

RX DE CONTROLE

REALIZADO EM 28/03/18

R43101



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS
DE CAMPINA GRANDE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
(83) 3341.4978

ORTOPEDIA E ARTROSCOPIA

- Juízo -

- O sr. Odilson Sampaio, vítima
de acidente de trânsito em no-
vembro de 2011. Ao chegar Orto-
pedia se queixou de um
inchaço no momento de
passar o pé. Foi realizada a
tutoração cirúrgica em 28/7/18.
Após período de recuperação
restabeleceu-se o pé h/ normal
trabalho. CID: S832

NÃO AUTORIZADO A TROCA DO MEDICAMENTO PRESCRITO

CRM 2179

Dr. José Bismarck Fernandes

RESIDÊNCIA

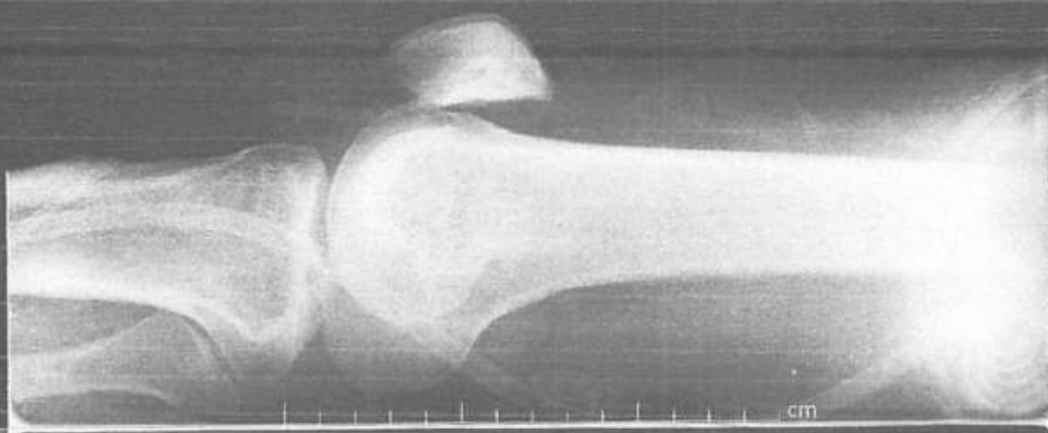
Rua Cônego Pequeno, 580 - Prata - CEP 58.426-740 - Campina Grande - PB



Adellson, De Souza
608678
09/01/1971
47 YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

28/03/2018 14:35:23



S: 1154

C: 512

W: 1024

IM: 1

Page: 1 of 1

Adellson, De Souza
608678
09/01/1971
47 YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

28/03/2018 14:37:17



S: 1325

C: 512

W: 1024

IM: 2

Page: 1 of 1



PACIENTE: ADEILSON DE SOUZA
IDADE: 46A
MÉDICO SOLICIT: DR. EDUARDO BRAGA MORAIS
EXAME: RM ARTICULAR (JOELHO DIREITO)

Nº DO EXAME: 299298
DATA DO EXAME: 05/12/2017

RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA
TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
MULTISLICE
ULTRASSONOGRAFIA
3D E 4D
DOPPLER COLORIDO
MAMOGRAFIA
DIGITAL
ESTEREOTAXIA
MAMARIA
RADIOLOGIA
DIGITAL
RADIOLOGIA
INTERVENCIÓNISTA
ANGIOGRAFIA
DIGITAL
DENSITOMETRIA
ÓSSEA
PUNÇÃO-BIÓPSIA
ECOCARDIOGRAFIA
LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS

CLÍNICA: Paciente de 46 anos de idade, realiza exame devido dor articular.

TÉCNICA: Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de alto campo (1.5 Tesla) com aquisição de imagens em seqüências multiplanares com bobina específica e obtenção de imagens de acordo com as seguintes seqüências: Sagital T1, Sagital DP com Fat Sat, Coronal DP com Fat Sat e Axial DP com Fat Sat. Foram realizados cortes finos adicionais no plano Sagital e Coronal para avaliação do LCA e Axial 3D para avaliação da cartilagem patelar.

