



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Edivaldo do Nascimento Oliveira

PORTADOR(A) DO RG Nº 16 38576 EXPEDIDO POR esp/pb EM 02/12/13 E
CPF 64427685472 /CNPJ

E RENDA MENSAL DE R\$ 15M (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edivaldo do N. Oliveira, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0904 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46337-6

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

g.Sousa 14 de setembro de 2017

LOCAL E DATA

Edivaldo do Nascimento Oliveira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas) e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



A - **Caixa Loterias CAIXA**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

240-405965791-7

05/SET/2017 HORA DF 09:34:01

LOT: 13,23214-9 TERM: 048387
LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 0097 CONTROLE: 600326394

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0004 013 00046337-6

EDIVALDO DO N OLIVEIRA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

240-405965791-7

a VIA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivaldo do Nascimento Oliveira,

RG nº 1638576, data de expedição 02/12/13, Órgão SSP/PB

CPF nº 644276854-72, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Francisco</u>
Número	<u>212-A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro Treze de Maio</u>
Cidade	<u>José Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58010620 58025290</u>
Telefone de Contato	<u>9 86805250 88809184</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: José Pessoa, 14/09/17

Assinatura do Declarante

Edivaldo do Nascimento Oliveira





EDIVALDO N OLIVEIRA
R SAO FRANCISCO
TREZE DE MAIO
JOAO PESSOA PB
58025-290

212

0822455



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 24/01/2018 14:43:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18012414412122100000011948160>
Número do documento: 18012414412122100000011948160

Num. 12220964 - Pág. 4



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0361 - 2017		Responsável pelo Levantamento do Acidente: FABRICIO JOSÉ DE ALMEIDA			Posto/Graduação: CB /PM		
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Presidente Epitácio Pessoa			Hora 16: 10	Bairro Expedicionários		Município: João Pessoa	UF PB
Data/Ocorrência 25-05-2017	Dia da Semana Quinta-Feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Colisão	Tipo de pavimento Asfalto		Condições/Via Seca	Tempo Bom
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos			Controle do tráfego no local Pista Dupla/Via de Sentido Único				
CONDUTOR 01							
Nome Lúcia de Fátima Lima			Sexo Feminino	Nascimento 18-06-1957		RG 332543	
Endereço Rua Huerta Ferreira de Melo 300, Apt. 502, Jardim Oceania. PB – Tel.(083)98757-7247.							
1ª Habilidação 18-09-1995	Categoria B	Registro CNH N.º 00756650717	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 29-05-2020	Usava cinto Sim	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim – 0,00mg/l			Destino do Condutor Permaneceu no Local				
VEÍCULO 01							
Marca Honda City	Espécie Automóvel	Placa QFB-9328	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB		
Nome do Proprietário Lúcia de Fátima Lima							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012710708878		Renavan Nº 01255023454		Data da Emissão 26-08-2016		
Defeitos Nada constatado							

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via A na faixa do Centro, quando já se encontrava parada, o V2 colidiu na traseira do seu veículo, já tinha veículos também parados na frente e atrás do V1. Adianto que o V1 trafegava no sentido Centro/Praia.

CONDUTOR 02

Nome Edivaldo do Nascimento Oliveira			Sexo Masculino	Nascimento 23-01-1966		RG 1638576	
Endereço Rua São Francisco 212, 13 de Maio. PB – Tel.(083)98880-9184.							
1ª Habilidação 19-05-1987	Categoria B	Registro CNH N.º 01713726476	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 02-12-2018	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não			Destino do Condutor Socorrido ao Hospital Orto Trauma				
VEÍCULO 02							
Marca Honda CG 150	Espécie Motocicleta	Placa NQD-5662	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB		
Nome do Proprietário FFC Veículos Ltda.							
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012824910544		Renavan Nº 01000798450		Data da Emissão 01-12-2016		
Defeitos Nada constatado							

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou no Bptran no dia 05-06-2017 às 12:10h e disse que: trafegava na via A, na faixa da direita no sentido Centro/Praia, quando deparou-se com o V1 que freou de repente sem motivo aparente, tentou desviar do mesmo, mas não conseguiu, atingindo a traseira do V1.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
Em: 05/06/2017

