



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
35792951	22/10/2020 11:52	Petição	Petição
35792953	22/10/2020 11:52	2703434_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35792955	22/10/2020 11:52	2703434_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14535523





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

Rio de Janeiro, 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





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:
	059.225.564-60	Josmeide Francisco da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITÍMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012		
Nome completo:	CPF:	
Josmeide Francisco da Silva	059.225.564-60	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusou-se	Rua dos Indústrios	280
Bairro:	Cidade:	Estado:
Indústria	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
cc.f.oliveira@gmail.com	58.000-000	83-99849.5530

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0036	CONTA: 95.600 5
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<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:	Falecidos:
	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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa - PB, 05/07/2019
	Nome: _____
	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Josmeide Francisco da Silva
	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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02968.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a 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 **Joseneide Francisca da Silva**, CPF nº 059.225.564-60, 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:

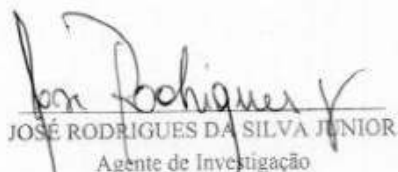
Local: Avenida Cidade de Cajazeiras, Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/01/19 21:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

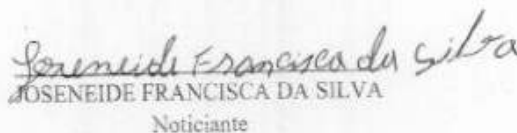
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

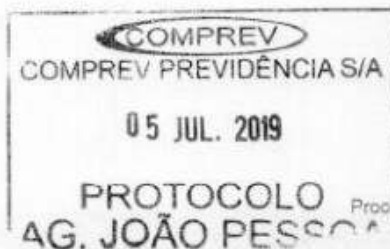
QUE NO DIA 26/01/2019, POR VOLTA DAS 21:30, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA POP DE COR PRETA, PLACA MOL-7051/PB, CHASSI 9C2HB0210BR412823, REGISTRADA EM NOME DE JULIO FREIRE DO RAMO, NA AVENIDA CIDADE DE CAJAZEIRAS, BAIRRO DAS INDUSTRIAS, NESTA CAPITAL, QUANDO PASSOU POR UM QUEBRA MOLAS, PERDEU O 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, excepo 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





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:
	059.225.564-60	Josmeide Francisco da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012		
Nome completo:	CPF:	
Josmeide Francisco da Silva	059.225.564-60	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recusou-se	Rua dos Indústrios	280
Bairro:	Cidade:	Estado:
Indústria	João Pessoa	PB
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
cc.f.oliveira@gmail.com	58.000-000	83-99849.5530

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

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO:
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0036	CONTA: 95.600
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

05 JUL 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

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:	Falecidos:
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	<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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa - PB, 05/07/2019	TESTEMUNHAS
	Nome:	1ª Nome: JOSÉ MOREIRA TORRES
	CPF:	CPF: 05 JUL 2019
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura: JOSÉ MOREIRA TORRES
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura: JOSÉ MOREIRA TORRES
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura: JOSÉ MOREIRA TORRES
	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura: JOSÉ MOREIRA TORRES

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





SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
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.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 30 de Janeiro de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 1011

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





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

543527

REFERÊNCIA
FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

FÁTIMA DA SILVA CAVALCANTE
RUA DOS CARTEIROS, 280 - INDUSTRIAS JOAO PESSOA PB
58083-110

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.033.225.0204.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y18E026097	23/08/2018	EXT-ALCANTARADO	INATIVO	INATIVO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA 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	8		COR	73	103	103
AGO/2018	10		COL. TOTAIS	258	268	268
MEDIA(M)	8		DADOS REFERENTES A: DEZ/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 11/07/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 07:52:37

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	8 M3	30,33
ACRESCIMO(S) DES(CES) ANT. 09/2018 11/2018		13,67
JUROS DE HORA 09/2018 11/2018		6,57

11
148,29
88,30
59,99

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUL. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

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

VENCIMENTO: 23/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 88,48



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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 Adailton Luiz de Oliveira Leal inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Maria de Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.225.564 / 60 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Maria de 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		Número	Complemento
<u>Avenida Leônidas</u>		<u>172</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>		<u>58013-430</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>adailtonleal@hotmail.com</u>	<u>83-3506-1910</u>		<u>83-98849.5530</u>

João Pessoa, 04 de Julho de 2019
Local e Data

Adailton Luiz de Oliveira Leal
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JULIO FREIRE DO RAMO,
RG nº 3212524, data de expedição 02/04/2005,
Órgão SSP/PB, 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 vítima
Joseneide Francisca da Silva, cujo o condutor
era Joseneide Francisca da Silva.

