



27/07/2021

Número: **0802067-29.2016.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **16/06/2016**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA (AUTOR)		THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO (ADVOGADO) Raimundo Rodrigues da Silva (ADVOGADO) RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46277 374	27/07/2021 10:44	Petição	Petição
46277 377	27/07/2021 10:44	2742136_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
46277 380	27/07/2021 10:44	2742136_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO





Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8313909

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117
Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 16/12/2015 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 14/06/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00743/00744 - carta_03





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8659455

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117
Vitima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000001337-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.062,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00797/00798 - carta_15R



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000001337-8

Nr. da Autenticação 23B66A93F1AE38B4





Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
1ª Superintendência Regional de Polícia
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
14ª Delegacia Distrital em Tibiri II

BOLETIM DE Ocorrência

Livro nº 001/2015
Ocorrência nº. 2278/2015

Carlos Ulisses
Av. Engenheiro Manoel de Araújo
11122-2000 - Tibiri II - Paraíba

Certifico que a presente foi a reprodução fiel do original que me foi entregue, dou fé. (Art. 365-III do CPC).

Delegado Pessoa: RB, 02/07/2015 Josévaldo J. de Santana
Delegado Pessoa: RB, 02/07/2015 Josévaldo J. de Santana
Delegado Pessoa: RB, 02/07/2015 Josévaldo J. de Santana

Aos VINTE E CINCO dias de NOVENBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a) **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevi(o) do seu cargo, ai, por volta 14h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA, conhecido por **DEBORA**, Identidade nº 2.636.905-SSP/PB, CPF nº 046.451.414-22, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: balconista de supermercado, filha(o) de Jose Gomes Da Silva E De Maria Lucia Garcia Da Silva, natural de Santa Rita /PB, nascido(a) em 02/09/1984 (31. anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nova Floresta, 200, Tibiri 31, tendo como ponto de referência: proximo ao túnel, na cidade de SANTA RITA, Paraíba, para contato: 83 98738-1397.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registra(r)/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
2) DATA DO FATO: 14 de 06 de 2015;
3) HORÁRIO: 22h:40min;
4) LOCAL: VIA PÚBLICA;
5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY;
6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUCTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:
UMA MOTO HONDA CG 150 TITAN EX-DE COR VERMELHA, ANO MODELO 2013, CHASSI 9C2KC16600R528291, PLACA OFZ 5158, MUNICÍPIO BAYEUX-PB, TENDO COMO PROPRIETÁRIO O ANTONIO CARLOS DOS SANTOS.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:
NÃO

8) BREVE RESUMO DO FATO:
A NOTIFICANTE DISSE QUE NO MOMENTO EM QUE CONDUZIA A MOTO SUPRACITADA, INICIOU-SE UMA CHUVA, E COMO PORTAVA UMA BOLSA, A COLOCOU A TRÁS DAS COSTAS, NESSE MOMENTO, SE DESEQUILIBROU EM UM QUEBRA MOLA, POIS NÃO O TINHA VISTO, VINDO A CAIR NA AVENIDA, EM SEGUNDA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS SENDO LEVADA PARA O HOSPITAL SUPRACITADO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 767521, LA PERMANECER QUATRO DIAS SEM PREVISÃO DE CIRURGIA, SENDO CONDUZIDA DEPOIS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME BOLETIM DE ENTRADA Nº 846.123 COM POLITRAUMATISMO SEGUNDO CID 10 V29+552.5.0+582.1.0.

9) OBSERVAÇÕES:
ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) notificante, e por mim, escrevi(o) que digitei.

Debora Rosaline Garcia da Silva
DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Comunicante

[Assinatura]
Escrivão(a)/Agente

FIC DPVAT
GRANDBERG
08 DEZ 2015



Seguradora Líder - DPVAT /AT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Suelio Moreira Torres, expedido por SSP EM 09.02.2021

PORTADOR(A) DO RG Nº 2636908 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO PROFESSOR

CPF 01404901040-2 / NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paula Rosa PROFISSÃO PROFESSORA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 404 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00001337-8

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

Suelio Moreira Torres 27 de Novembro de 2021 Suelio Moreira Torres ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

LOCAL E DATA

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

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



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CMO BRAND/PB
DATA: 24/11/2015 HORA: 12:04:00
TELEFONE: 08001107 CONTROLE: 003611870240