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0361 – 2017

VITIMA 01

Nome Edivaldo do Nascimento Oliveira	Sexo Masculino	Nascimento 23-01-1966
Endereço Rua São Francisco 212, 13 de Maio. PB – Tel.(083)98880-9184.	Viajava no Veículo Nº 02	
Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital Orto Trauma	
CONSTATADO		
<p>Constatado quando do levantamento que: o C1 realizou o teste de etilômetro dando como resultado 0,00mg/l e o C2 foi socorrido ao Hospital Orto Trauma, pela AR-46, CB Belo e o V2 conduzida ao Patio do Bptran para complemento de laudo. O acidente se deu onde trafegava o V1.</p>		
<p>João Pessoa – PB, 14 de Junho de 2017.</p>		
<p>BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO Cópia de Conformidade com o Original EM: <u>05/07/2017</u> <u>(Assinatura)</u> ASSINATURA</p>		
<p>Fabrício José de Almeida CB PM Responsável pelo Levantamento</p>		

EM BRANCO





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0361/ 2017

AMARRAÇÕES

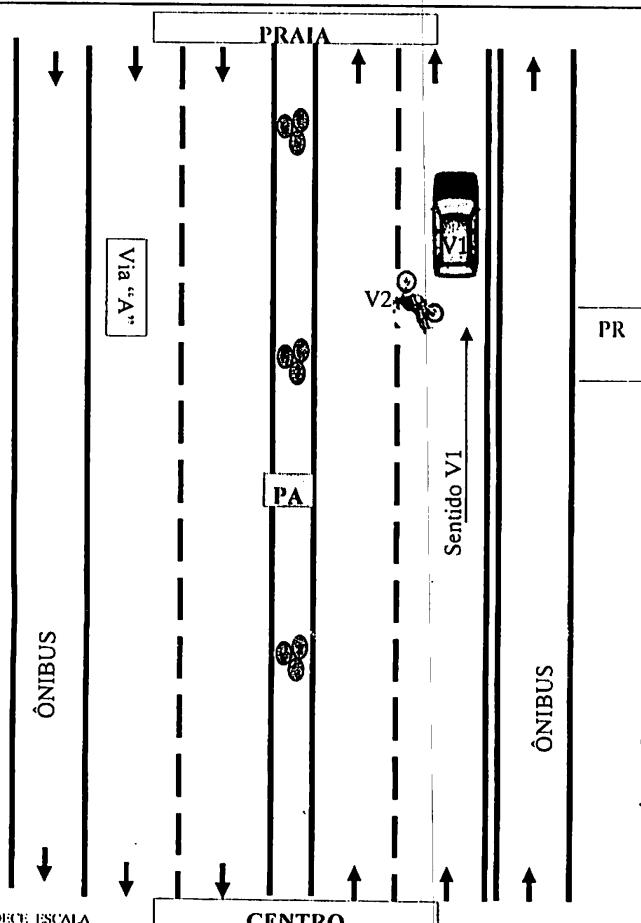
VIA "A" - Avenida Epitácio Pessoa 12,00metros

PR (Ponto de Referência) Igreja Universal

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

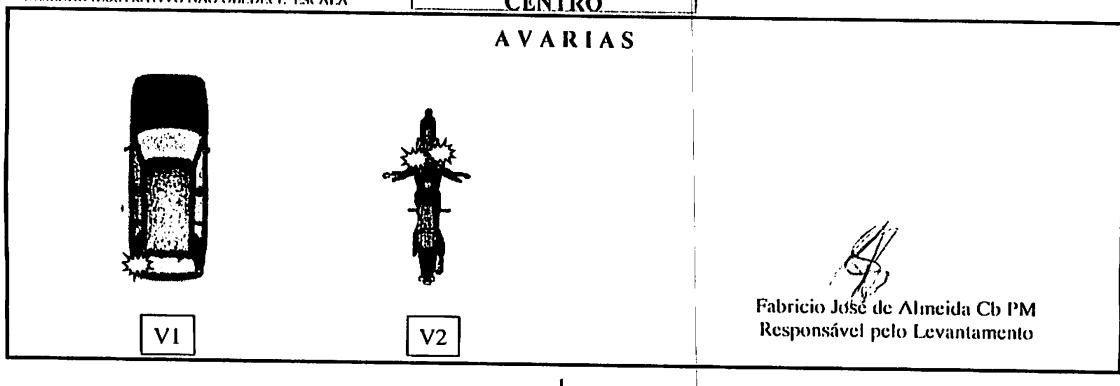
V1 (Veículo 01) Eixos Diantero Esquerdo 09.00 e Traseiro Esquerdo 07.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Diantero Direito 05.60 e Traseiro Direito 06.10 metros para (PA)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 05/01/2017