Veículo.....: Moto Honda Pop 100
Ano.....: 2011
Modelo.....: 2011
Placa.....: MOL 7051-PB
Chassi.....: 922HB0210BR412823
Data do acidente.: 26 de Junho de 2019

Local e data: João Pessoa 04/04/19

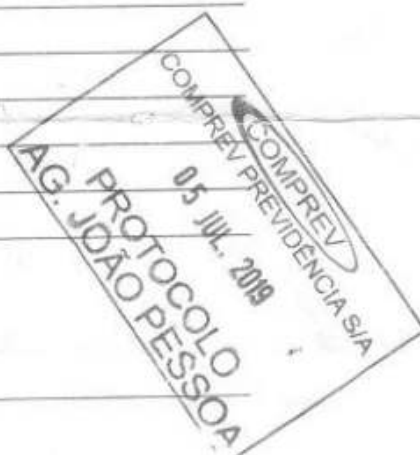
CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

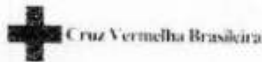
X JULIO FREIRE DO RAMO
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Joseneide Francisca da Silva
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 3º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Wilsuete Vieira Batista - Titular / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua da Paraíba, 40 - Torre 300 - CEP 50050-000 - João Pessoa, Paraíba - Fone: (33) 3222-1111

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
JULIO FREIRE DO RAMO
Em test. da verdade. João Pessoa - PB 04/04/2019 16:30:09
Rikelay Almeida de Lima - ESCRIVENTE AUTORIZADO
C2019-0150313ENOL:R4 89,91 FAPEN:R4 0,29 FEPJ:R4 1,90 ISS:R4
SELO DIGITAL: A7339230-600U
a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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
Mãe FATIMA DA SILVA CAVALCANTE		Pai JOSE FRANCISCO CAVALCANTE	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) ANEKELLY DA SILVA MARTINS - SOBRINHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987706114	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3106789	Nº Cns 700505195958556	
Local de procedência BAIRRO DAS INDUSTRIAS		Tipo BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58083566	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CIDADE DE MARIZÓPOLIS
Número SN	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	
Admissão			
Data e Hora 26/01/2019 22:44:52	Número da pulseira 1000006930522	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Quem transportou
Meio de transporte SAMU		Trauma	
Sinais Vitais		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
PA 140 x 87 mmHg	Pulso 87	05 JUL. 2019	
Exames complementares		PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Dados clínicos		Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []		CID	
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA		Tempo 36seg	

Imprimir

26/01/2019 22:42



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. 10



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

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



SF DE OBSERVAÇÃO ARFA VILHOE
Endereço: ALameda LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2778696

Pac	JOE FRANCISCA DA SILVA	RA	1136/41	Colaboração Entrada	28/01/2019 22:44:52	Data Saída
Dir	nasceram	Sexo	Feminino	CNS	700505195958556	Telefone de Contato
21	010	386 / 10 60				(83) 907200114
Mo	DA SILVA					
Endereço	CIDADE DE MARACANGAP, S/N	Indústria	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA		PB
Acidente	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA			Nº Cons. Hospital
QUI DA / OUTROS		Enfermagem	69027PB			
Data	28/01/2019					
21	22:44:52					
A	Indese					
FE	INTE VERMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA					
E	CHOCADO					
CD	COLUNA CERVICAL					
CD	TALA AXIL G PALMAR, TIPIÇA M, TALA JOELHEIRA E ALTA DA ORTOPEGIA COM MEDICAÇÕES E					
CI	ITA, C2					
I	ICEDMEX10					
TA	AXIL G PALMAR (OBSERVAÇÕES: EMATURA TALA DISTAL ESQUERDA)					
TE	JOELHEIRA					
CID10						
I	30					
S5						
C	data					
Ea	bsc130					

Dr. Carlos Alberto Marques Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 69027PB

CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 69027PB)

Arquivo registrado por: YSLABIANE LIA FERNANDES VIEIRA em 28/01/2019 22:45:26



RELATÓRIO DE EXAMES DE IMAGEM

NOME DO EXAMINANDO: SUELIO MOREIRA TORRES		PROFISSIONAL
DATA: 22/10/2020	Nº DO EXAME: 35792953	
MATERIAL EXAMINADO:		DATA DE RECEPÇÃO: 22/10/2020 17:16

EXAME DE IMAGEM

- 1. EXAME DE IMAGEM DE TÓRAX (VISTA ANTERO-POSTERIOR - PA)
- 2. EXAME DE IMAGEM DE TÓRAX (VISTA LATERAL - L)
- 3. EXAME DE IMAGEM DE TÓRAX (VISTA LATERAL - L)

RAIOS-X

TIPO: *PA*

DATA: *22/10/20*

HORA: *17:16*

NOME TÉCNICO: *KL*

ASS: *KL*

Exame realizado em 22/10/2020





SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: (21) 85700
CNI S: 2778996

Paciente	JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	RGAL	1138741	Data e Hora Entrada	26/01/2019 22:44:52	Data Entrada	
Data de Nascimento	21/06/1980	Idade	38a 7m 5d	Sexo	Feminino	Telefone para Contato	(83) 987706114
Mãe	FATIA DA SILVA CAVALCANTE	Nome	JOAO PESSOA	CNS	700305196958556	Assessoria	
Endereço	RUA DE MANOEL GOMES, 38	Endereço	JOAO PESSOA	UF	PB	Assessoria	
Endereço	RUA A/ ORESTES	Endereço	JOAO PESSOA	UF	PB	Assessoria	
Data de Entrada	26/01/2019	Data de Entrada	26/01/2019 10:17:18				

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. RELATA DOR PÉ DIREITO, JOELHO DIREITO, OMBRO DIREITO E PUNHO ESQUERDO.

