

**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 1638576 EXPEDIDO POR ESP/PR EM 02/12/17 E

CPF 644276854-72 /CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO Autônomo

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 LIDER 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 PREVIDENCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://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 múltipla 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 QUILO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO

Assina 14 de setembro de 2017 Edivaldo do Nascimento Oliveira  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização acesse [www.dpvatsegurostransito.com.br](http://www.dpvatsegurostransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

240-405965791-7

05/SET/2017

HORA DE 09:34:01

LOT: 13,23214-9

TERM: 049387

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0037

CONTROLE: 680326394

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

2ª VIA



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edivaldo do Nascimento Oliveira,

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

CPF nº 644176854-72, 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 Tereza de Mota</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte - PE</u>
Estado	<u>Paraíba - PE</u>
CEP	<u>58010-630 58025-290</u>
Telefone de Contato	<u>986805250 88809184</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte, 14/09/17

Assinatura do Declarante: Edivaldo do Nascimento Oliveira





EDIVALDO N OLIVEIRA  
R SAO FRANCISCO 212  
TREZE DE MAIO  
JOAO PESSOA PB  
58025-290

0822455





POLÍCIA 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 <b>0361 - 2017</b>	Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>FABRICIO JOSÉ DE ALMEIDA</b>	Posto/Graduação: <b>CB /PM</b>
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>Av. Presidente Epitácio Pessoa</b>		Horário: <b>16: 10</b>
Bairro: <b>Expedicionários</b>		Município: <b>João Pessoa</b>
UF: <b>PB</b>		
Data/Ocorrência <b>25-05-2017</b>	Dia da Semana <b>Quinta-Feira</b>	C/S Vitima (QT) <b>Com</b>
Natureza do Acidente <b>Colisão</b>	Tipo de pavimento <b>Asfalto</b>	Condições/Via <b>Seca</b>
Tempo <b>Bom</b>		

Envolvidos no acidente (Quantidade) <b>02 veículos</b>		Controle do tráfego no local <b>Pista Dupla/Via de Sentido Único</b>	
<b>CONDUTOR 01</b>			
Nome <b>Lúcia de Fátima Lima</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Nascimento <b>18-06-1957</b>	RG <b>332543</b>
Endereço <b>Rua Huerta Ferreira de Melo 300, Apt. 502, Jardim Oceania. PB – Tel.(083)98757-7247.</b>			
1ª Habilitação <b>18-09-1995</b>	Categoria <b>B</b>	Registro CNH N.º <b>00756650717</b>	U.F. <b>PB</b>
Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>29-05-2020</b>	Usava cinto <b>Sim</b>	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Sim – 0,00mg/l</b>		Destino do Condutor <b>Permaneceu no Local</b>	

<b>VEÍCULO 01</b>			
Marca <b>Honda City</b>	Espécie <b>Automóvel</b>	Placa <b>QFB-9328</b>	Categoria <b>Particular</b>
Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>		
Nome do Proprietário <b>Lúcia de Fátima Lima</b>			
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete Nº <b>012710708878</b>	Renavan Nº <b>01255023454</b>	Data da Emissão <b>26-08-2016</b>
Defeitos <b>Nada constatado</b>			

**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.

<b>CONDUTOR 02</b>			
Nome <b>Edivaldo do Nascimento Oliveira</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>23-01-1966</b>	RG <b>1638576</b>
Endereço <b>Rua São Francisco 212, 13 de Maio. PB – Tel.(083)98880-9184.</b>			
1ª Habilitação <b>19-05-1987</b>	Categoria <b>B</b>	Registro CNH N.º <b>01713726476</b>	U.F. <b>PB</b>
Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>02-12-2018</b>	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Não</b>		Destino do Condutor <b>Socorrido ao Hospital Orto Trauma</b>	

