



Número: **0809121-69.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **08/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA (AUTOR)	IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35792 951	22/10/2020 11:52	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
35792 953	22/10/2020 11:52	<a href="#"><u>2703434_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
35792 955	22/10/2020 11:52	<a href="#"><u>2703434_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010221152472800000034184162>  
Número do documento: 2010221152472800000034184162

Num. 35792951 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190413943**      **Vítima: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA**

**Data do Acidente: 26/01/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA**

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, contados 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 14535523

Pag. 01325/01326 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190413943      Vítima: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Data do Acidente: 26/01/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

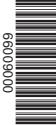
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00197/00198 - carta\_04 - INVALIDEZ



00060099

Carta nº 14559740



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102211524791500000034184164>  
Número do documento: 20102211524791500000034184164

Num. 35792953 - Pág. 2



## 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:  CPF da vítima:  Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:  CPF:   
 Profissão:  Número:   
 Endereço:  Complemento:   
 Bairro:  Cidade:  Estado:  CEP:   
 E-mail:  Tel.(DDD):   
 83-98849-5530

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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 o 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. 39, §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.

PROTOCOLO  
AG 101

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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.			

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome:  CPF:   
 2º | Nome:  CPF:   
 Local e Data:  Local:   
 Nome:   
 CPF:   
 (\*) Assinatura de quem assina A RODO  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, 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.

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>o</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 02968.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e à requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02968.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:04 horas do dia 15 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Josenelde Francisca da Silva**, CPF nº 059.225.564-60, de nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Fatima da Silva Cavalcante e Jose Francisco Cavalcante, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/06/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua dos Carteiros, Nº 280, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98730-4638.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Cidade de Cajazeiras, Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias. Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/01/19 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 26/01/2019, POR VOLTA DAS 21:30, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA POP DE COR PRETA, PLACA MOL-7051/PB, CHASSI 9C2HB0210BR412823, REGISTRADA EM NOME DE JULIO FREIRE DO RAMO, NA AVENIDA CIDADE DE CAJAZEIRAS, BAIRRO DAS INDUSTRIAS, NESTA CAPITAL, QUANDO PASSOU POR UM QUEBRA MOLAS, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO, QUE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID 52.5, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JOSÉ ALMEIDA BRAGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

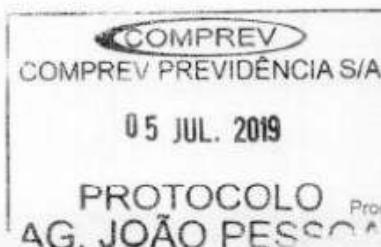
João Pessoa/PB, 15 de março de 2019.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Agente de Investigação

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 02968.01.2019.1.00.401

1/1





## 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:  CPF da vítima:  Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:  CPF:   
 Profissão:  Número:   
 Endereço:  Complemento:   
 Bairro:  Cidade:  Estado:  CEP:   
 E-mail:  Tel.(DDD):   
 58.000.000  
 83-48849.5530

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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 o 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. 39, §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.

COMPREV

COMPRA  
PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO

### 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 aqueles 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 - PB, 05/07/2019*

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

*Josémeide Francisco da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: *COMPREV*  
CPF: *05 JUL. 2019*

2º | Nome: *PRO  
V  
OC  
O  
C  
O  
L  
O*  
CPF: *Assinatura*

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



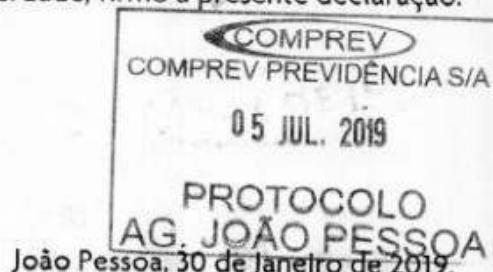
CNPJ 03.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

ATO DECLARATÓRIO

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 901/094, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2332149, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA idade 38 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 26/01/2019, na Av. Cidade de Cajazeiras, Bairro: das Indústrias - João Pessoa - aproximadamente às 21:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



*Jefferson da Rocha Augusto*  
Estadístico  
CREIS: 1001  
\_\_\_\_\_  
*Jefferson da Rocha Augusto*  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102211524791500000034184164>  
Número do documento: 20102211524791500000034184164

Num. 35792953 - Pág. 6



# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

543527

REFERÊNCIA

FEV/2019

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

PATRÍCIA DA SILVA CAVALCANTE  
RUA DOS CARTEIROS, 280 - INDUSTRIAS JOÃO PESSOA PB  
58083-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Publico	
001.033.225.0204.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V18E0926097	23/08/2018	EXT. CALCA	LICADO	FACTIVEL		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m <sup>3</sup> )   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA						
40	8	31		10/03/2019		
HIST. CONS. / ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2019	8	1	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2018	8	1	TURBIDEZ	258	268	268
NOV/2018	11		CLORO	258	268	268
OUT/2018	7	1	COL. TERMOT.	0	0	0
SET/2018	3		COR	73	103	103
AGO/2018	10		COL. TOTAIS	258	268	268
MÉDIA(M)	8		DADOS REFERENTES A: DEZ/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 11/01/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 10:21:37

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 m <sup>3</sup>	37,91

ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	3 m <sup>3</sup>	30,33
ACRESCIMO(S) DE JUROS ANT. 09/2018 11/2013		13,67
JUROS DE HORA 09/2018 11/2018		6,57