CD: SOLICITO RADIOGRAFIAS

E: AME DE MANEIRA

RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

Conduta

Em observação

[Handwritten signature]
CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA
(CRM: 8402/PB)

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA



ÁREA VERMELHA

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

Tel:

UNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	1138741	26/01/2019 22:44:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
11/06/1980	38a 7m 6d	Feminino	700505195958556
Mãe			Telefone de Contato
PATIM DA SILVA CAVALCANTE			(83) 987706114
Endereço			Prontuário
CIDADE DE MARIZÓPOLIS, SN			
Bairro			UF
INDÚSTRIAS			PB
Município			Nº Cons. Regional
JOAO PESSOA			7423/PB
Acidente	Motivo	Profissional	
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL ESPINDOLA RONCONI	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/01/2019 22:44:52		27/01/2019 08:21:55	

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 → A/B

Conduta

Em observação

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165766

CNPES: 2778696

Paciente	RAPI	Data de nascimento	Data de entrada
JÓSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	1138741	26/01/2019 21:45:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNPES
21/06/1980	38a /m 53	Feminino	70050519208050
Mão			
FATIMA DA SILVA CAVALCANTE			
Endereço	Unidade	Município	UF
CIDADE DE MARIZÓPOLIS, SN	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	PB
Procedência	Motivo	Parâmetro 1	IN Correl. Hospitalar
QUEDA / QUESOS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	8267/PE
Exatidão de entrada		Data de entrada	
26/01/2019 22:46:52		27/01/2019 01:38:53	

III) Nomenclatura

Avalio paciente com história de queda de moto, após liberação alcoólica, sem sinais de alarme.
Nenhuma alteração

Análise: ECG 15, PIFR, sem déficit focal.

- 1. Exatidão de entrada: separação de urgência.
- 2. Correlação com exames realizados após de urgência.

Ca:
Observação: Alta quando ECG 15 (liberação alcoólica).