AGENCIA: 1914 - SANTA RITA
CONTA: 013.00001337-8
CLIENTE: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS ATE 03/05/2012

DATA	VALOR
08/11	2,61
14/11	0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
14/11	485,63

MOVIMENTACAO

DATA	NR. DOC.	HISTORICO	VALOR
------	----------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			485,35C
----------------	--	--	---------

Novembro

08/11	000000	REM BASICOT	0,00C
08/11	000000	CRED JUROS	0,01C
14/11	000000	REM BASICA	0,86C
14/11	000000	CRED JUROS	2,02C

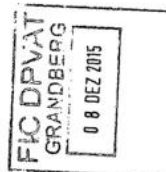
RESUMO EM 23/11			488,24C
SALDO			

RESUMO DO DIA			0,00
SALDO BLOQUEADO			488,24C
SALDO DISPONIVEL			488,24C
SALDO TOTAL			

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

CONEXA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



Condições de Seguro DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

SINISTRO

Número do Sinistro: 3151041117

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA Data do 14/06/2015
CPF: 046.451.414-22 CPF de: Próprio Acidente:
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A Titular do CPF: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Entregue		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 16/12/2015	Data: 16/12/2015 10:22
Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA	Nome: Paulo Ricardo Ximenes de Paiva
CPF: 046-451-414-22	CPF: 322-960-293-53
DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA	Paulo Ricardo Ximenes de Paiva



22015

SIS DPVAT Sinistros - Atendimento

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

15-44323
Seguradora Líder dos
Comícios de Seguro DPVAT

NÍSTRO

Número do Protocolo: ASP-254015/2015

Natureza: Invalidiz

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Seguradora: MMW SEGURADORA S/A
CPF da Vítima: 046.451.414-22046.451.414-22
PróprioData de Nascimento: 02/09/1984
Data do Sinistro: 19/06/2015
DEBORA ROSALINE GARCIA DA
Títular do CPF: SILVA

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletem de ocorrência	08/12/2015	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

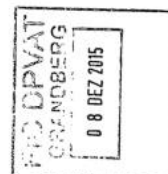
Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Telefone: (83) 99332-9009(83) 99332-
Celular: (83) 988729070(83) 988729070Ata de entrega provida para beneficiário na documentação cabida para o ato cadastramento total. Os documentos são
prezados em nome, sendo obrigatório a entrega necessária a constituição de registro de atestado.

Data de emissão deste aviso provisório: 08/12/2015

Ata de entrega provida para beneficiário na documentação cabida para o ato cadastramento total. Os documentos são
prezados em nome, sendo obrigatório a entrega necessária a constituição de registro de atestado.



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Debora Rosaline Garcia da Silva
DATA DO ACIDENTE 19/06/2015 CPF DA VÍTIMA 046.451.414-22
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Debora Rosaline Garcia da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DO VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Debora Rosaline Garcia da Silva
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Nova Floresta
Nº 200 COMPLEMENTO BAIRRO Município
CIDADE Santa Rita UF PB CEP 58302-275
E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO EXTRATO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA
CPF 046.451.414-22
ASSINATURA Debora Rosaline Garcia da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA
NOME
ASSINATURA





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012030279708
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 00564959510 00700000000 2015

NOME: **ANTONIO CARLOS DOS SANTOS**

CPF/CNPJ: 91695104404 PLACA: OFZ5158/PB

CA ANT / LIT: NOVO

CHASSI: 9C2KCI660DR528291

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC AECO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN EX 2013-2015

2ª P/149 / CI PARTE VERMELHA

IPVA PAGO EM 27/07/2015 VENC / COTAS

1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO: SEGURO - PREMIO TARIFARIO 27/07/2015

A.F. BANCO HONDA S.A.