<b>VEÍCULO 02</b>			
Marca <b>Honda CG 150</b>	Espécie <b>Motocicleta</b>	Placa <b>NQD-5662</b>	Categoria <b>Particular</b>
Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>		
Nome do Proprietário <b>FFC Veículos Ltda.</b>			
Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete Nº <b>012824910544</b>	Renavan Nº <b>01000798450</b>	Data da Emissão <b>01-12-2016</b>
Defeitos <b>Nada constatado</b>			

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor declarou no Bptan 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  
ASSINATURA



**CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0361 - 2017**

**VÍTIMA 01**

Nome <b>Edivaldo do Nascimento Oliveira</b>		Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>23-01-1966</b>
Endereço <b>Rua São Francisco 212, 13 de Maio. PB – Tel.(083)98880-9184.</b>			
		Viajava no Veículo Nº <b>02</b>	Usava Cinto
Condição da Vítima <b>Condutor</b>		Conduzida Para <b>Hospital Orto Trauma</b>	

**CONSTATADO**

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 Bpran para complemento de laudo. O acidente se deu onde trafegava o V1.

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)*  
ASSINATURA

*(Assinatura)*  
Fabrício José de Almeida CB PM  
Responsável pelo Levantamento

**EM BRANCO**





POLÍCIA 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

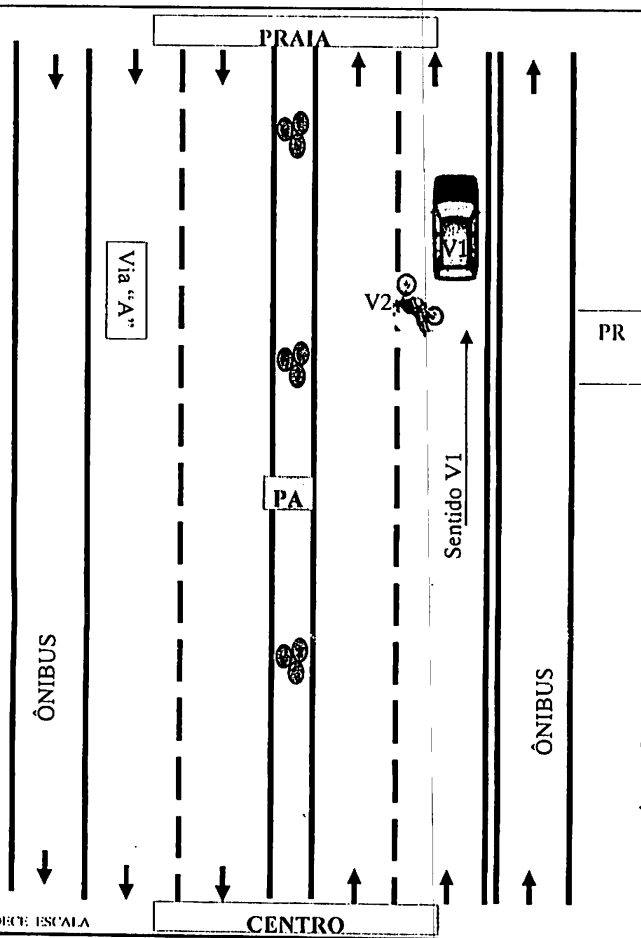
VIA "A" - Avenida Epitácio Pessoa 12,00metros