RELATÓRIO:

- Pequeno derrame articular, com espessamento sinovial leve.
- Alteração de sinal da cartilagem que reveste a patela, destacando-se fissuras condrais no terço médio de sua faceta medial, sem envolvimento do osso subcondral.
- Lâmina líquida entre os tendões do gastrocnêmio medial e o semimembranoso.
- Tendões da pata anserina com morfologia e sinal preservados.
- Estruturas do canto posterolateral íntegras.
- Hipersinal linear e longitudinal do corpo/corno posterior do menisco medial, que toca a superfície articular inferior. Adjacente a esta lesão meniscal, existe edema ósseo na margem lateral do platô tibial homolateral.
- Tendões quadricipital e patelar visualizados com morfologia e intensidade de sinal preservada.
- Ligamentos colateral lateral e colateral medial visualizados encontram-se íntegros com intensidade de sinal preservada.
- Ligamentos cruzados anterior e posterior visualizados íntegros com morfologia e intensidade de sinal normais.
- Menisco lateral com morfologia e integridade preservada.
- Cartilagens tibial e femoral com morfologia e intensidade de sinal preservada.
- Gordura de Hoffa sem alterações.
- Fossa poplíteia de aspecto anatômico preservado.
- Musculatura regional eutrófica.



IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1 - CONDROPATIA PATELAR INICIAL, SEM ENVOLVIMENTO DO OSSO SUBCONDAL (GRAU II).
- 2 - PEQUENO DERRAME ARTICULAR COM SINOVITE LEVE.
- 3 - LÂMINA LÍQUIDA ENTRE OS TENDÕES DO GASTROCNÊMIO MEDIAL E O SEMIMEMBRANOSO.
- 4 - ROTURA LONGITUDINAL DO CORPO/CORNO POSTERIOR DO MENISCO MEDIAL, ASSOCIADO A EDEMA ÓSSEO NA MARGEM LATERAL DO PLATÔ TIBIAL HOMOLATERAL.

e/fz

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

Dr. Renato Silva
Dr. Roberto Augusto de Almeida
Dr. Roberto Augusto de Almeida
Dr. Roberto Augusto de Almeida
Dr. Roberto Augusto de Almeida
Dr. Roberto Augusto de Almeida
Dr. Roberto Augusto de Almeida
Dr. Roberto Augusto de Almeida
Dr. Roberto Augusto de Almeida
Dr. Roberto Augusto de Almeida

CAMPIMAGEM - CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DE CAMPINA GRANDE LTDA.

Rua Rodrigues Alves, 863 - Prata - CEP 58400-550 - PABX: (83) 3341-1059 (83) 2101-4750 (83) 2101-4751 - Campina Grande - PB

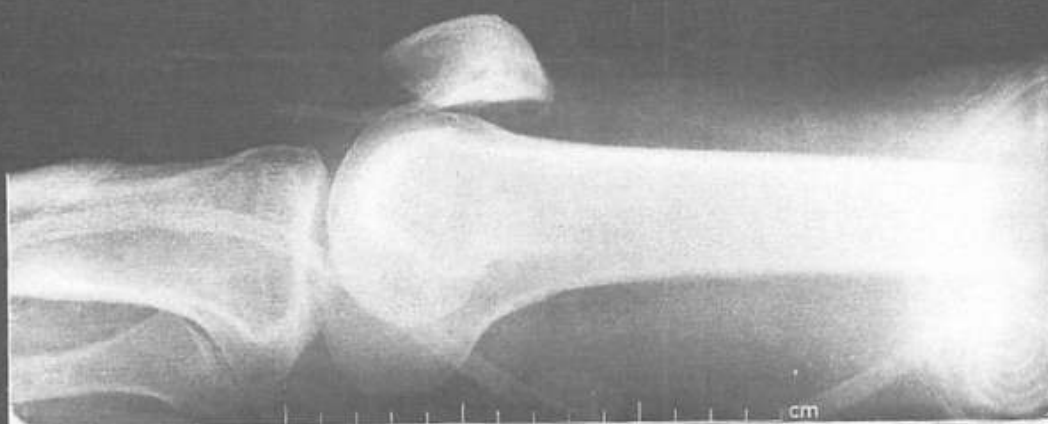
E-mail: campimagem@campimagem.com.br - Home Page: www.campimagem.com.br