BAVEUX 118 27/07/2015 8290

EXPEDIDOR

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

PB Nº 012030279708 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS

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

2015 27/07/2015
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA: **ANTONIO CARLOS DOS SANTOS** PLACA

RENAVAM: MARCA / MODELO

ALVO 91695104404 Nº CHASSI OFZ5158/PB

00564959510 HONDA/CG 150 TITAN EX

PRÊMIO TARIFÁRIO

2013 (R\$) 9 9C2KCI660DR528291

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.600/0001-04
8290-1205229-20150727



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608

Número do documento: 21072710440842200000043966608



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL Nº 2636905 DATA DE EXPEDIÇÃO 03 MAR. 1999

NOME DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

FILIAÇÃO José Gomes da Silva
Maria Lúcia Garcia da Silva

Santa Rita PB 02.09.1984

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Cert. Nasc. 30.706, Fls. 220, Liv. A-26, Cart. de Santa Rita PB

CPF

Assinatura do Diretor

LD Nº 7.176 DE 23/06/83

CARTeira DE IDENTIDADE

Assinatura do Titular: Debora Rosaline Garcia da Silva

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

06





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 046.451.414-22

Nome da Pessoa Física: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Data de Nascimento: 02/09/1984

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2001

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 21:08:14 do dia 08/12/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 548F.7E17.9E2A.F13F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço

Este documento não substitui o

(Modelo aprovado pela INRFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



<http://www.receita.fazenda.gov.br/aplicacoes/atcta/cpf/ConsultaPublicaExibir.asp>

08/12/2015



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608>

Número do documento: 21072710440842200000043966608



For assinatura
nos é referente nome
Ficha de Atendimento Ambulatorial 19/06/15
HEITSEL



Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto Luoma



INTERNO, S/N - CNES: 454548 - Tel:

Numero da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 846123

Identificação do paciente		Data e Hora Prevista 19/06/2015 11:26:36	
ID	Nome	Sexo	
903217	DEBORA ROSALINE GARCIA SILVA	Feminino	
Data de Nascimento 03/09/1984	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião CATOLICA	Profissão
Mãe MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA	Pai JOSE DOMESDA SILVA		
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO	Responsável (Parentesco)		
DDD Móvel 88	Fone Móvel 88830921	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2828905	Nº Crt	70800533169328
Endereço			
CEP 58302275	Município de residência SANTA RITA	Logradouro Nova Floresta	
Número 200	Complemento	Bairro	Municípios
Atendido por MARIA SORAYA ROCHA		Número da publicação	3341819
Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			

Imprimir

QUEIXA PRINCIPAL:	paroste vntre de enfite de motocicleta de 1º dia vntre de vntre nao, a joelho fintura, onde vntre com fntura de joelho fntura e a vntre de joelho CID: fntura vntre para fntura de joelho
EXAME FÍSICO:	
EXAMES COMPLEMENTARES:	
DIAGNÓSTICO:	
CONDUTA:	



F(NG)ACMIA.001-1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09

19/06/2015 11:39



PREScrição:	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:	
Assinatura e Carimbo da Enfermagem:	
ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:	
Assinatura e Carimbo da Enfermagem:	
PROCEDIMENTOS: () Curativo () Pequeno () Médio () Grande () Tipóia Grande () MJ () Aparelho Gessado: () Tala Gessada: () Velpeu em Crepom () Retirada de Pontos () Tala Metálica () Outros:	
EXAME RADIOGRÁFICO:	
Local: Lado do Corpo: () Direito () Esquerdo Incidência: () Antero - Posterior () Postero - Anterior () Perfil () Especial Assinatura e Carimbo:	
DESTINO DO PACIENTE:	
() Residência () Enfermaria () Observação () Óbito () Retorno Ambulatorial () Alta Ambulatorial Assinatura do Médico e Carimbo: Data de Retorno:	



RECEIPI DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número:

Paciente: Dona Roseline Garcia Silva

Procedimento: Tat. Emul. Frat. Radio Dital + Tat. Aug. Frab

SUS: ☒ Não SUS ()

Médico: DRº Ricardo + DRº Kariney + DRº Felipe (R1)

Prebituário: 846123

Data: 1/1

Reposição:

FIC DPVAT
GRANDBERG

08 DEZ 2015

26615

Caixa Proma:

DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>sauna de 200ml A-50</u>	<u>(01)</u>		

Dra. Diana M. M. F. Ramos

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

José Edson de Silva Galvão

CRM: 424.987

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO - COREN

Assinatura do Responsável
Fic. de Farmácia
COREN: 22.223

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

(FNG) APC.013-2

Assinatura de V. A. de Oliveira
Fic. de Farmácia
COREN: 22.223



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608

Número do documento: 21072710440842200000043966608



R. T. DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número: 846123
Paciente: Rômulo Gomes
Procedimento: Prótese de R. T. + DR. R. T. + DR. T. T. + DR. T. T.
SUS: 1 Não SUS: 0
Médico: Dr. Rômulo Gomes