ASSINATURA



EM BRANCO

EM BRANCO



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 24/01/2018 14:43:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18012414412122100000011948160>
Número do documento: 18012414412122100000011948160

Num. 12220964 - Pág. 8



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0361/ 2017

FOTOS DO V2

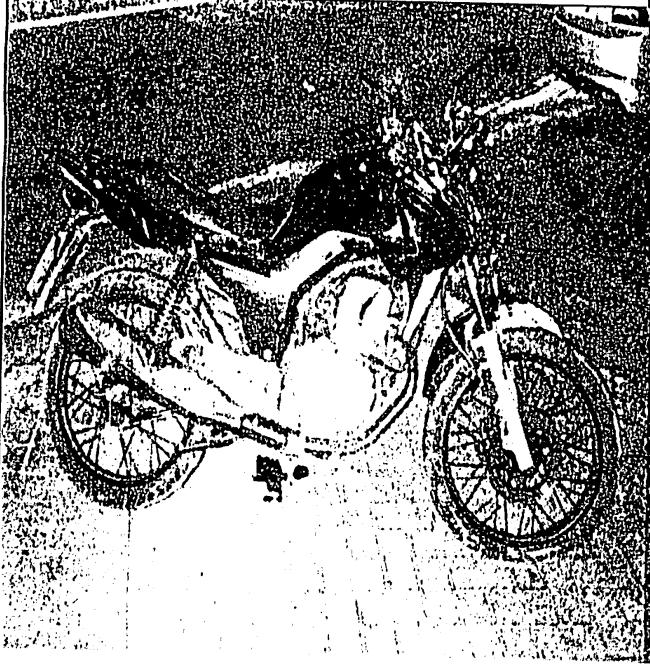
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 05/07/2017

ASSINATURA

3

Fábio José de Almeida Ch PM
Responsável pelo Levantamento





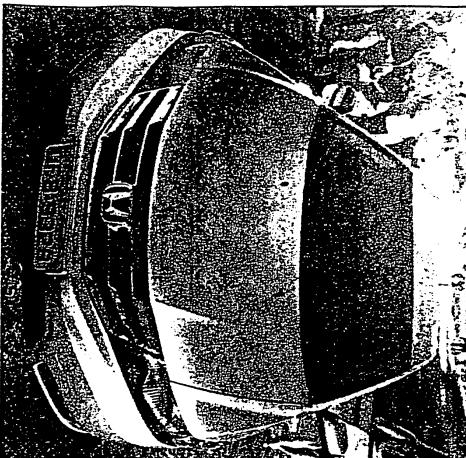
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 036/I / 2017

FOTOS DO V1

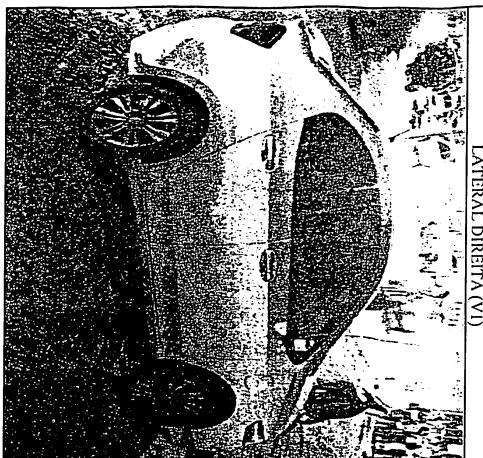
FRONTE (V1)



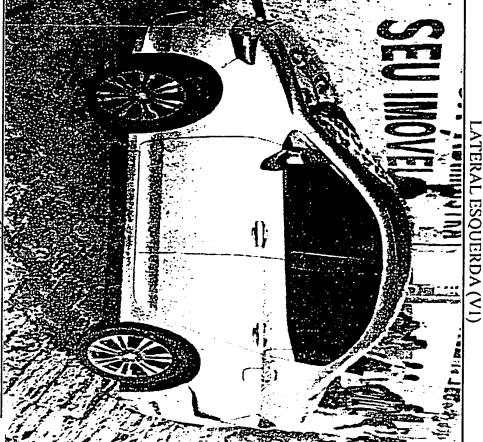
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conto impressa com o Original
EM: 06/01/2017