Adeilson, De Souza
608678
09/01/1971
47 YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

28/03/2018 14:35:23



S: 1154

C: 512

W: 1024

IM: 1

Page: 1 of 1

Adeilson, De Souza
608678
09/01/1971
47 YEAR
M

HOSPITAL ANTONIO TARGINO
UNKNOWN

28/03/2018 14:37:17



S: 1325

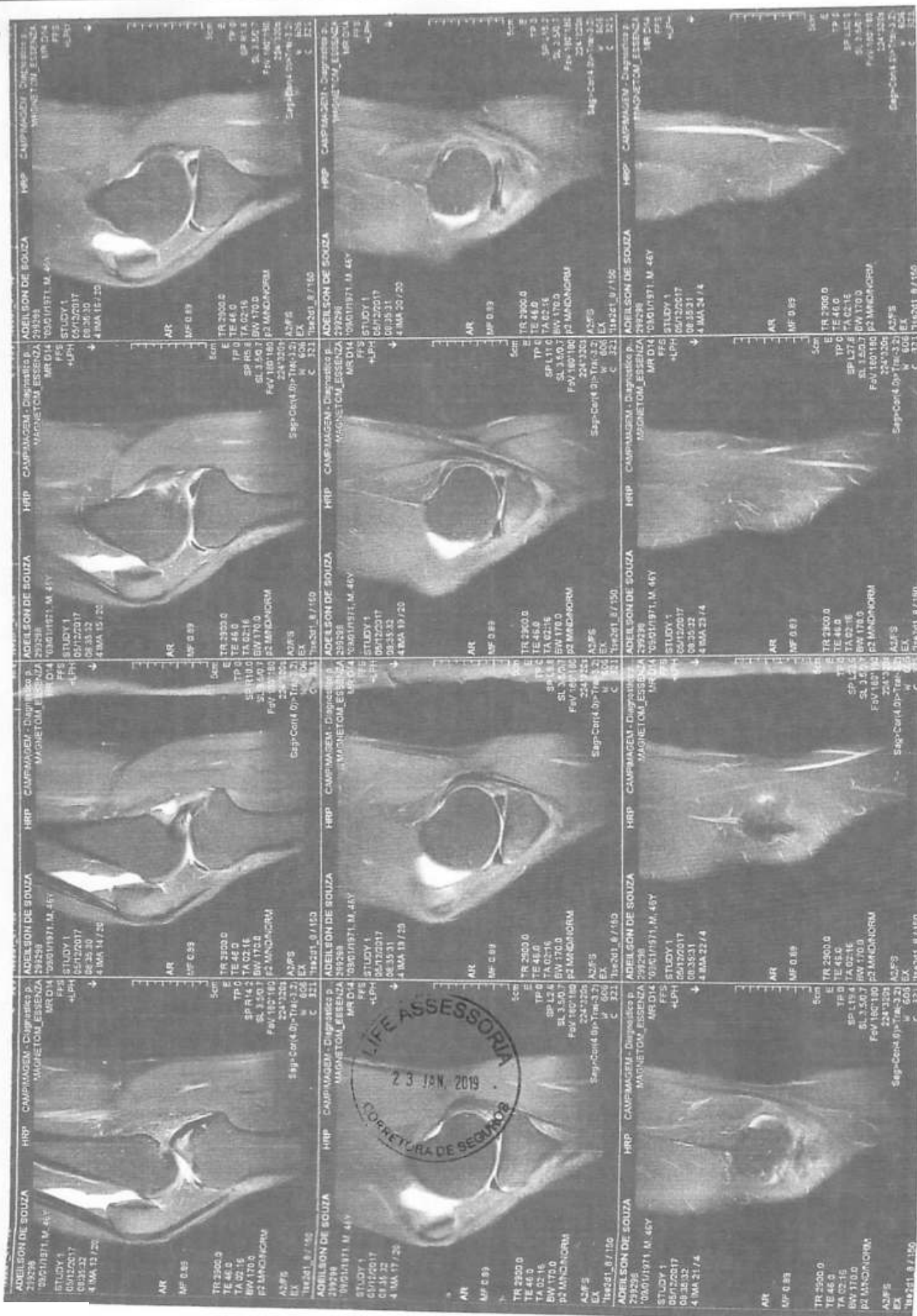
C: 512

W: 1024

IM: 2

Page: 1 of 1





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:44:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109444821900000036791955>

Número do documento: 21012109444821900000036791955

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: *Isidoro*

IDADE:

ALIA:

LEITO:

MÉDICO:

DATA: *29/03/18*

MANHÃ

*Pac. admitido regular por op. facel
segue em J+1 + drenos de varicela.
sem queixas, segue bem, muito satisfeito*

Fabírcia Luciana de
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 621

TARDE

*paciente segue com queixas vitais
de alta hospitalar, retornou a casa.*

Adriana de
Técnica de Enfermagem
COREN-PB 708726 PB

NOITE



NOME: Adelino de Souza

DIAGNÓSTICO:

LEITO:

CONVÊNIO: Unimed

DATA:

28.03.18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

Medicamentos		Horário			
(1) <u>Aspirina 100mg</u>	<u>1x/dia</u>				
(2) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(3) <u>Clonazepam 0,5mg</u>	<u>1x/dia</u>				
(4) <u>Clonazepam 0,5mg</u>	<u>1x/dia</u>				
(5) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(6) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(7) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(8) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(9) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(10) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(11) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(12) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(13) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(14) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(15) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(16) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(17) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(18) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(19) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				
(20) <u>Paracetamol 500mg</u>	<u>3x/dia</u>				

EVOLUÇÃO MÉDICA

Atenção: 2x/dia de 100mg

Paracetamol 500mg 3x/dia



ALYSSON ROSSO 21

UNIMED

IDADE: 42

SEXO: ☒ M ☐ F

A CARTEIRA: 035 84296015745

TERNAÇÃO: 0109979

ASCIMENTO: 08/11/1971

CIRURGIA

☒ ELETIVA ☐ URGÊNCIA

☐ AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA): ☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

DATA: 25.05.19

AGENTES

QTD

Pré-Operatório:

1ª Equipe (Cirurgião e 2ª Equipe)

2ª Equipe (Cirurgião e 1ª Equipe)

Instrumentação:

Instrumentação:

Realizados:

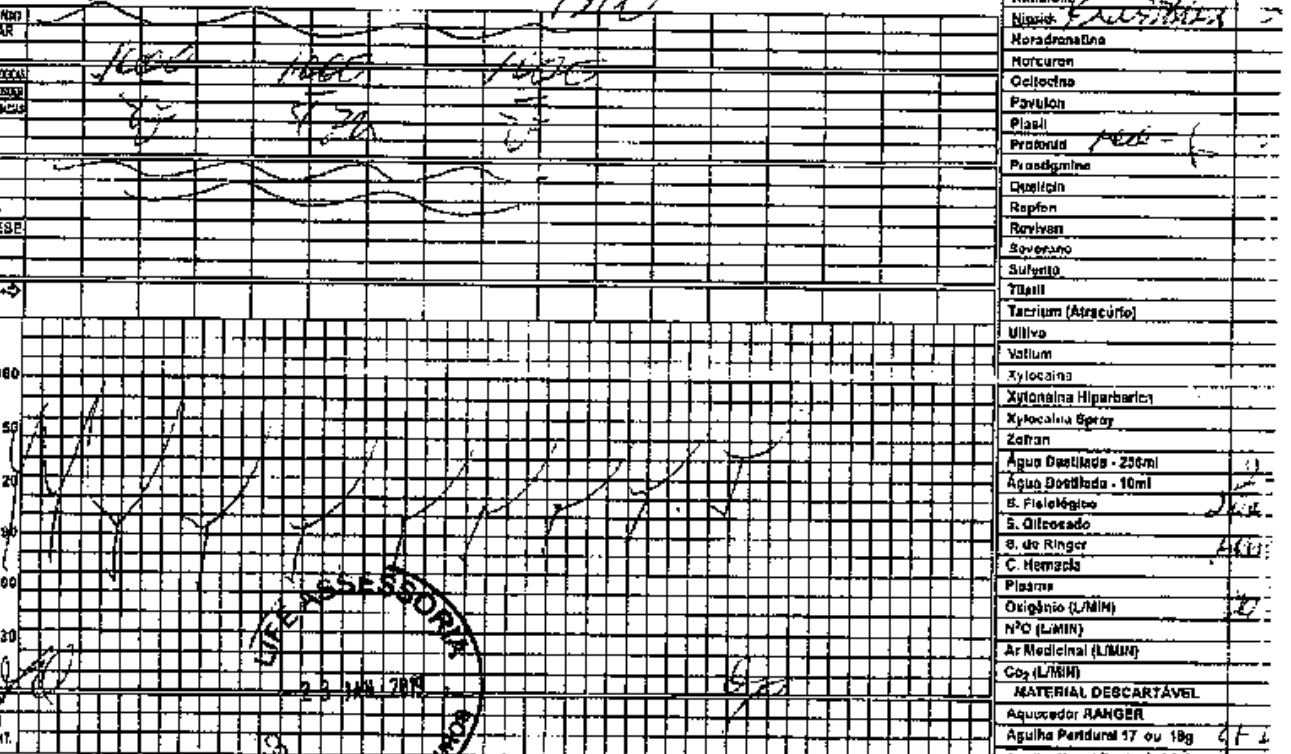
1ª Equipe

2ª Equipe

Códigos

3073 3072

3073 3057



ANESTESIA REGIONAL: ☒ Pêndulo ☒ Requiematores ☒ Epidural Sacro ☒ H. Perilico ☒ Simples ☒ Contínua ☒ Troqueostomia	ANESTESIA REGIONAL: ☐ P. Braqui/Gervical ☐ R. Cervicocervical ☐ Interes. Caténico ☐ Axilar ☐ Vena Regional ☐ Infiltração ☐ S. S. S. S.	PLACAS: ☐ Médica ☐ Permeável ☒ S. S. S. S. ☐ DL ☐ D ☐ FL	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS: ☐ Aspirador ☐ Bata ☐ ECG ☐ S. S. ☐ Químico ☐ P. S. S. S. ☐ VNI ☐ Capnógrafo ☐ Bomba de Infusão ☐ Ventilação Mecânica
---	---	--	--

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / INTERCORRÊNCIAS TRANSOPERATÓRIA

1ª Equipe: ☒ SIM ☐ NÃO

2ª Equipe: ☒ SIM ☐ NÃO

3ª Equipe: ☒ SIM ☐ NÃO

4ª Equipe: ☒ SIM ☐ NÃO

5ª Equipe: ☒ SIM ☐ NÃO

6ª Equipe: ☒ SIM ☐ NÃO

7ª Equipe: ☒ SIM ☐ NÃO

8ª Equipe: ☒ SIM ☐ NÃO

9ª Equipe: ☒ SIM ☐ NÃO

10ª Equipe: ☒ SIM ☐ NÃO

- MATERIAL DESCARTÁVEL
- Aquecedor RANGER
 - Agulha Peridural 17 ou 18g
 - Agulha Raqui Ponta de Lâpis
 - Agulha Bimultiplex 050, 0100
 - Cal S. S. S. S.
 - Colutor Epidural 160 18g
 - Colutor Nasal tipo Oculor
 - Colutor Venoza
 - BLV. ECG
 - Equip. de S. S.
 - Equip. Perfor. SET
 - Fibra Microbata
 - Guaiacol
 - Manô. T. S. S.
 - Equip. bomba de Infusão H
 - Equip. bomba de Infusão FS
 - Máscara Laríngea
 - Tubo Arterial
 - Equip. de S. S.
 - Equip. de S. S.