Prontuário: 846123
Data: 26/03/15
Reposição: 0



DISPENSÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Fio de Kirschner n° 1,5	03		
	" " " " n° 2,5	01		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Atoplen 45	Placa em L 2 1/2 (Aula) Esquerda	01		
	- 11 Placas Portais n° 38(02) + n° 16(01)	03		
	- 11 Placas Portais n° 10(01) + n° 8(01)	02		

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

João Edilson de Silva Galvão
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
Especialista - COREN

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
João de Silva Nascimento
Téc. em Radiologia
COREN

(ING) APC-013-2





RELATÓRIO DE CIRURGIA

CRUZ VERMELHA
BRASILIA

RECIBO

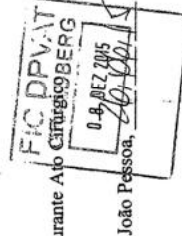
Nome: Deivane R. J. Silva BE/Prontuário: 1
Idade: 34 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: BR Data: 27/07/2021
Clínica/Setor: 1 EMP: 1 LR: 1
Cirurgia: 1
Cirurgião: 1 1º Assistente: PROF. DR. (2)
2º Assistente: 1 3º Assistente: 1
Instrumentador: 1 Anestesista: 1
Tipo de Anestesia: 1 Horário: Início 1 Término 1

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Prostata do tipo distal B</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Distal</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: 1

Biopsia de Congelamento: () Sim (X) Não
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
(X) Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico




Médico/CRM: 1

F(NG)ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

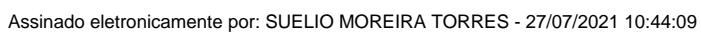
THS/STH

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	<p>Pinça para pontos e suturação do intestino</p>
Achados:	<p>O intestino de probus do coto distal.</p>
Conduta:	<p>Fos 45 Fos embolus sem suturas</p>
Fechamento:	
Observação:	

João Pessoa, ____/____/____

F(NG).ASCIR.009-I

Médico/CRM: _____



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608>

Número do documento: 21072710440842200000043966608





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome:	Debian Karoline de Fátima	Registro Profissional:	
Idade:	30a	Sexo:	F
		Cor:	P
		Ent:	Alameda
		Leito:	
Data de admissão:	19/06/15	Data de alta:	28/06/15
Diagnóstico inicial:	Encefalopatia hipertensiva		
Diagnóstico final:	Encefalopatia hipertensiva		
Outros diagnósticos:			
Principais exames:	pe dióforo		
Cirurgia realizada - data e equipe:	Não realizada		
Terapêutica medicamentosa:	Dr. Kantabey		
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não ()	Coleta de material: sim () não ()		
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () À pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações:	paciente aguda		
Dieta:	Liquido		
Repouso:	Liquido		
relativo em casa por:	30 dias		
relativo às atividades sem esforço físico em:	30 dias		
relativo às atividades com esforço físico leve, moderado e com maior em:	30 dias		
Cuidados com a ferida operatória:	lavada com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma, Senador Humberto Lucena		
Medicações para casa:	cefalexima e klavulato		
Retorno:	Ao posto de saúde em HOSP - 3/7/15		
Ao ambulatório:	para retirada de ponto, em 30 dias para revisão		
João Pessoa:	28 de 6 de 11		
	Ass. Médico CRM 111111		

FIC DPVAT
GRANDBERG
08 DEZ 2015





 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCEVA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO	
INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/84
NOME DA MÃE	MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	846.123
PRONTUÁRIO N.º	89.286
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/15
HORA DO ATENDIMENTO	11:26H
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO
CID 10	V29 + S62.5.0 + S82.1.0
AValiação INICIAL:	
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ ± 10 DIAS, ENCAMINHADO POR OUTRO SERVIÇO, COM QUEIXA DE DORES EM PUNHO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, ENCAMINHADA POR OUTRO SERVIÇO.	
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:	
RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE RÁDIO DISTAL. RX DE JOELHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS	
TRATAMENTO:	
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA INGUINO-PODÁLICA, OPERADA POR DR. KARTNEY + TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM OSTEOSSÍNTESE, OPERADA POR DR. RICARDO RAMOS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXIOPAMAR.	
ALTA HOSPITALAR:	28/06/15 COM PRESCRIÇÃO + RETORNO AGENDADO
DATA DA EMISSÃO:	09/10/2015
 Dr. Joacila Braga Brandão CRM: 1741/PB	