2

Fábio José de Almeida Ch. PM
Responsável pelo Levantamento



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 24/01/2018 14:43:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18012414412122100000011948160>
Número do documento: 18012414412122100000011948160

Num. 12220964 - Pág. 10



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0361 – 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda City	Placa: QFB-9328	Responsável pelo Preenchimento: Cb Fabrício	Data: 25-05-2017
------------------------------------	---------------------------	---	----------------------------

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Avaliação				Avaliação					
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)							00		

Observações:

00=DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: Honda FAN	Placa: NQD-5662	Responsável pelo Preenchimento: CB Fabrício	Data: 25-05-2017
-----------------------------------	---------------------------	---	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Avaliação				Avaliação					
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	x			05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (triciclos)		x	
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)				01

Observações:

01=DANO DE MÉDIA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João pessoa-PB, 14 de Junho de 2017.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Cópia de Conformidade com o Original

EM: 05/07/2017

ASSINATURA

Fabrício José de Almeida CB PM
Responsável pelo Levantamento



EMBRANCO

EMBRANCO



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 24/01/2018 14:43:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18012414412122100000011948160>
Número do documento: 18012414412122100000011948160

Num. 12220964 - Pág. 12



VISTO EM: 21/07/2017.

PI Comandante do BAPH
Matr. 522.178-1

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 17 de julho de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 253/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 25/05/2017, conforme requerimento nº 244/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 17h34min o/a Sr. (a) EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA CPF 644.267.854-72, vítima de acidente de trânsito colisão (carro x moto), socorrido em frente a Igreja Universal na avenida Epitácio Pessoa, Bairro Tambauzinho, João Pessoa – PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o/a, CABO BM MÁRCIO BELO DOS SANTOS , Matrícula: 522.178-1. Ao chegar ao local constatou que a vítima estava em decúbito dorsal, consciente e orientada, sentindo dor no punho direito e com suspeita de fratura fechada. Usava capacete e era o condutor da motocicleta. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar eu Felipe Messias Filho - SD BM Mat. 526.042-6, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josinete Belo dos Santos
TEN. QMABM- 517240-3

Chefe da 3ª Seção



GOVERNO
DA PARAÍBA

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Eduvaldo do Nascimento Oliveira, portador da carteira de identidade nº 1633576 e inscrito no CPF/MF sob o nº 644276854-73, residente e domiciliado na Rua São Francisco nº 212-A, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Eduvaldo do Nascimento Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 14/09/17