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	23/02/2019	Total a Pagar:	R\$ 88,48
-------------	------------	----------------	-----------

143,29  
88,30  
136,59  
COMPREV PREVIDENCIAS  
05 JUL. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Bezerra de Queiroz Lautinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.864.364-99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josévaldo Francisco da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.225.564-60, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Josévaldo Francisco da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.225.564-60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Almada Laranjeiras</u>	Número	<u>172</u>	Complemento		
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>CEP</u>	<u>58013-430</u>
Email	<u>adailsonbezerra@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-988495530</u>

João Pessoa, 04 de Julho de 2019  
Local e Data

Adailson Bezerra de Queiroz Lautinho Neto  
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102211524791500000034184164>  
Número do documento: 20102211524791500000034184164

Num. 35792953 - Pág. 8

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JULIO FREIRE do RANMO  
RG nº 3212524, data de expedição 02/04/2005,  
Órgão SSP/JPB, portador do CPF nº 08207752408,  
com Domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado  
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Monte das Oliveiras,  
nº 137, complemento, \_\_\_\_\_, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vitima  
Joseneide Francisco da Silva, cujo o condutor  
era Joseneide Francisco da Silva.

Veículo.....: Moto Honda Pop 100

Ano.....: 2011

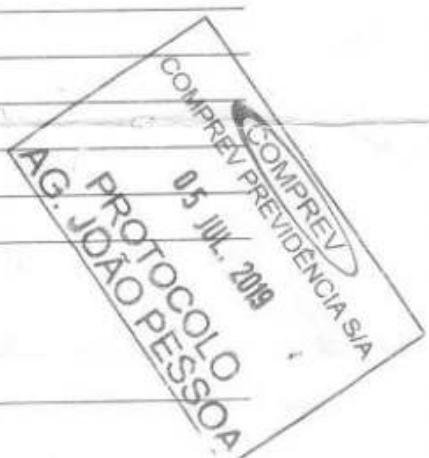
Modelo.....: 2011

Placa.....: MOL 7051-73

Chassi.....: 9E2HB0210BR412823

Data do acidente.: 26 de Junho de 2019

Local e data: João Pessoa 04/04/19



*CARTÓRIO*  
VIEIRABATISTA

X JULIO FREIRE do RANMO

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

x Joseneide Francisco da Silva

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRABATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bei. Henrique Vieira Batista - Técnicos / Bei. Rosângela Vieira Batista - Subnotários  
Av. Presidente Vargas, 4 - Bairro Centro - 58020-000 - João Pessoa - PB - CEP: 58020-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) folha(s) nº(s) 001 do(s) PROTÓCOLO

JULIO FREIRE do RANMO

Em test. da verdade. João Pessoa-PB 04/04/2019 16:30:14

Ricaley Alagida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO

(2019-0158831)EMOL:R\$ 09,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$

SELO DIGITAL: AI339238-6000

A autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





Cruz Vermelha Brasileira



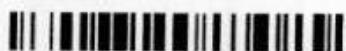
## Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1138741



## Identificação do paciente

ID 1301917	Nome JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 21/06/1980	Idade 38 anos 7 meses 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>FATIMA DA SILVA CAVALCANTE</b>	Pai <b>JOSE FRANCISCO CAVALCANTE</b>			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>ANEKELLY DA SILVA MARTINS - SOBRINHO(A)</b>			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987706114	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3106789	Nº Cns	700505195958556	
Local de procedência <b>BAIRRO DAS INDUSTRIAS</b>	Tipo <b>BAIRRO</b>		UF PB	
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>		CBO/R	
<b>Endereço</b>				
CEP 58083566	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro <b>CIDADE DE MARIZÓPOLIS</b>	
Número SN	Complemento		Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 26/01/2019 22:44:52	Número da pulseira <b>1000006930522</b>	Convênio SUS		
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente <b>RUA</b>			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Transito PRO COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
<b>Sinais Vitais</b>			05 VIII 2010

### Exames complementares

## EXAMES COMPLEMENTARES

### Dados clínicos

### Diagnóstico

Atendido por  
**YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA**

130

~~Corrivaldo Batista~~  
1518.512-ENF

## Implications

26/01/2019 22:42



Assinado eletronicamente por: SIELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2023 11:32:46  
[http://pie.tibp.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView\\_seam2x=201202211524791500000034184164](http://pie.tibp.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam2x=201202211524791500000034184164)

Número do documento: 20102211524791500000034184164

Num. 35792953 - Pág. 10



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOALS

NOME DO PACIENTE	JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	21/06/80
NOME DA MÃE	FATIMA DA SILVA CAVALCANTE

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.138.741
DATA DO ATENDIMENTO	26/01/19
HORA DO ATENDIMENTO	22:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO
CID 10	S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente, orientada, Glasgow 15, com dor em pé direito, em joelho direito, dor em ombro direito e dor em punho esquerdo. Fratura de extremidade distal de rádio esquerdo, sem desvio.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito  
RX de punho esquerdo  
RX de joelho direito.  
TC de crânio  
TC de coluna cervical  
Ultrassonografia FAST

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de rádio distal esquerdo, sem desvio.

### TRATAMENTO:

Imobilização com tala axilopalmar.