Conduta

Em observação

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

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

GOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

CEP: 582105-00

TELEFONE: 4410015

Paciente: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA		UAE: 1138731	Data e Hora Entrada: 26/01/2019 22:44:00	Outra Base:
Data e Hora Consulta: 21/06/2019	Idade: 36a Anos	Sexo: F	CNPJ: 70950419/000556	Telefone de Contato: (83) 967706114
Mãe: FATIMA DA SILVA CAVALCANTE				Prontuário:
Endereço: CIDADE DE MARCONIUS, SN	Bairro: INDUSTRIAS	Município: JOAO PESSOA	UF: PB	
Endereço: RUA DA INDUSTRIA	Acidente de Motocicleta	GRUPO DA SILVA MESQUITA	Nº e Data de Registro: S126418	
Data e Hora Consulta: 26/01/2019 22:44:00	Data e Hora Entrada: 27/01/2019 01:14:00			
<p>Exame físico: Paciente com trauma facial recente, mecanismo desconhecido. NO MOMENTO SEM FGB, LOTE EUPNEICA, NORMOCORADA. EXAME FÍSICO: ACUIDADE VISUAL MANTIDA, EDEMA + EQUIMOSE PERIORBITAL (D), ESCORIAÇÕES NA FACE SEM RANCIAMENTOS ATIVOS, SEM SINAIS CLÍNICOS E TOMOGRAFICOS DE FRATURAS DE FACE.</p> <p>1. ORIENTAÇÕES</p> <p>2. LAUSAS</p> <p>3. CUIDADOS</p> <p>4. CUIDADOS</p> <p>5. CUIDADOS</p> <p>6. CUIDADOS</p> <p>7. CUIDADOS</p> <p>8. CUIDADOS</p> <p>9. CUIDADOS</p> <p>10. CUIDADOS</p> <p>11. CUIDADOS</p> <p>12. CUIDADOS</p> <p>13. CUIDADOS</p> <p>14. CUIDADOS</p> <p>15. CUIDADOS</p> <p>16. CUIDADOS</p> <p>17. CUIDADOS</p> <p>18. CUIDADOS</p> <p>19. CUIDADOS</p> <p>20. CUIDADOS</p> <p>21. CUIDADOS</p> <p>22. CUIDADOS</p> <p>23. CUIDADOS</p> <p>24. CUIDADOS</p> <p>25. CUIDADOS</p> <p>26. CUIDADOS</p> <p>27. CUIDADOS</p> <p>28. CUIDADOS</p> <p>29. CUIDADOS</p> <p>30. CUIDADOS</p> <p>31. CUIDADOS</p> <p>32. CUIDADOS</p> <p>33. CUIDADOS</p> <p>34. CUIDADOS</p> <p>35. CUIDADOS</p> <p>36. CUIDADOS</p> <p>37. CUIDADOS</p> <p>38. CUIDADOS</p> <p>39. CUIDADOS</p> <p>40. CUIDADOS</p> <p>41. CUIDADOS</p> <p>42. CUIDADOS</p> <p>43. CUIDADOS</p> <p>44. CUIDADOS</p> <p>45. CUIDADOS</p> <p>46. CUIDADOS</p> <p>47. CUIDADOS</p> <p>48. CUIDADOS</p> <p>49. CUIDADOS</p> <p>50. CUIDADOS</p> <p>51. CUIDADOS</p> <p>52. CUIDADOS</p> <p>53. CUIDADOS</p> <p>54. CUIDADOS</p> <p>55. CUIDADOS</p> <p>56. CUIDADOS</p> <p>57. CUIDADOS</p> <p>58. CUIDADOS</p> <p>59. CUIDADOS</p> <p>60. CUIDADOS</p> <p>61. CUIDADOS</p> <p>62. CUIDADOS</p> <p>63. CUIDADOS</p> <p>64. CUIDADOS</p> <p>65. CUIDADOS</p> <p>66. CUIDADOS</p> <p>67. CUIDADOS</p> <p>68. CUIDADOS</p> <p>69. CUIDADOS</p> <p>70. CUIDADOS</p> <p>71. CUIDADOS</p> <p>72. CUIDADOS</p> <p>73. CUIDADOS</p> <p>74. CUIDADOS</p> <p>75. CUIDADOS</p> <p>76. CUIDADOS</p> <p>77. CUIDADOS</p> <p>78. CUIDADOS</p> <p>79. CUIDADOS</p> <p>80. CUIDADOS</p> <p>81. CUIDADOS</p> <p>82. CUIDADOS</p> <p>83. CUIDADOS</p> <p>84. CUIDADOS</p> <p>85. CUIDADOS</p> <p>86. CUIDADOS</p> <p>87. CUIDADOS</p> <p>88. CUIDADOS</p> <p>89. CUIDADOS</p> <p>90. CUIDADOS</p> <p>91. CUIDADOS</p> <p>92. CUIDADOS</p> <p>93. CUIDADOS</p> <p>94. CUIDADOS</p> <p>95. CUIDADOS</p> <p>96. CUIDADOS</p> <p>97. CUIDADOS</p> <p>98. CUIDADOS</p> <p>99. CUIDADOS</p> <p>100. CUIDADOS</p>				
<p>Conduta</p> <p>1. ORIENTAÇÕES</p> <p>2. LAUSAS</p> <p>3. CUIDADOS</p> <p>4. CUIDADOS</p> <p>5. CUIDADOS</p> <p>6. CUIDADOS</p> <p>7. CUIDADOS</p> <p>8. CUIDADOS</p> <p>9. CUIDADOS</p> <p>10. CUIDADOS</p> <p>11. CUIDADOS</p> <p>12. CUIDADOS</p> <p>13. CUIDADOS</p> <p>14. CUIDADOS</p> <p>15. CUIDADOS</p> <p>16. CUIDADOS</p> <p>17. CUIDADOS</p> <p>18. CUIDADOS</p> <p>19. CUIDADOS</p> <p>20. CUIDADOS</p> <p>21. CUIDADOS</p> <p>22. CUIDADOS</p> <p>23. CUIDADOS</p> <p>24. CUIDADOS</p> <p>25. CUIDADOS</p> <p>26. CUIDADOS</p> <p>27. CUIDADOS</p> <p>28. CUIDADOS</p> <p>29. CUIDADOS</p> <p>30. CUIDADOS</p> <p>31. CUIDADOS</p> <p>32. CUIDADOS</p> <p>33. CUIDADOS</p> <p>34. CUIDADOS</p> <p>35. CUIDADOS</p> <p>36. CUIDADOS</p> <p>37. CUIDADOS</p> <p>38. CUIDADOS</p> <p>39. CUIDADOS</p> <p>40. CUIDADOS</p> <p>41. CUIDADOS</p> <p>42. CUIDADOS</p> <p>43. CUIDADOS</p> <p>44. CUIDADOS</p> <p>45. CUIDADOS</p> <p>46. CUIDADOS</p> <p>47. CUIDADOS</p> <p>48. CUIDADOS</p> <p>49. CUIDADOS</p> <p>50. CUIDADOS</p> <p>51. CUIDADOS</p> <p>52. CUIDADOS</p> <p>53. CUIDADOS</p> <p>54. CUIDADOS</p> <p>55. CUIDADOS</p> <p>56. CUIDADOS</p> <p>57. CUIDADOS</p> <p>58. CUIDADOS</p> <p>59. CUIDADOS</p> <p>60. CUIDADOS</p> <p>61. CUIDADOS</p> <p>62. CUIDADOS</p> <p>63. CUIDADOS</p> <p>64. CUIDADOS</p> <p>65. CUIDADOS</p> <p>66. CUIDADOS</p> <p>67. CUIDADOS</p> <p>68. CUIDADOS</p> <p>69. CUIDADOS</p> <p>70. CUIDADOS</p> <p>71. CUIDADOS</p> <p>72. CUIDADOS</p> <p>73. CUIDADOS</p> <p>74. CUIDADOS</p> <p>75. CUIDADOS</p> <p>76. CUIDADOS</p> <p>77. CUIDADOS</p> <p>78. CUIDADOS</p> <p>79. CUIDADOS</p> <p>80. CUIDADOS</p> <p>81. CUIDADOS</p> <p>82. CUIDADOS</p> <p>83. CUIDADOS</p> <p>84. CUIDADOS</p> <p>85. CUIDADOS</p> <p>86. CUIDADOS</p> <p>87. CUIDADOS</p> <p>88. CUIDADOS</p> <p>89. CUIDADOS</p> <p>90. CUIDADOS</p> <p>91. CUIDADOS</p> <p>92. CUIDADOS</p> <p>93. CUIDADOS</p> <p>94. CUIDADOS</p> <p>95. CUIDADOS</p> <p>96. CUIDADOS</p> <p>97. CUIDADOS</p> <p>98. CUIDADOS</p> <p>99. CUIDADOS</p> <p>100. CUIDADOS</p>				

JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Bruno da Silva Mesquita
Cirurgia Bucodentofacial
BRUNO ROBERTO MESQUITA
(CRM: 5126418)

Procedimento registrado por: YSLA MANUELLA SOARES DE MENDONÇA, CREA: 14.095.000-0/2019, 27/04/2019





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente:	Nome:	Data/Hora Entrada:	Data Retiro:
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	1138741	26/01/2019 22:44:52	
Data de nascimento:	Idade:	Sexo:	Telefone do Contato:
21/06/1959	59 Anos	Feminino	(63) 987706114
Mãe:	Endereço:	Município:	UF:
FATIMA DA SILVA CAVALCANTE	CIDADE DE MARIZÓPOLIS, SN	INDÚSTRIAS	PB
Profissão:	Motivo:	Profissional:	Nº Cons. Regional:
QUEDA / DE CAÍDA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	BRUNO JOSE BARBOSA GONCALVES	10510/PB
Data/Hora Classificação:	Data/Hora Prescrição:		
26/01/2019 22:44:52	26/01/2019 23:20:18		

Anamnese

TRAZIDO PELO FAMU VITIMA DE QUEDA DE MOTO SIC. ALEGA CERVICALGIA. NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. MEGA VÔMITO E SINCOPE. VIAS AÉRIAS PERVIAS, ALEGA CERVICALGIA NORMOPNEICA, SATURANDO BEM EM AR AMBIENTE. DIFÍCIL DINAMICAMENTE ESTÁVEL, SEM PRESENÇA DE SANGRAMENTO AHARENTE, NORMOORESSORICA. EM ASSCOW PREJUDICADO, CONSCIENTE, DESORIENTADA, SONOLENTA, PUPILAS ISOCORICAS E NORMOREATIVAS. PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES LEVES EM FACE.

CD

ANALGESIA
RX DE TORAX AP
TC DE CRANIO E CERVICAL
FACET

RX DE PE DIREITO

DIETA

DIETA ZERO VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

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)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRÁFIA DE PE / DEJOS DO PE DIREITO

RADIOGRÁFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP)

ULTRASSONOGRAFIA - FASET

CID10

Código	Descrição
T14.9	fractura não especificada

Conduta

Em observação

2020/01/26 11:52:48 SUELIO MOREIRA TORRES

Dr. J. B. Gonçalves
MÉDICO
CRM - PB 20510





Parecer Médico

Nome JOSEFIDE FRANCISCA DA SILVA	Idade 38A 7M 6D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1138741	Data de Entrada 26/03/2019 22:44:32	Permanência na Unidade 35min
Convênio SUS	Leito	Permanência no Leito
Clinica CIRURGIA GERAL		
Parecer médico Especialidade NEURO CIRURGIA Motivo da solicitação VIDE ANAMNESE Parecer	Profissional	Assinatura Bruno J. B. Gonçalves MÉDICO CRM - PB 10510





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE CLÍNICA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Paciente JOSE NEVES FRANCISCA DA SILVA		Idade 35A 7M 6D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1138741	Data de Entrada 26/01/2019 22:44:52	Data Internação	Permanência na Unidade 35min
Coluna Leito		Clinica CLINICA GERAL	Permanência no Leito
Parecer médico		Profissional	
Especialidade CLINICA MEDICA			
Motivo da solicitação VIDE ANAMNESE			
Parecer		 Bruno J. B. Gonçalves MÉDICO CRM - PB 10510	



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 20/10/2020 23:20
 Paciente: BRUNO JOSE
 Bolus: 1135741