Local e data

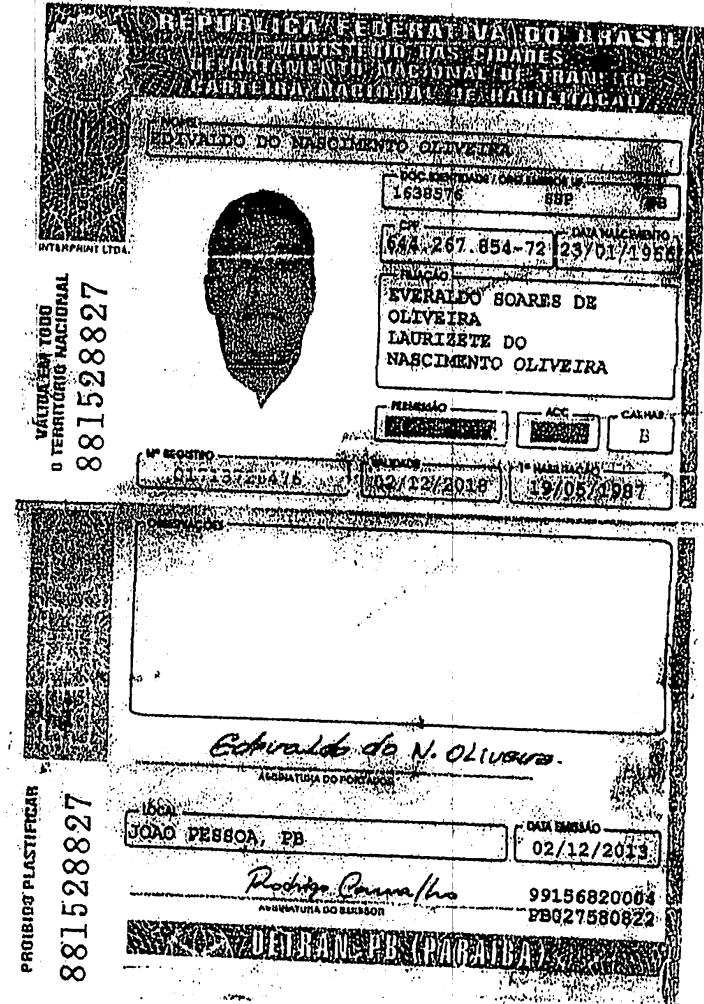


LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NOVAE	SEXO	COB	CLÍNICA	ENF.	LÍQUIDO
ANALISES	DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	DIA/NOITE/OC/INICIAL	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIA/NOITE/OC/INICIAL	3510512129	0216612012			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Fevereiro de 2018 com dor abdominal e febre (cetoacetato)				
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PROCEDIMENTO REALIZADO:	<i>HOBETE SANTO</i>				
TRATAMENTO MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO	COLERA DE MATERIAIS	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NAO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIGES DE ALTA	MELHORADO	REMODO	A PEDIDO	CURADO	OBITO
RESUMO CLÍNICO	<i>Prática ambulatorial com febre e dor abdominal. Aconselhamento para realização de exames complementares.</i>				
DETALHES:					
REPOUSO:	Relativo em casa por 30 dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Retorno às atividades com esforço físico em 60 dias.				
MEDICAGENS PARA CASA:	Retornar ao médico caso haja febre, procura médica imediata ou se ocorrer febre, procura imediata neste Complexo Hospitalar.				
RETORNO	Ao posto de saúde em <i>DUROBOATO SANTO</i> para retomada de pontos. Ao Ambulatório do <i>COLAR SANTO</i> para retomada de pontos. Em 30 dias para retorno.				
DATA	<i>02/06/2012</i>				
ASS. MÉDICO / CRM					
Este documento destina-se à compreensão de entendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Companhia Hosptialar
MANGABEIRA





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 24/01/2018 14:43:43
<http://pj.e-tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1801241441212210000011948160>
Número do documento: 1801241441212210000011948160

Num. 12220964 - Pág. 16

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Edivaldo do Nascimento Oliveira
Qualificação: Morador
CPF/MF: 644276854.72 RG: 1638576 SSP/PB
Endereço: Rua Iao Francisco N° 212-A .
Iao Pessoa. 58010630.

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

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

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

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

João Pessoa – PB, 6 de outubro de 2017.

Edivaldo do Nascimento Oliveira
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431345/17

Vítima: EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA
CPF: 644.267.854-72

Data do Acidente: 25/05/2017

CPF de: Próprio Titular do CPF: EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA : 644.267.854-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/11/2017
Nome: EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 644.267.854-72

Data do cadastramento: 08/11/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA

Sandra Maria Accioly Pedrosa





CERTIDÃO

Nº. 1097/2017

Atendendo solicitação de ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº32424 e Prontuário Nº 2017.05.003575 pertencentes a **EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA** que foi atendido dia 25/05/2017 às 18h11min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/06/2017 com alta médica dia 02/06/2017.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de agosto de 2017

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 32424 Atd: Nao Regulado
Data: 25/05/2017
Hora: 18:11:41
Repcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: EDVALDO NASCIMENTO OLIVEIRA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988809184 Num. Prontuario: 2017.05.003575
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/01/1966 Id: 51 ano(s)
End.: RUA SAO FRANCISCO,212
Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: LAURIZETE NASCIMENTO OLIVEIRA Pai: EVERALDO SOARES DE OLIVEIRA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: FILHA/ ELLEN KAROLINA CAVALCANTE
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Pro iencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO
Vitima de acidente por: COL.CARROXMOTO HJ AS 16:30 NE AV. EPITACIO
Vitima de violência por: PESSOA/COND.DA MOTO EM FRENTE A IGREJA UNIVERSAL

[] Caso Policial

PRE-CNSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Fratura do Radio distal D