ALTA HOSPITALAR:	27/01/19
DATA DA EMISSÃO:	01/03/19

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SA - DE OBSERVAÇÃO ARPA VIEDE  
Endereço: Avenida das Flores - 36150-000, PETRÓPOLIS, RIO DE JANEIRO  
Tel: 32165711  
CNPJ: 27/8696

Dr. Carlos Alberto M. Vilela  
Ortopedia / Especialista em Ortopedia  
CRM 22 6902/2014  
CARLOS ALBERTO MARQUES VILELA  
(CRM 6902/PB)



CONFIDENCIAL

EXCELENTE DE PESQUISAS DE AGUA

Nome: JOSÉ FRANCISCO DA SILVA	CPF: 040.467.678-03	Profissão: Pescador
Endereço: Rua Bento Gonçalves, 1138	CEP: 96300-000	
Município: Bento Gonçalves		
		Data Pescaria: 12/10/2019 10:17:16

EXCELENTE DE PESQUISAS DE AGUA

TIPO: BAIOS-X

DATA: 12/10/2019

HORA: 10:17:16

NOME TÉCNICO: ASS:

Assinatura: [Large oval signature]



SALVACÉ DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: (21) 65700  
CNI: S 2778006

Paciente	CRM	Localização	Estado
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	1100741	26/01/2019 22:44:52	
Data de nascimento	Sexo	LMS	Telefone de Contato
21/06/1980	Feminino	700505198958556	(83) 987786114
Mae			Placa: 00
FATIGA DA PELVE CAVIAR CANTO			
Local: 00	Local:	Local:	00
DATA: 00	DATA: 00	DATA: 00	PB
idade: 00	idade: 00	idade: 00	00º Canto Direito
DATA: 00	DATA: 00	DATA: 00	690277P
Data: 00			
26/01/2019			

**Anamnese**

PACIENTE MULHER DE ACIDENTE DE MOTO. IRALATA DOR PÉ DIREITO, JOELHO DIREITO, OMBRO DIREITO E PERNAS DIREITAS.

CD: SOLICITOU RADIOGRAFIAS

E: AME OF IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CAPA DA CINTURA CIRÚRGICA (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUE)

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

Co idata

Em observação

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA  
CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA  
CRM: 6902/PB

26/01/2019  
11:52:48  
CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA  
CRM: 6902/PB

## ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA</b>	BAE <b>1138741</b>	Data/Hora Entrada <b>26/01/2019 22:44:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento: <b>11/06/1980</b>	Idade <b>38a 7m 6d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987706114</b>
<b>Mãe</b> <b>ATIMA DA SILVA CAVALCANTE</b>			
Endereço <b>CIDADE DE MARIZÓPOLIS, SN</b>	Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Incidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DANIEL ESPINDOLA RONCONI</b>	Nº Cons. Regional <b>7423/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>26/01/2019 22:44:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>27/01/2019 08:21:55</b>	

**Anamnese**

#NCR

PACIENTE EVOLUI COM BOM ESTADO GERAL. MELHORA DO SENSORIO

AO EXAME  
GLASGOW 15  
SEM DEFICITS MOTORES

TC CRANIO. AUSENCIA DE ALTERAÇÕES

CD.  
ALTA DA NCR →  
A CARGO DA ORTOPEDIA E CIRURGIA GERAL → *AIB***Conduta**

Em observação

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI  
(CRM: 7423/PB)

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 26/01/2019 22:45:26



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102211524791500000034184164>  
Número do documento: 20102211524791500000034184164

Num. 35792953 - Pág. 15

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. GRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32155766

CNES: 7778696

Endereço	UF	Órgão ou Unidade	Prato branco
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	1138741	26/01/2019 22:44:52	
Endereço: Rua das Flores, 21000-1960			Endereço de Verificação (83) 987780114
Sexo: Feminino	12001	70050-01000-0000	
Mae:			Pratibuno
FATIMA DA SILVA CAVALCANTE			
Endereço: CIDADE DE MARIZÓPOLES, SN	INDÚSTRIAS	Marizópolis JOÃO PESSOA	UF PB
Sexo: Feminino			IN: Cops. Regional 8267/PB
DATA / HORA: 06/02/2019 00:46:52	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Pratibuno FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	
		Órgão ou Unidade 27/01/2019 01:38:53	

EVOLUÇÃO:

III. Nenhum:

Avalio paciente com a história de queda de moto, após liberação alcoólica, sem sinais de alarme.  
Nossa com o exame:

Exame: ECG 12, PFT, com déficit focal.

Exames: exames eletrocardiográficos de urgência.  
Exames: exames eletrocardiográficos de urgência.

Cd:  
Observação: Alta quando ECG 12 (liberação alcoólica).

**Conduta**

CD: GESTÃO:

  
FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS  
(CRM: 8267/PB)

Assinatura registrada por: YURI MANUEL LIMA SOARES VASCONCELOS Silva em 26/01/2019 22:45:28

COVERING  
CARIBBEA

## CONSULTORES E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

JOURNAL OF

卷之三

PHOTOGRAPH BY J. R. HARRIS  
PHOTOGRAPH BY J. R. HARRIS

NO MOMENTO EM PGR. LOTE: EUPNEICA, NORMOCORADA.  
EXAME FÍSICO: ALCIQUÍDE VISUAL MANTIDA, EDEMA + EQUIMOSE PERIORBITAL (D), ESCORIAÇÕES MA FASE  
SEM RANUNCULAMENTOS ATIVOS. SFM SINAIS CLÍNICOS E TOMOGRAFICOS DE FRATURAS DE FACI

↑ 0.016 (N<sub>2</sub>O<sub>5</sub>)<sub>2</sub>

6032

17. **What is the primary benefit of using a neural network for speech recognition?**