PACIENTE: *Alciberto da Silva*
 Nº DO PRONTUÁRIO: _____ Nº DO ATENDIMENTO: _____
 DATA DA OPERAÇÃO: *28-03-18* ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
 OPERADOR: *Bruno*
 1º AUXILIAR: *Bruno* 2º AUXILIAR: _____
 3º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADOR: _____
 ANESTESISTA: *Alf* TIPO DE ANESTESIA: *Geral*
 DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: *Lesão ulcerada e fístula*
 TIPO DE OPERAÇÃO: *Sintetização e anastomose*
 DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: *O normal*
 RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA: _____
 EXAME RADIOLOGICO NO ATO: _____
 ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO: _____

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO: _____ TÉCNICA: _____ LIGADURA: _____ DRENAGEM: _____ SUTURA: _____ MATERIAL EMPREGADO: _____ ASPECTO: _____ VICERAS: _____

- (1) *Inspeção e palpato*
- (2) *Inspeção fístula e abscesso*
- (3) *Inspeção da região*
- (4) *Inspeção da*
- (5) *Inspeção da*
- (6) *Arterial*
- (7) *Inspeção da fístula*



1521

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

EVOLUÇÃO MÉDICA

[Circular stamp: LIFE ASSESSORIA, CORRETORA DE SEGUROS, 23 JAN 2019]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

DIAGNÓSTICO: ANTONIO TARGINO

NOME: *[Handwritten]*

LETO: *[Handwritten]*

CONVÊNIO: *[Handwritten]*

DATA: 19.03.18

PRESCRIÇÃO MÉDICA





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS
DE CAMPINA GRANDE
INTERPRETE E TRANSDUTOLOGIA
FERNANDES & FERNANDES LTDA

CNPJ 028742723001-00
Rua D, Pedro II, 112 - Centro - Fone: (83) 3341.4679 - CEP: 58400-002 - Campina Grande - PB

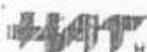
ATESTADO

Atesto para devidos fins de DIREITO
que o (a) Sr. (a) Adilson da Silva
foi atendido(a) nesta CLÍNICA, portador(a)
da Entidade Nosológica - CID S83.2
devendo permanecer afastado (a) de suas atividades habi-
tuais pelo período de 45 (quarenta e cinco) dias.

Campina Grande / PB. 28.07.18

[Assinatura]
MÉDICO - CRM





HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: *Helena de Souza*

ALB:

LEITO:

MÉDICO:

IDADE:

DATA: *28/01/19*

MANHÃ

Paciente acordou bem, porém com náuseas e vômitos.

Franca Luciana da Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-PE 621.984

TARDE

Paciente evoluiu com quadro clínico de insuficiência cardíaca congestiva, com edema de membros inferiores e pulmões. Foi realizado Rx de controle e não houve melhora. Paciente está com dor no peito e dificuldade para respirar. Foi administrado o S.O. 200mg.

Jucara Andrade de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PE 709726 PE

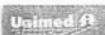
NOITE

Paciente evoluiu com quadro clínico de insuficiência cardíaca congestiva, com edema de membros inferiores e pulmões. Foi realizado Rx de controle e não houve melhora. Paciente está com dor no peito e dificuldade para respirar. Foi administrado o S.O. 200mg.