Nome	Nome de Nascimento	Sexo	Idade	Nº	Valor da Prescrição
JOSÉ VILAS FRANCIS ALVES	21.03.1980	Masculino	40 ANOS	135741	20/10/2019 23:20:00 - 27/10/2019 23:20:00
Sexo	Matrícula	Sessão			
Masculino					
1008					
	Data de Emissão	Data da Prescrição	Reinício da Sessão	Reinício da Sessão	
	20/10/2019 22:44:52				
Nome do médico	Dose	Unidade	Orientação de Uso	Via de	Velocidade
DIETILAZEPAM	100	mg			
DIETILPROPRIOLOXENO	1000	mg	Comprimido branco para 100 mg de SP		
TRIAZOLAM DIÁFARM. METAVEL	20	mg	Comprimido branco para 20 mg de SP		

Assinado por: Bruno J. B. Gonçalves
 Médico
 CRM - PB 10510

Dr. VILAS FRANCIS ALVES

Assinatura e Carimbo do Profissional





REQUISIÇÃO DE EXAME DE IMAGEM

NOME JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA		
Data de 21/06/1980	Nº Boletim Emergência 1135741	Prontuário
Material a examinar		
Data Prescrição: 26/01/2019 23:20:18		

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMNA CERVICAL S/ CONTRASTE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA DE SEQUELOS DO RE DIREITO
TOMOGRAFIA DE TORAX PAI
CAP
ULTRASSONOGRAFIA T- ST

ULTRASSONOGRAFIA	
TIPO	Fa17
DATA	26/01/19
HORA	23:59
NOME FIC	LB
ASS:	

Dr. J. B. Gonçalves
MÉDICO
CRM - PE 10510

Assinatura do
dr

TOMOGRAFIA	
TIPO	17
DATA	26/01/19
HORA	23:59
NOME TÉCN. RAD	LB
ASS:	

RAIOS-X	
TIPO	17
DATA	26/01/19
HORA	0:10
NOME TÉCN. RAD	LB
ASS:	

Assinatura e Carimbo do Profissional





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

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





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

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





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931864555

Data Nasc: 21/06/1980 - 38 anos

Paciente: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Data Exame: 26/01/2019

ULTRASSONOGRRAFIA 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.

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



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO BONFIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332185700

Atestado Médico

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

RG (IDENTIDADE)
3166789

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

NO (A) **AREA VERDE ENF 35**

NO DIA **27/01/2019 11:14:56** - NECESITANDO DE **60** - **SESSENTA**
DIAS (S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

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

JUSTIFICACAO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MEDICO

Dr. Carlos Alberto Marques Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 69030

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVIDAS
NO ART. 2º, IV, DO CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICACAO DE 7 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Dr. Carlos Alberto Marques Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 69030

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Bairro do Hospital, 50000-000, João Pessoa



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 27.786.996 - Tel. 8332185700

Atestado Médico

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

RG (IDENTIDADE)
3100789

PRESENTE(A) EM: **DR. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA**

LOCAL: **AREA VERDE ENF 36**

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

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

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

ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

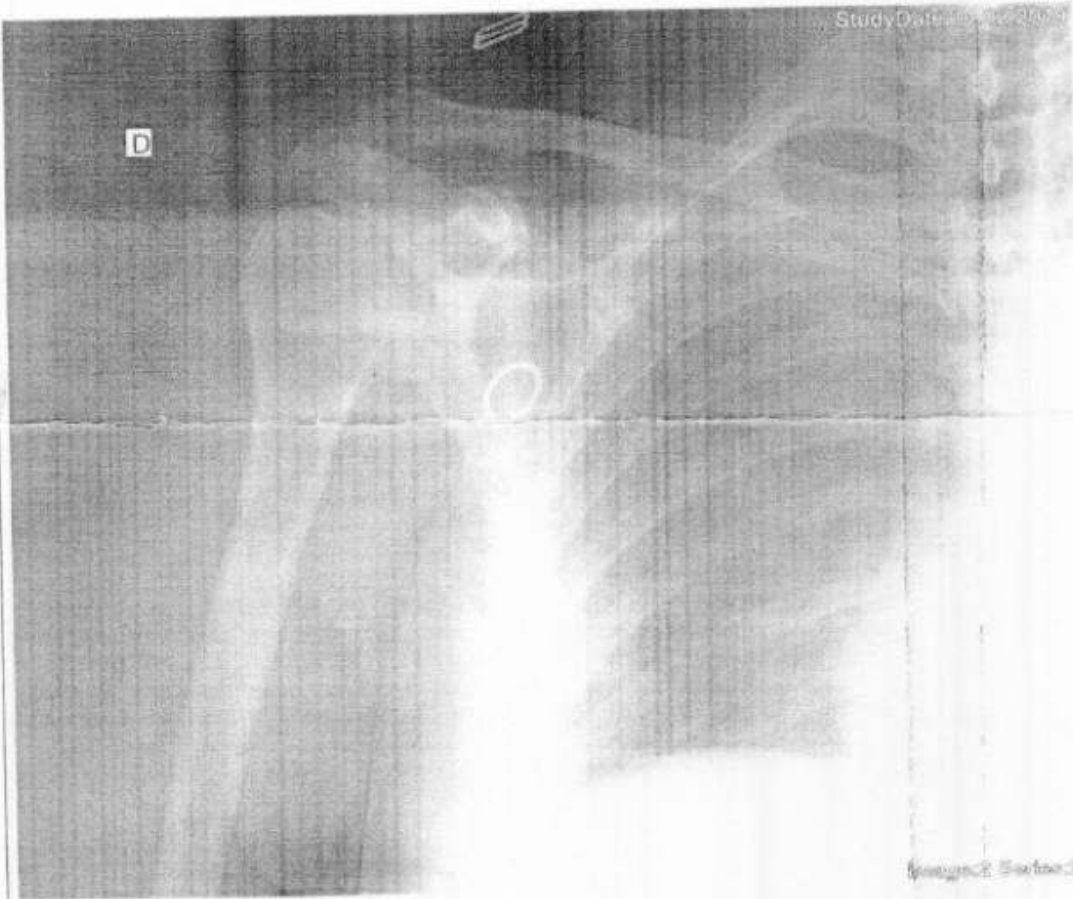
Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 6902 CRM PE 22541
11/01/2019