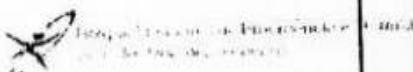
### Conducta

1997 RELEASE UNDER E.O. 14176

SECRETARIA FRANCISCA DA SILVA

Bruno da Silva Mesquita  
Cirurgia Bucogáxilo facial  
BRUNO DA SILVA MESQUITA  
CRM SP 100.000





AREA VERMELHA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel:  
CNE: 6121221

Placante <b>JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA</b>	113%	Data/Hora Entrada <b>26/01/2019 22:44:52</b>		Data Bem
Endereço <b>21/06/1969</b>	113%	0,200 <b>700505196398556</b>		Telefone de Contato <b>(63) 987786114</b>
Mae <b>FATIMA DA SILVA CAVALCANTI</b>				Próximo
Endereço <b>CIDADE DE MARIZÓPOLIS, SN</b>	100%	Município <b>JOAO PESSOA</b>		UF <b>PB</b>
Detalhamento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Motivo	Profissional <b>BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES</b>		Nº Cnes, Regional <b>10510/PB</b>
Detalhamento <b>26/01/2019 22:44:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>26/01/2019 23:20:18</b>		

ANANIAS, 58  
TRAZIDO PELA SAMU VITIMA DE QUEDA DE MOTO SIC. ALEGA CERVICALGIA. NAO FAZIA USO DE CAPACETE.  
MEGA VOMITO E SINCOPE.  
VIAS AERIAS PERTURBADAS. ALEGA CERVICALGIA  
NORMOPNICA, SATURANDO BEM EM AR AMBIENTE  
HEMODYNAMICAMENTE ESTABIL. SEM PRESENCA DE SANGRAMENTO AHARENTE, NORMOORESSORICA  
E HABILIDADES PREJUDICADAS. CONSCIENTE, DESORIENTADA, SONOLENTA. PUPILAS ISOCORICAS E  
NORMORELATIVAS  
PRESENCA DE ESCORICACOES LEVES EM FACE.

CD	
ANALGESIA	
RX DE TORAX AP	
TC DE CRANIO E CERVICAL	
ASS.	
RX DE PR. DIREITO	
<b>DIETA</b>	
DIETA SEM VIDA NENHUMA	
<b>MEDICAÇÃO</b>	
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO PARA 100 ML DE SF)	
TRAMADOL 50MG /ML, INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO PARA 100 ML DE SF)	
<b>EXAME DE IMAGEM</b>	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	
RADIOGRAFIA DE PR / DEDOS DO PR DIREITO	
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA). (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP)	
ULTRASSONOGRAFIA - FAST	

CID10			
Código	Descrição		

114.9

## Conclusion

### Um observação

Conducta  
Em observação  
Assinatura gerada por "SILVIANO MARQUES FILHO" na data: 26/01/2015 22:45:28  
  
Silviano Marques Filho  
26/01/2015

Bravo J. A. González  
MEDICO  
CRM - PB 30510



Parecer Médico			
<b>Nome</b> JOSENFIDE FRANCISCA DA SILVA	<b>Idade</b> 38A 7M 6D	<b>Prontuário</b>	
<b>Boletim de Atendimento</b> 1136741	<b>Data de Entrada</b> 26/03/2019 22:44:02	<b>Data Internação</b>	<b>Permanência na Unidade</b> 35min
<b>Convênio</b> SUS	<b>Leito</b>	<b>Clinica</b> CIRURGIA GERAL	<b>Permanência no Leito</b>
<b>Parecer médico</b>		<b>Profissional</b>	
<b>Especialidade</b> NEURO CIRURGIA	<b>Profissional</b>		<b>Assinatura</b>
<b>Motivo da solicitação</b> VLR: ANAMNESE			<p>Bruno J. B. Gonçalves MÉDICO CRM - PB 10510</p>
<b>Parecer</b>			



Paciente		Parecer Médico	
Nome:	JOSÉ NÉLSON FRANCISCA DA SILVA	Unidade:	Pronto-Sala
Boleto de Atendimento:	Data de Entrada:	Data Internação:	Permanência na Unidade:
1136743	26/01/2019 22:44:52	30/01/2019	35min
Coronavírus	Leito:	Clínica:	Permanência no Leito:
		CIRURGIA GERAL	
Parecer médico:	Profissional		
Especialidade:	Profissional		
TIPO DE ATENDIMENTO:			
Motivo da Admissão:			
VISÃO ANAMÓSICA:			
Parecer:			

Jrônio J. B. Gonçalves  
MÉDICO  
CRM - PB 10510



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Date 20/01/19 23:23  
User: ERLIND JOSE  
Refactor 1138741

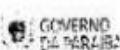
**PRÉSCRIPÇÃO MÉDICA**

Bruno J. B. Gonçalves  
**MÉDICO**  
CRM - PB 10510



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010221152479150000034184164>  
Número do documento: 2010221152479150000034184164