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





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Carlos dos Santos
 RG nº 1679205, data de expedição 12/12/1991 Órgão SSP
 portador do CPF nº 91695104404, com Domicílio na
 cidade de Santa Rita, no Estado de Pernambuco, onde
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Dedinho Lopes
 nº 911, complemento Edif. Santa Rita declaro, sob as penas da Lei, que
 o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
 ocorrido com a vítima Deborah Robeline Garcia Silva
 cujo o condutor era Antonio Carlos dos Santos

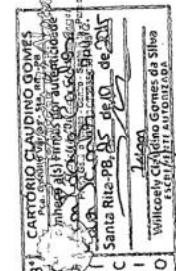
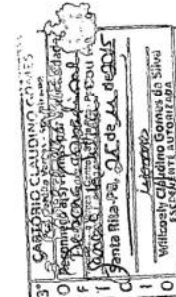
Veículo: Honda / CG 150 Titan Ex
 Ano: 2013 / 2013
 Modelo: Honda CG 150 Titan
 Placa: OF25158 / PB
 Chassi: 9C8KC1660DR528291
 Data do acidente: 19/10/2015

Local e data: Santa Rita / PB - 25/11/2015



X Antonio Carlos dos Santos
 Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deborah Roseline Garcia da Silva,
RG nº 2636905, data de expedição 09/03/1999,
Órgão SSP, CPF nº 046.451.414-22, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	R. Nova Floresta
Número	200
Aptº / Complemento	
Bairro	Municípios
Cidade	Santa Rita
Estado	Pernambuco
CEP	58302-275
Telefone de contato	83.9985.5950 / 98872.9070
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita, 08/27/11/2015.



Deborah Roseline Garcia da Silva
Assinatura do Declarante

Deborah Roseline Garcia da Silva
Pessoa física



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608>

Número do documento: 21072710440842200000043966608

SAC 0800 724 4845



DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
R NOVA FLORESTA 200
MUNICÍPIOS
58302-275 SANTA RITA PB



Postagem: 28/07/2015
Vencimento: 08/08/2015
Emissão: 28/07/2015
Fechamento próximo: 04/08/2015

Titular
Código 5487.XXX.XXX.6080

Para que a fatura impressa chegue em casa? Clique aqui para a Fatura Digital. Acesse: <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608>



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	312,91
Pagamento efetuado em 08/07/2015	- 312,91
Saldo financiado	0,00
Juros e encargos	318,47
Total desta fatura	318,47





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608

Número do documento: 21072710440842200000043966608

315104114

mauro

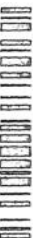
http://192.168.25.254:8080/santaria/pages/ft



GOVERNO
DA PARAIBA

INTERNO, S/N - CNES: null - Tel.:

Boletim de Atendimento: 45710



Identificação do paciente	
ID	90977
Nome	DEBORA ROSALINA
Sexo	Feminino
Data de nascimento	Idade
02/09/1994	31 anos 3 meses 26 dias
Mãe	Pai
MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)
DDD Móvel	DDD Fixo
Fonte Móvel	Fonte Fixo
Tipo documento	Nº Cns
Local de procedência	Tipo
UF	UF
Email	CEOR
Endereço	
CEP	Município de residência
53303995	SANTA RITA
UF	Logradouro
PB	Principal
Número	Bairro
200	Capitão
Complemento	
RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III	
Admissão	
Data e Hora Prevista	Número da pulseira
14/06/2015 19:02:15	59310
Especialidade	Clínica
MEDICO CLINICO	CLINICA MEDICA
Classificação de risco	Origem do paciente
	RESIDENCIA
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Indicadores e Transporte	
Caso policial	Veio de ambulância
Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou
Sinais Vitais	
PA	Pulso
	Temperatura
Exames complementares	
Raio X []	Sangue []
Urina []	TC []
Líquor []	ECG []
Ultrasonografia []	
Dados clínicos	
Diagnóstico	CID
Atendido por	Tempo
JOSE JACKSON	04min 55seg