Prescricao

Dr. Horario da medicacao
Ortala Alvo
 Enxag
Dr. R. Filho
Casa de saude de Taubate 15/01/18



ata e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

DESTINO DA S. J. Residencia

Suni do

3.2.3. *Intensità*

[1] UTI

[] Residencia

[] Alta a pedido

[] Enfermaria

Obito: [] Desistencia [] SVO [] IML

Nassinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Eduardo Nascimento Alves</u>				Registro:	
Idade: <u>51 anos</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>C</u>	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>01.02.17</u>	Cirurgião: <u>Dr. Robert Sonitor</u>		1º Assistente: <u>Dr. Enemor (R.)</u>		
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura radio distal (D)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O meus</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Ressecção inment + Fixare</u>					
<u>percutânea</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB,

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Paciente em decúbito dorsal flácido -
sobre mesa de cirurgia -
- Antebracos + Antebraços -
- Abdômen + coxas em cirurgia -

Incisão:

Achados:

Conduta: Realizar abordagem intramural, sole
atividade espontânea.

Fixar ferutânea com 3 fios
K-C.

- desinfectar e dessecar - Apoiar fios -
- limpeza
- curativo
- mastigação
- rx de contraste

Fechamento:

OBS:

Data: 01/06/17

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM-PB 8498
MEDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: EDVALDO Nascimento Oliveira **Data da Admissão:** 25/05/17
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Eereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** / / /
QPD: _____
HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia **Audição:** _____ **Visão:** _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ **Outros:** _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume _____
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Políuria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos _____
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



VISTO EM: ___ / ___ / ___

Comandante do BAPH

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

João Pessoa-PB, 17 de julho de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 253/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 25/05/2017, conforme requerimento nº 244/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 17h34min o/a Sr. (a) EDIVALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA CPF 644.267.854-72, vítima de acidente de trânsito colisão (carro x moto), ocorrido em frente a Igreja Universal na avenida Epitácio Pessoa, Bairro Tambauzinho, João Pessoa – PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o/a, CABO BM MARCIO BELO DOS SANTOS , Matrícula: 522.178-1. Ao chegar ao local constatou que a vítima estava em decúbito dorsal, consciente e orientada, sentindo dor no punho direito e com suspeita de fratura fechada. Usava capacete e era o condutor da motocicleta. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Para constar eu Felipe Messias Filho - SD BM Mat. 526.042-6, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josinete B. Bodos Santos
TEN. QGADM - 517240-3

Chefe da 3ª Seção



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





Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0804826-29.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos.

Defiro o pedido de gratuidade de justiça.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócuas. A parte autora busca no Judiciário a revisão/modificação de ato praticado no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juízo. Ademais, a experiência prática demonstra que as seguradoras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação.

Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

João Pessoa, data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: MIGUEL DE BRITTO LYRA FILHO - 27/04/2018 10:08:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18042710084358700000013602547>
Número do documento: 18042710084358700000013602547

Num. 13931742 - Pág. 1

Poder Judiciário da Paraíba
3^a Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0804826-29.2018.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

Nome : **B R A D E S C O** S E G U R O S S / A
Endereço: **PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131.**

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3^a Vara Cível da Capital, **CITO Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131**, para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015
JOÃO PESSOA, em 22 de janeiro de 2020.

TEREZA PRISCILA PESSOA DA ROCHA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18012414435585600000011948095



Assinado eletronicamente por: TEREZA PRISCILA PESSOA DA ROCHA - 22/01/2020 18:39:25
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012218392474900000026661000](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012218392474900000026661000)
Número do documento: 20012218392474900000026661000

Num. 27631779 - Pág. 1

CERTIDÃO

Certifico que, CITEI a parte promovida, na pessoa do representante legal, a Sra. Rosimary Soares Costa, que aceitou a contrafé do mandado e exarou o seu ciente, conforme assinatura no mandado retro. Dou fé.

João Pessoa, 12/fevereiro/2020

João Vieira da Silva: mat. 471.3061-





Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0804826-29.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

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

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3ª Vara Cível da Capital, CITO Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131, para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015
JOÃO PESSOA, em 22 de janeiro de 2020.

TEREZA PRISCILA PESSOA DA ROCHA

Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18012414435585600000011948095

BraDESCo Seguros - Data: 12/01/2020 09:53:003742 - / /



Assinado eletronicamente por: TEREZA PRISCILA PESSOA DA ROCHA

22/01/2020 18:39:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 27631779



20012218392474900000026661000

[imprimir](#)

Rosimary Soares Costa
Assistente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: JOAO VIEIRA DA SILVA - 12/02/2020 10:59:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021210593001500000027209070>
Número do documento: 20021210593001500000027209070

Num. 28211247 - Pág. 1