Num. 35702053 Pág. 21

**REQUERIMENTO DE EXAMES DE IMAGEM**

Nome: JOSEENEIDE FRANCISCA DA SILVA		
Data de nascimento: 21/06/1980	Nº Boletim Emergência 1130741	Prontuário
Material a examinar		
Data Prescrição: 26/01/2019 23:20:18		
<b>EXAME DE IMAGEM</b> -ONOSTRAN E CONTRA-INDICADA DE COLUNA CERVICAL S- CONTRASTE -ONOSTRAN E CONTRA-INDICADA DO CRANIO -ONOSTRAN E CONTRA-INDICADA DE RÉDITO -ONOSTRAN E CONTRA-INDICADA DE TOSA, PÁ. -AP ULTRASSONOGRAFIA - ST		
<b>ULTRASSONOGRAFIA</b> TIPO - <i>Ex</i> DATA - <i>26/01/19</i> HORA - <i>23:57</i> NOME TÉC. - <i>MF</i> ASS: <i>[Signature]</i> Assinatura do profissional <i>[Signature]</i> Mário L. B. Gonçalves MÉDICO CRM - PB 10510		

**TOMOGRAFIA**

TIPO...	<i>10/01/19</i>
DATA...	<i>23:59</i>
HORA...	<i>23:59</i>
NOME TÉC. RAD: <i>2 VAN</i>	
ASS: <i>[Signature]</i>	

**RAIOS-X**

TIPO...	<i>971 01 19</i>
DATA...	<i>0:40</i>
HORA...	<i>0:40</i>
NOME TÉC. RAD: <i>LB</i>	
ASS: <i>[Signature]</i>	

Assinado e Digitalizado por: Profissional



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102211524791500000034184164>  
Número do documento: 20102211524791500000034184164

Num. 35792953 - Pág. 22

Atendimento: 201931864555

Data Nasc: 21/06/1980 - 38 anos

Paciente: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Data Exame: 26/01/2019

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 28/01/2019 00:27.



**Dra. Alessandra P. C. Mendes**  
CRM: 6293 - PB



Atendimento: 201931864555

Data Nasc: 21/06/1980 - 38 anos

Paciente: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Data Exame: 26/01/2019

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Osteófitos marginais anteriores e posteriores nos corpos vertebrais de C5 e C6.

Gás no platô inferior de C5.

Ossificação do ligamento longitudinal posterior no nível C6-C7.

Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.

Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.

Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.

Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

**Nota:** Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 28/01/2019 06:59.



**Dra. Alessandra P. C. Mendes**  
CRM: 6293 - PB





Atendimento: 201931864555

Data Nasc: 21/06/1980 - 38 anos

Paciente: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Data Exame: 26/01/2019

## **ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST**

**\*\*\* Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há líquido livre na cavidade abdominal.

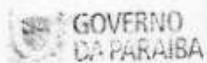
Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

\* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 26/01/2019 23:45.

*W. f*  
**Dra. Norma C. M. F. Montenegro**  
**CRM: 9697- PB**





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDROSONH  
CNES 2778696 - tel. 8332-1657/60

**Atestado Médico**

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR. (A) 1  
**JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA**

RG (IDENTIDADE):  
**3196789**

PODE ATENDIDO (A) POR: **CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA**

(O) (A) AREA VERDE ENF 36

NO DIA **27/01/2019 11:14:56** NECESSITANDO DE **60** - **SESSENTA**

DIAS) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENCA

COD: S52.5 - Fratura da extremidade distal do rádio  
 T14.9 - Traumatismo não especificado  
 S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

DR. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

DATA: 27/01/2019

NOTA - ESTE CERTIFICADO É VÁLIDO PARA FINANCIADORES FINISTAS NO ART. 27, §2º CLPIS. APROVADA PELO DECRETO N. 89.112 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIÇA CATE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

HETCHI - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 27.8696 - Tel. 8332185700

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)  
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

RESIDENTE(A) DE:

3106789

EM ENDEREÇO: Rua CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA

CEP: 58010-000 - AREA VERDE ENF 26

NO DIA: 27/01/2019 11:14:56 , NECESSITANDO DE 60 - SESSENTA

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA:

CD: S52.5 - Fratura da extremidade distal do rádio  
T14.9 - Traumatismo não especificado  
S60.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

Assinatura do Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
CRM-PB 6002 CRM PE 22541  
CRM-PB 13921 CRM PE 13921  
CRM-PB 13921 CRM PE 13921