ROS MARYS
TEC. ENFERMAGEM
COREN-PE 744734





GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

3.º Data de Prestação

3aw 998749
29028081

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data de Emissão	5 - Bateria	6 - Data de Validade da Guia	7 - Número da Guia Atrelada para Operadora
3.673.97		29/01/2021	100305	29/01/2021	
Dados do Beneficiário		Dados do Solicitante		11 - Código da Operadora	
8 - Nome do Beneficiário		9 - Nome do Solicitante		10 - Nome da Contratada	
JOÃO CARLOS DE SOUZA		JOÃO CARLOS DE SOUZA		JOÃO CARLOS DE SOUZA	
12 - Nome do Profissional Solicitante		13 - Endereço Profissional		14 - Nome da Contratada	
JOÃO CARLOS DE SOUZA		JOÃO CARLOS DE SOUZA		JOÃO CARLOS DE SOUZA	
15 - Nome da Solução / Período de Atendimento		16 - Nome da Solução / Período de Atendimento		17 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
18 - Nome da Solução / Período de Atendimento		19 - Nome da Solução / Período de Atendimento		20 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
21 - Nome da Solução / Período de Atendimento		22 - Nome da Solução / Período de Atendimento		23 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
24 - Nome da Solução / Período de Atendimento		25 - Nome da Solução / Período de Atendimento		26 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
27 - Nome da Solução / Período de Atendimento		28 - Nome da Solução / Período de Atendimento		29 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
30 - Nome da Solução / Período de Atendimento		31 - Nome da Solução / Período de Atendimento		32 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
33 - Nome da Solução / Período de Atendimento		34 - Nome da Solução / Período de Atendimento		35 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
36 - Nome da Solução / Período de Atendimento		37 - Nome da Solução / Período de Atendimento		38 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
39 - Nome da Solução / Período de Atendimento		40 - Nome da Solução / Período de Atendimento		41 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
42 - Nome da Solução / Período de Atendimento		43 - Nome da Solução / Período de Atendimento		44 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
45 - Nome da Solução / Período de Atendimento		46 - Nome da Solução / Período de Atendimento		47 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
48 - Nome da Solução / Período de Atendimento		49 - Nome da Solução / Período de Atendimento		50 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
51 - Nome da Solução / Período de Atendimento		52 - Nome da Solução / Período de Atendimento		53 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
54 - Nome da Solução / Período de Atendimento		55 - Nome da Solução / Período de Atendimento		56 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
57 - Nome da Solução / Período de Atendimento		58 - Nome da Solução / Período de Atendimento		59 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
60 - Nome da Solução / Período de Atendimento		61 - Nome da Solução / Período de Atendimento		62 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
63 - Nome da Solução / Período de Atendimento		64 - Nome da Solução / Período de Atendimento		65 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
66 - Nome da Solução / Período de Atendimento		67 - Nome da Solução / Período de Atendimento		68 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
69 - Nome da Solução / Período de Atendimento		70 - Nome da Solução / Período de Atendimento		71 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
72 - Nome da Solução / Período de Atendimento		73 - Nome da Solução / Período de Atendimento		74 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
75 - Nome da Solução / Período de Atendimento		76 - Nome da Solução / Período de Atendimento		77 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
78 - Nome da Solução / Período de Atendimento		79 - Nome da Solução / Período de Atendimento		80 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
81 - Nome da Solução / Período de Atendimento		82 - Nome da Solução / Período de Atendimento		83 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
84 - Nome da Solução / Período de Atendimento		85 - Nome da Solução / Período de Atendimento		86 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
87 - Nome da Solução / Período de Atendimento		88 - Nome da Solução / Período de Atendimento		89 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
90 - Nome da Solução / Período de Atendimento		91 - Nome da Solução / Período de Atendimento		92 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
93 - Nome da Solução / Período de Atendimento		94 - Nome da Solução / Período de Atendimento		95 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
96 - Nome da Solução / Período de Atendimento		97 - Nome da Solução / Período de Atendimento		98 - Nome da Solução / Período de Atendimento	
99 - Nome da Solução / Período de Atendimento		100 - Nome da Solução / Período de Atendimento		101 - Nome da Solução / Período de Atendimento	



LIFE ASSESSORIA
23 JAN. 2019
CORRETORA DE SEGUROS



Declaro de ter

trabalhado recentemente

firmado





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS
DE CAMPINA GRANDE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
FERNANDES & FERNANDES LTDA