PR (Ponto de Referência) Igreja Universal

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

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

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



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

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

Fabricio José de Almeida Cb PM  
Responsável pelo Levantamento



EM BRANCO

EM BRANCO







POLÍCIA 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

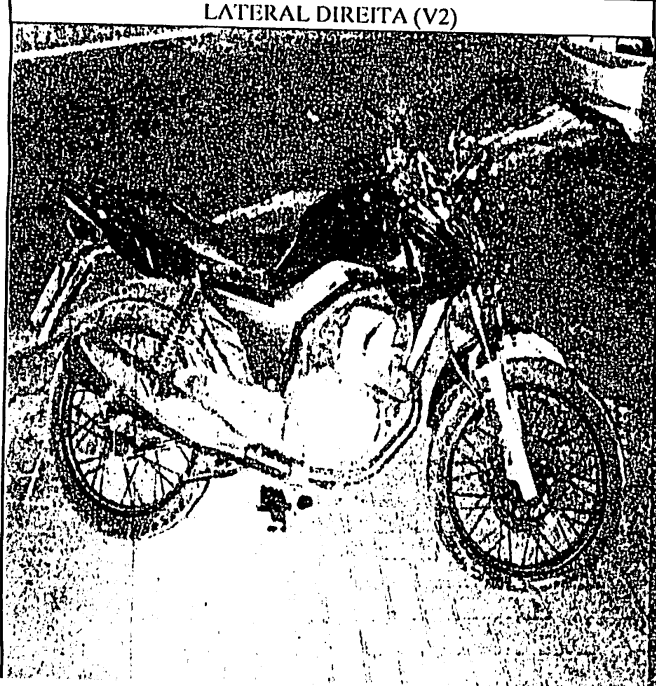
FRENTE (V2)



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

Fabricio José de Almeida Cb PM  
Responsável pelo Levantamento





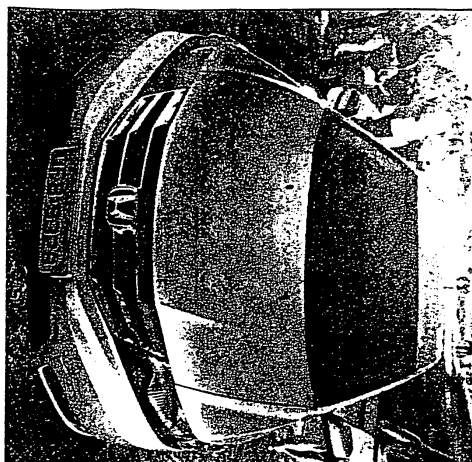
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0361/2017

FOTOS DO VI

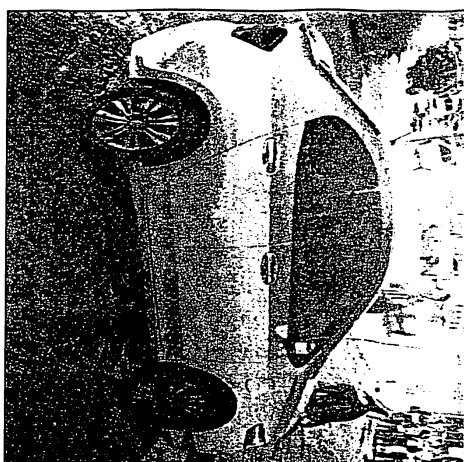
FRONTAL (V1)



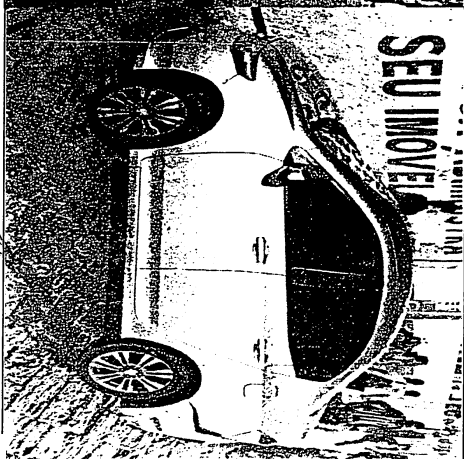
TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Cópia de Conformidade com o Original

EM: 05/01/2017

ASSINADO

2

Fabiano José de Almeida Ch. PM  
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA 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

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			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 (tríciclos)		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.

Fabrício José de Almeida CB PM  
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Cópia de Conformidade com o Original

EM: 05/07/2017

ASSINATURA



EM BRANCO

EM BRANCO





VISTO EM: 24/07/2017.