Imprimir

Código	Descrição
Z00.0	Exame médico geral

Dados coletados anteriormente		utilizar na impressão?	
Seção	Informação	Valor	
CLASSIFICACAO DE RISCO	CLASSIFICACAO DE RISCO	14/06/2015 19:10:02	AREA VERDE
CLASSIFICACAO DE RISCO	ESCALA DE DOR	DOR 5	
CLASSIFICACAO DE RISCO	QUEIXA DO PACIENTE	ESCORIAÇÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC.	
CLASSIFICACAO DE RISCO	PA	120X70	
CLASSIFICACAO DE RISCO	FR	102	
CLASSIFICACAO DE RISCO	POSSUI ALERGIA?	NEGA	
CLASSIFICACAO DE RISCO	HAS	Não	
CLASSIFICACAO DE RISCO	TABAGISMO	Não	
CLASSIFICACAO DE RISCO	ALCOOLISMO	Não	
CLASSIFICACAO DE RISCO	PNEUPATIAS	Não	
CLASSIFICACAO DE RISCO	CARDIOPATIAS	Não	
CLASSIFICACAO DE RISCO	NEUROLÓGICOS	Não	
CLASSIFICACAO DE RISCO	DIABETES MELLITUS	Não	

Conduta médica
A

Dra. Alana Moura Di Pace
Médica
CRM 3566
ALANA MOURA DI PACE
(85661PB)

Debora Rosalva Guedes Silva
DEBORA ROSALVA

28/12/2015 11:27

2 de 3



INTERNO, S/N -
CNES: null - Tel.:

Paciente	DEBORA ROSALINA	BAE	45710	Data/Hora Entrada	14/06/2015 19:02:15
Data de nascimento	02/09/1984	Idade	31	Sexo	Feminino
Mãe	MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA	CNS		Telefone de Contato	
Endereço	Principal, 200 - RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III	Bairro	Capitão	Município	SANTA RITA
UF				UF	PB
Profissional	ALANA MOURA DI PAZ	Nº Cons. Regional	8666/PB		
Data/Hora Prescrição	14/06/2015 19:28:05				

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	
QUEIXA DO PACIENTE	ESCORIAÇÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC.
ANTECEDENTES MORBITOS	HAS Não
CARDIOPATIAS	Não
DIABETES MELLITUS	Não
PNEUMOPATIAS	Não
NEUROLÓGICOS	Não
TABAGISMO	Não
ALCOOLISMO	Não
ALERGIA	POSSUI ALERGIA? NEGA
ESCALA DE DOR	ESCALA DE DOR DOR 5
SINAIS VITAIS	PA 120x70 FR 102
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ÁREA VERDE

Anamnese
PCTE JOVEM VEIO AO SERVIÇO COM QUADRO DE ESCORIAÇÕES POR TODO EM BRACO, ANTEBRACO, PERNAS ESQUERDAS HA 30 MINUTOS, NEGANDO PERDA DE CONCIENCIA

Exame Físico
ESCORIAÇÕES DIVERSAS

CID10



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Suelma Rosalene Garcia da Silva, portador da carteira de identidade nº 2636905 e inscrito no CPF nº 046.474.414-22 residente e domiciliado na R. Nova Floresta 200 Município de CEP: 58302-275, Cidade Santa Rita, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

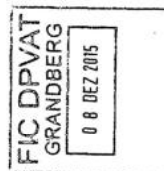
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto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

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

Suelma Rosalene Garcia da Silva
Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Santa Rita PB - 27 de Novembro 2015
Local e data



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3151041117 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/06/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/02/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / JOELHO ESQUERDO: 75% DE 25% / PUNHO ESQUERDO: 75% DE 25% / TOTAL: 37,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

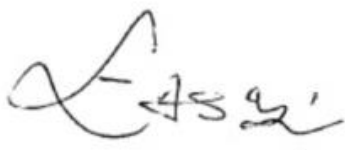
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo n.º 08020672920168150331

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DEBORA ROSALINE GARCIA 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:

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

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 23 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710441006600000043966611>
Número do documento: 21072710441006600000043966611