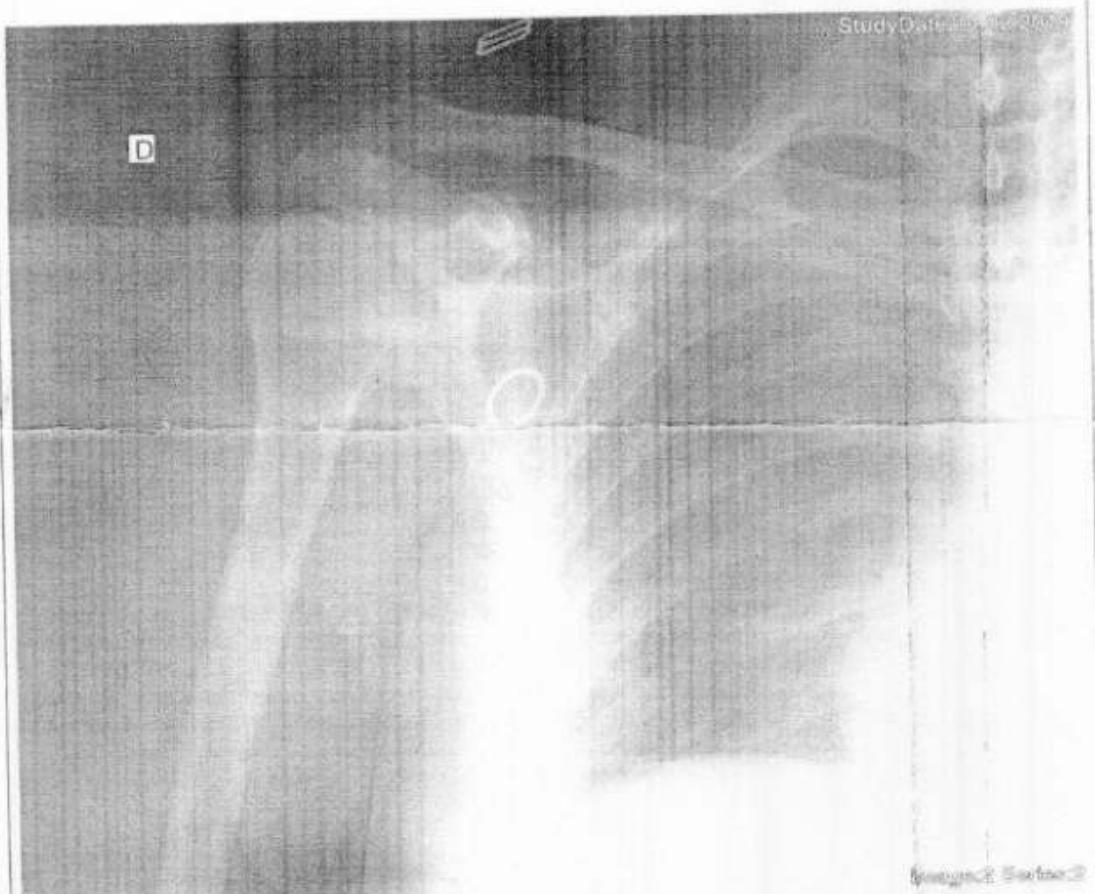
NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRETO N.º 312 DE 2001/01, E SERÁ EXPEDIDO PARA FISCALIZAÇÃO DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Dr. Carlos Alberto M. Vieira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 6002 CRM PE 22541  
CRM-PB 13921 CRM PE 13921  
CRM-PB 13921 CRM PE 13921

HEETSH - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



PatientID:	000000067493	Sex:	Feminino
PatientName:	JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	BirthDate:	21.06.1980
		Age:	38a

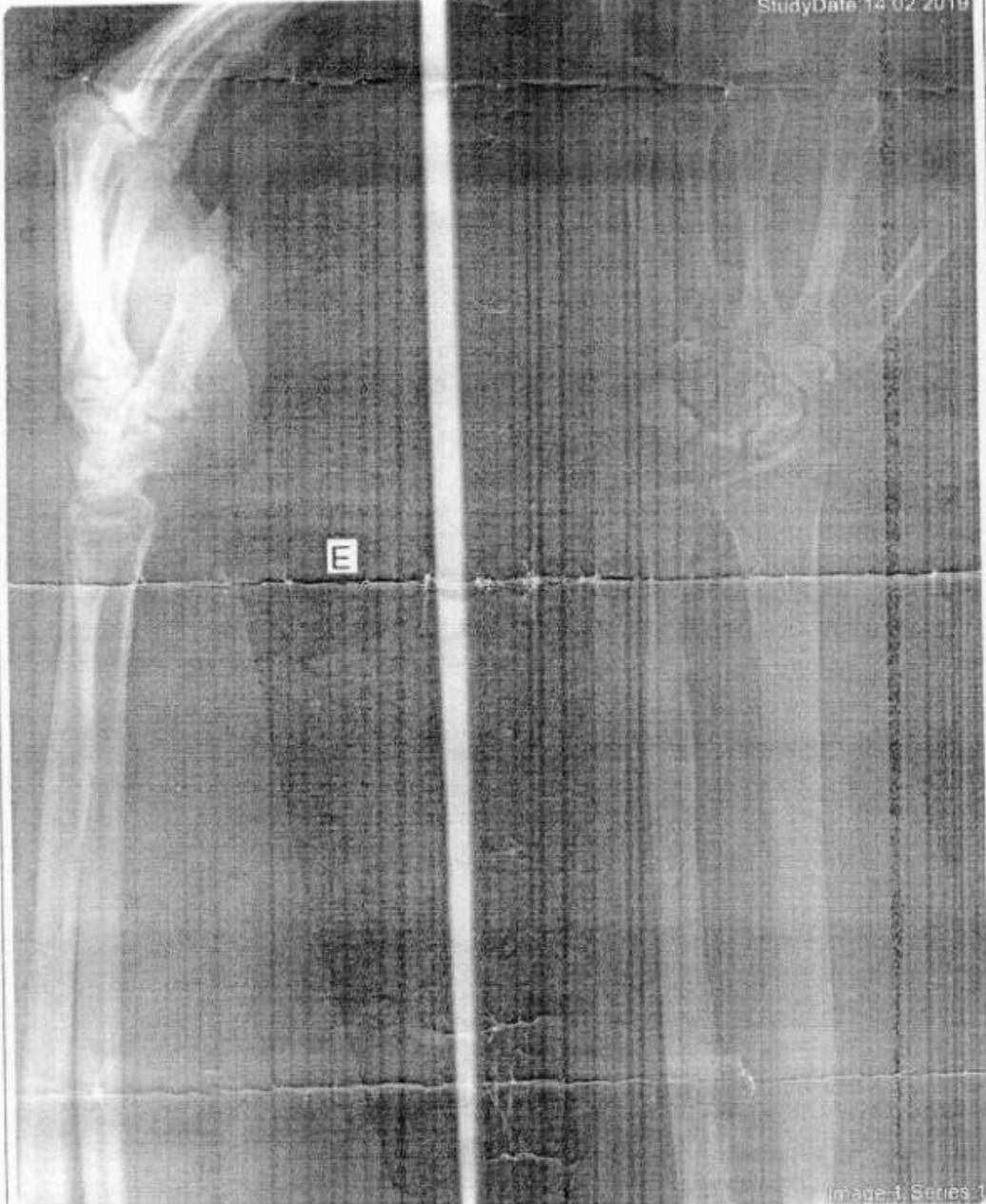


HTOP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102211524791500000034184164>  
Número do documento: 20102211524791500000034184164