PI *[Assinatura]* - MAL BM  
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 Eptácio 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, (*[Assinatura]*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

*[Assinatura]*  
**Josinete B. S. dos Santos**  
TEN. QOABM- 517240-3

**Chefe da 3ª Seção**



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edivaldo do Nascimento Oliveira, portador da carteira de identidade nº 1638576 e inscrito no CPF/MF sob o nº 644276854-72 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.

Edivaldo do Nascimento Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa, 14/09/17

Local e data





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO

**EVERALDO DO NASCIMENTO OLIVEIRA**

**1638376** **888** **PB**

**644.267.854-72** **23/01/1968**

**EVERALDO SOARES DE OLIVEIRA**  
**LAURIZETE DO NASCIMENTO OLIVEIRA**

**PERMISSAO** **ACC** **CARNAU**  
**B**

**Nº REGISTRO** **0471372B476** **02/12/2013** **19/05/1987**

*Everaldo do N. Oliveira.*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**JOAO PESSOA, PB** **02/12/2013**

*Rodrigue Carneiro*  
 ASSINATURA DO EMISSOR

**99156820004**  
**PB027580822**

**DETRAN - PB (PACENBA)**

**VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**881528827**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**881528827**





## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: Edivaldo do Nascimento Oliveira  
Qualificação: Advogado  
CPF/MF: 644276854.72 RG: 1638576 SSP/PB  
Endereço: Rua São Francisco N° 212-A.  
João 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 setembro de 2017.

Edivaldo do Nascimento Oliveira  
Outorgante



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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, dato 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  
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2017.05.003575

Nome: EDVALDO NASCIMENTO OLIVEIRA

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988809184

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)

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FILHA/ ELLEN KAROLINA CAVALCANTE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: COL.CARROXOTO HJ AS 16:30 NE AV. EPITACIO

Vitima de violencia por: PESSOA/COND.DA MOTO EM FRENTE A IGREJA UNIVERSAL

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

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

Observacao

Queixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Ramon de S. R. Filho  
Cirurgião Plástico  
CRM 10912/1947



ata e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Edvaldo Nascimento Oliveira</u>				Registro:	
Idade: <u>51 anos</u>	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>01.06.17</u>	Cirurgião: <u>Dr. Robert Smiter</u>			1º Assistente: <u>Dr. Emerson (R.)</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura radiária distal (D)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Q. men.</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Resinagem moment + Fixação</u>					
<u>Pericardio</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (x) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) 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.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal. Manuseio da sola superior =
	- 4 anep + Anterog -
	- 4 anep - 1 com as cirurgias
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	Realizar a síntese incisional da sola auxiliar de Espina.
	Fixar o tendão com 3 Fios K.C.
	- drenar as duas pedras após fixar
	- Curativos
	- Instilação
	- RX de controle
Fechamento:	
OBS:	

Data: 01/06/17

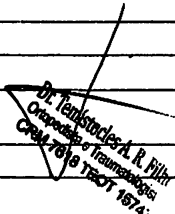
Dr. Kneaz P. Bessa Neto  
MÉDICO  
CRM - RJ 8498  
MÉDICO/CRM

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





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: EDUARDO NASCIMENTO OLIVEIRA Data da Admissão: 25/05/14  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1 \_\_\_\_\_  
QPD: EX - 2º NÚMERO DA RUA 2  
HDA: \_\_\_\_\_  
EX - 2º NÚMERO DA RUA  
25/05/14  
OLIVEIRA  
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 Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume  
**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_  
**SME:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposso [ ] 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 Eptácio 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, (*Felipe*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

*Josinete B. dos Santos*  
TEN. QGABM-517240-3

**Chefe da 3ª Seção**



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

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





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**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 inócua. A parte autora busca no Judiciário a revisão/modificação de ato praticado no âmbito extrajudicial, apenas rerepresentando 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



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]

N o m e : **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 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



## 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: 1801241443558560000011948095



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

*Rosimery Soares Costa*  
Assistente Operacional  
8337/Sucursal João Pessoa - PB

Bradesco Seguros - Data: 22-01-2020 18:39:25 - 002349 - 1/1