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CI IPS, AMENDADA PELO DECRETO N. 89.312 DE
2001/04, E SERÁ EXPEDIDO PARA SUBSTITUIÇÃO DE 1 (UM) DIA DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Dr. Carlos Alberto M. Vieira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 6902 CRM PE 22541
11/01/2019

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



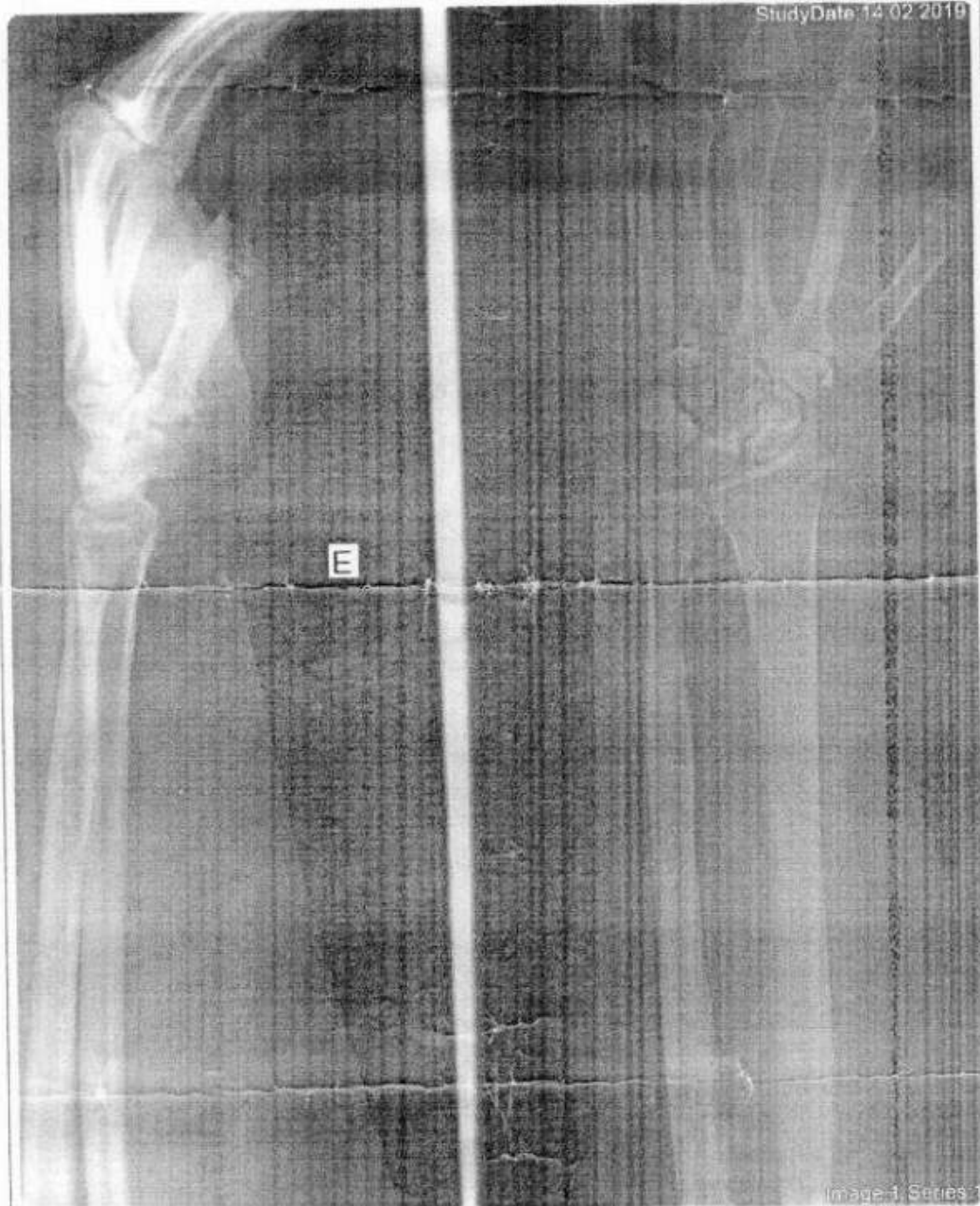
PatientID:	000000067493	Sex:	Feminino
PatientName:	JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	BirthDate:	21.06.1980
		Age:	38a
			