Num. 35792953 - Pág. 28

PatientID: 000000067493	Sex: Feminino
PatientName: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	BirthDate: 21/06/1980
	Age: 38a
StudyDate: 14/02/2019	
	
HTOP	



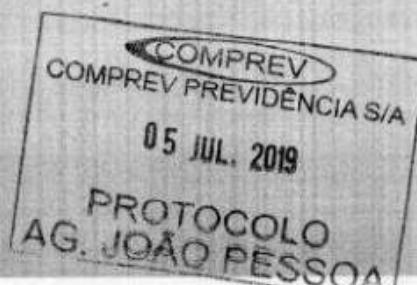
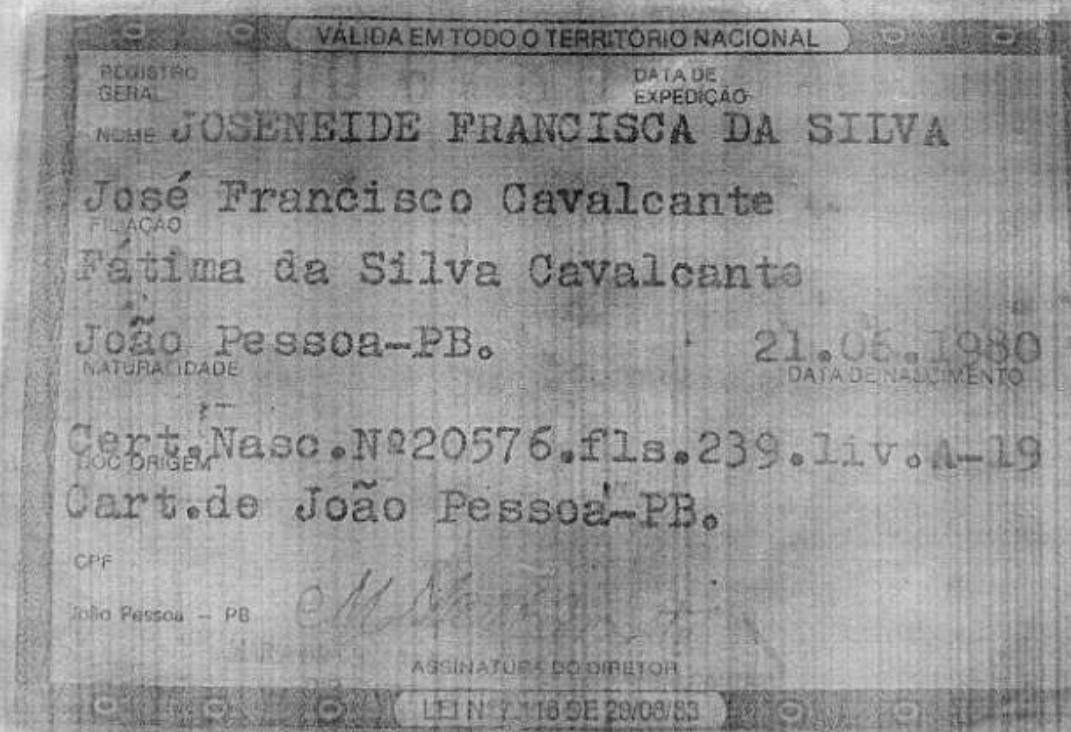
  <p>GOVERNO DA PARAÍBA</p>	
<p>Recitário de Controle Especial</p> <p>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av JOSENIDE FRANCISCA DA SILVA 700505195958556 1138741 Rua CIDADE DE MARIZÓPOLIS, SN. - JOÃO PESSOA-PB-58083566</p>	
<p>FOXIS 200 MG ----- 10 CP</p> <p>TOMAR DE 12/12 HORAS POR 5 DIAS</p> <p>PACO COMPR ----- 24 CP</p> <p>TOMAR DE 8/8 HORAS</p>	
<p>27/01/2019</p> <p><i>Dr. Carlos Alberto M. Vieira Ortopedia / Traumatologia CRM PE 6902 CRM PE 22641 TEO 13941</i></p> <p><i>Dr. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA 6902/PB</i></p>	

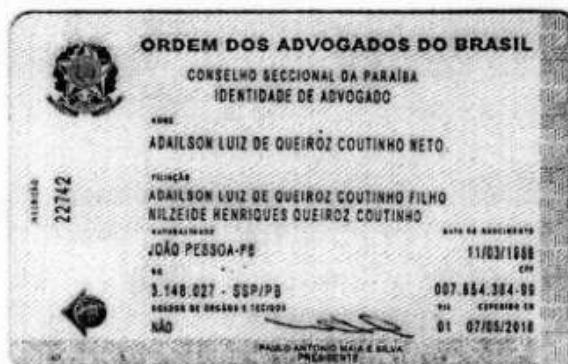




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010221152479150000034184164>  
Número do documento: 2010221152479150000034184164