CNPJ 02574272/0001-00

Rua D. Pedro II, 112 - Centro - Fone: (83) 3341.4879 - CEP 58400-062 - Campina Grande - PB

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (A) Sr(A)
Anderson de Souza

esteve em nosso Centro para Tratamento Fisioterapeutico
com diagnóstico Lesão joelho
aberto

o (a) mesmo realizou sessões no período de
Realizou 20 sessões

Campina Grande / PB, 04/07/18

Atenciosamente,

Karina Coralcanti de Barros

FISIOTERAPEUTA

Karina Coralcanti de Barros

FISIOTERAPEUTA

CREFITO-PB. 73709-F



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSTITUCIONAIS DE 1988
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CENTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOBRE
ADEILSON DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / OUT. BASEOS UF
 1495382 SSP PB

CPF
 033.222.887-38 DATA NASCIMENTO
 09/01/1971

RENÇÃO
 JOSE DE SOUZA
 MARIA CRIZOMAR DO
 NASCIMENTO SOUZA

PERMISSÃO
 ACC COT. INAL

UF RESIDÊNCIA
 04414576183 VALORES
 17/08/2008 24/07/2008

ORIENTAÇÃO

LOCAL
 CAMPINA GRANDE, PB DATA PRESENCIAL
 21/08/2017

53696189520
 PB035202106

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1494477867

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1494477867



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014202842878
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRT 20180100111485-3
1 0023044703-1 00/00000000 2018

ADEILSON DE SOUZA

03322286738

NUD9578/PB

NUD9578 MT 9C2KC1550AR158088

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 150 FAN EST 2010 2010

2 P/149 /CI PARTIC PRETA

00/00/0000

0 PROCLAMANTE DETAL 2º

***** SEGURO P A G O 30/11/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

CAMPINA GRANDE - PB

30/11/2018

32875

7003820

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014202842878 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2018 30/11/20

1 03322286738 NUD9578/P

00230447031 HONDA/CG 150 FAN EST

2010 9 9C2KC1550AR158088

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** PRM (R) ***** DETRAN (R) ***** CUSTO DO SEGURO (R)

***** SEGURO P A G O

5 COCLONICA PARCELADO 30/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

0873 01.04.000/0001-04

7003820-1033049-20181130



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ADEILSON DE SOUZA
 DATA DO ACIDENTE 22.11.2017 CPF DA VÍTIMA 033.222.867-38
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É ADEILSON DE SOUZA
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Profª Maria Inês de Menezes Moura
 Nº 70 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MARVINHAS
 CIDADE CAMPINA GUAÍ UF PARANÁ CEP 58.433.238
 E-MAIL MARIA.DPVAT@GMAIL.COM TELEFONE (83) 98659-8167

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 IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (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 DESEQUILIBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE: RESPONSÁVEL: RECEBIMENTO NA SEGURADORA
 DATA 23/01/2019 DATA 23 JAN. 2019
 IDENTIDADE J. 485.392 SSP/RS NOME _____
 ASSINATURA Adeilson de Souza ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190063359 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILSON DE SOUZA **Data do acidente:** 22/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ROTURA LONGITUDINAL DO MENISCO MEDIAL DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(MENISCECTOMIA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190063359 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADEILSON DE SOUZA **Data do acidente:** 22/11/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ROTURA LONGITUDINAL DO MENISCO MEDIAL DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(MENISCECTOMIA).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0029025/19

Vítima: ADEILSON DE SOUZA

CPF: 033.222.867-38

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 22/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADEILSON DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADEILSON DE SOUZA : 033.222.867-38

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.

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: 24/01/2019
Nome: ADEILSON DE SOUZA
CPF: 033.222.867-38

ADEILSON DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08028469620198150001

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 **ADEILSON DE SOUZA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 19 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 09:44:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012109444859500000036791956>
Número do documento: 21012109444859500000036791956