HTOP





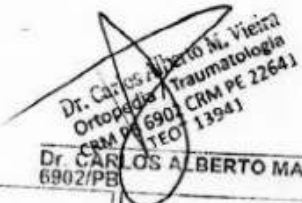
PatientID: 000000067493
PatientName: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

Sex: Feminino
BirthDate: 21.06.1980
Age: 38a



HTOP



 		GOVERNO DA PARAÍBA
Recetário de Controle Especial		
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av.		
JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA	700505195958556	1138741
Rua CIDADE DE MARIZÓPOLIS, SN, JOAO PESSOA-PB-58083566		
FOXIS 200 MG -----10 CP		
TOMAR DE 12/12 HORAS POR 5 DIAS		
PACO COMPR -----24 CP		
TOMAR DE 8/8 HORAS		
27/01/2019	 <p> Dr. Carlos Alberto M. Vieira Ortopedia / Traumatologia CRM PB 6902 CRM PE 22641 CBO 31201013 </p>	
Dr. CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA 6902/PB		





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL DATA DE EXPEDIÇÃO

NOME JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA

FILIAÇÃO José Francisco Cavalcante

Fátima da Silva Cavalcante

João Pessoa-PB. 21.06.1980

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. Nº 20576.fls. 239.liv. A-19

LOC. ORIGEM

Cart. de João Pessoa-PB.

CPF

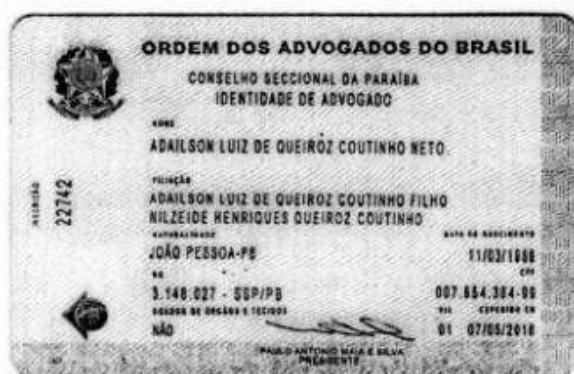
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
05 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





1489035314

JULIO FELIX DO SAO

CPF: 082.077.524-08 | 10/04/1981

POSSO: MANOEL FERREZ DO SAO

MARIA JOSE BARBOSA

Nº REGISTRO: 05333460958

VALIDADE: 02/02/2023

EMISSÃO: 10/04/2022

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *[Assinatura]*

LOCAL: JOAO PESSOA, PB

DATA: 26/06/2019

430360769

PBC34684

DOCUMENTO PESSOAL
DO PROPRIETÁRIO
DO VEÍCULO!

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
05 JUL. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA

SAMSUNG

REPÚBLICA FIMAN...
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

PF Nº 01372775757

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA-NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoraldider.com.br
SAC DPVAT 0800 933 1304

2011 5 9C2H802105R412823

PRÊMIO TARIFÁRIO

SEGURO

PAGO

02/03/2019



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 EVIDENCIA 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

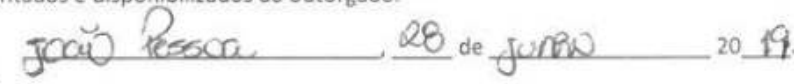


PROCURAÇÃO

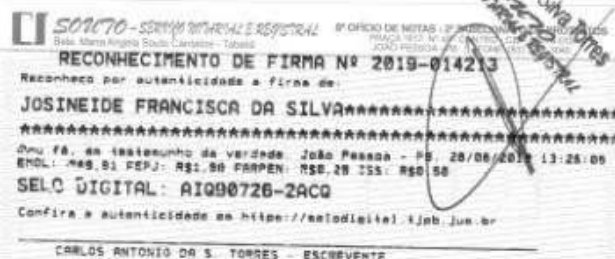
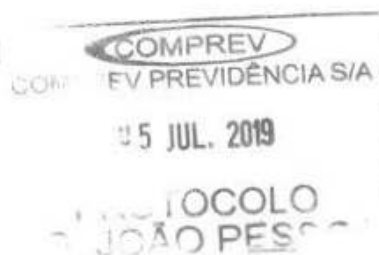
OUTORGANTE: <u>Josineide Francisca da Silva</u>	
NACIONALIDADE: <u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteira</u>
PROFISSÃO: <u>Dom de casa</u>	Nº DO RG: <u>3106789</u>
ORGÃO EMISSOR: <u>557/PB</u>	DATA DE EMISSÃO: <u>04/05/01</u>
Nº DO CPF: <u>059.225.564-60</u>	ENDEREÇO: <u>Rua dos Contadores,</u> <u>nº 280, Bairro dos Indústrias, João Pessoa - PB; Cep 58043</u>

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 Francisca 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.

 28 de junho 2019.
Josineide Francisca da Silva
 Outorgante

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



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

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/07/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª 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 Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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.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