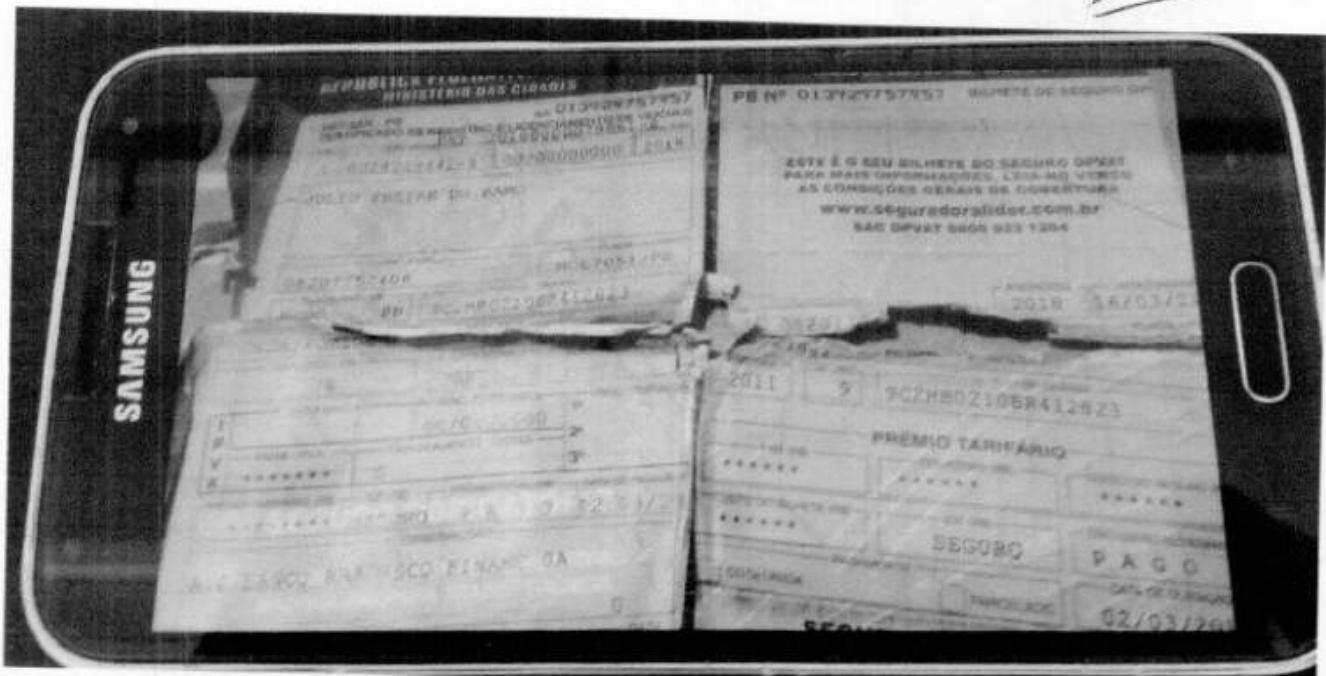
Num. 35792953 - Pág. 31







DOCUMENTO PESSOAL  
DO PROPRIETÁRIO  
DO VEÍCULO!



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190413943      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA      **Data do acidente:** 26/01/2019      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 02 // EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### 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
				Total
			0 %	R\$ 0,00



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Josineide Francísca da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: Solteira  
PROFISSÃO: Com. de Loja Nº DO RG: 3106789  
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB DATA DE EMISSÃO: 04/05/2016  
Nº DO CPF: 053.225.564-60 ENDEREÇO: Rua das Laranjeiras, nº 280, Bairro dos Industriais, João Pessoa - PB; CEP 58083

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742  
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016  
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO  
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Josineide Francísca da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Soulo  
Simples  
Notaria

João Pessoa, 28 de JUNHO 2019

Josineide Francísca da Silva  
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

**COMPREV**  
EV PREVIDÊNCIA S/A

05 JUL. 2019

**TOCOLO**  
**JOÃO PESSOA**

**SUO/TCO - SISTEMA DE TRABALHO E REGISTRAL** IP: 10.0.0.100 - 2020-06-28 13:25:06  
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil  
RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2019-014213  
Reconhecido por autenticidade a firma de:  
**JOSINEIDE FRANCÍSCA DA SILVA**  
\*\*\*\*\*  
Ass. FA, em testemunho da verdade: João Pessoa - PB, 28/06/2019 13:25:06  
ENOL: Mag.81 FEPJ: R\$1,00 FAPPEN: R\$0,28 ISS: R\$0,00  
SEL. DIGITAL: AIQ90726-ZACQ  
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARLOS ANTONIO DA S. TORRES - ESCRIVANTE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0226566/19

**Vítima:** JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

**CPF:** 059.225.564-60

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 26/01/2019

**Titular do CPF:** JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA : 059.225.564-60

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.

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/07/2019

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

Data do cadastramento: 05/07/2019

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102211524791500000034184164>  
Número do documento: 20102211524791500000034184164

Num. 35792953 - Pág. 37



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08091216920198152003**

**BRADESCO SEGUROS 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 **JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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

**Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.**

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 20 de outubro de 2020.

**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.joaoportoadvocacia.com.br](http://www.joaoportoadvocacia.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102211524843900000034184166>  
Número do documento: 20102211524843900000034184166

Num. 35792955 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/10/2020 11:52:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102211524843900000034184166>  
Número do documento: 20102211524843900000034184166

Num. 35792955 - Pág. 2