



Número: **0842133-80.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.938,32**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BIANCA MEDEIROS ESPINDOLA (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34374309	16/09/2020 11:08	Petição	Petição
34374318	16/09/2020 11:08	2747740_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
34374321	16/09/2020 11:08	2747740_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

Nº Sinistro: **3180470318**

Vítima: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

Data do Acidente: **05/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180470318**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13458226

Pag. 00867/00868 - carta_01 - INVALIDEZ

00020434



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

Nº Sinistro: **3180470318**

Vítima: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

Data do Acidente: **05/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180470318**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00997/00998 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13471281





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, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180470318

Vítima: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Data do Acidente: 05/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01485/01486 - carta_16 - INVALIDEZ

00020743



Carta nº 14170215



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Local e Data
15 de agosto de 2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para a indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

AGÊNCIA Nº 0036 D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA Nº 8 D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA Nº 00981 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA Nº 8 D/V (Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SF M R E N I D A <input type="checkbox"/> AT R S 1 000,00 <input type="checkbox"/> AT R S 5 000,00 <input type="checkbox"/> AT R S 7 000,00 <input type="checkbox"/> AT R S 10 000,00 <input type="checkbox"/> AT R S 1 000,00 <input type="checkbox"/> AT R S 5 000,00 <input type="checkbox"/> AT R S 7 000,00 <input type="checkbox"/> AT R S 10 000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10 000,00	
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			
Nome completo Bianca Medeiros Copimela		Barro São Paulo	
Endereço R. Roberto Frasco de Oliveira		Cidade São Paulo	
CPF titular da conta 015302494-14		Estado SP	
Profissão Assistente Social		Complemento 988636133	
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			

Número do Sinistro ou ASL 0367180/18	CPF da vítima 015302494-14	Nome completo da vítima Bianca Medeiros Copimela
--	--------------------------------------	--

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise de seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (pai, mãe, tutor ou curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (pai, mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

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)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>

Número do documento: 20091611080006500000032872558





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:	DATA/HORA:
REITZ/1540568	05/02/2018 06:30
Na Rodovia	
MUNICÍPIO/UF:	
JOAO PESSOA/PB	
BR:	KM:
230	23.0
SENTIDO:	Decrescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:	

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:	
Pleno dia	Céu Claro	
TIPO DE VIA:	TIPO DE PISTA:	CONDIÇÃO DE PISTA:
Principal	Dupla	Seca
TIPO DE PAVIMENTO:	ESTRUTURA VIÁRIA:	
Asfalto	Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA:	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:
Sim	Não	Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

SINCOR/PB

26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>

Número do documento: 20091611080006500000032872558



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

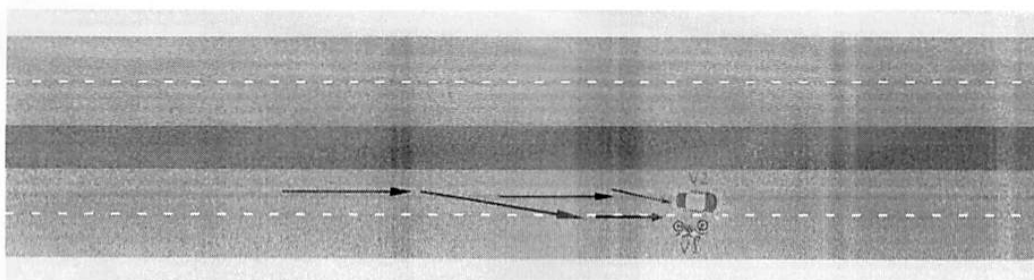
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

Croqui



Bayeux/PB ←

→ Cabedelo/PB

Narrativa

No dia 05/02/2018, às 06:30h, em João Pessoa/PB, no km 23 da BR 230, constatou-se através dos vestígios e orientação dos danos nos veículos, que o veículo HONDA/NXR150 BROS KS, de placas MOP-9267/PB, V1, trafegava na linha divisória de faixas, quando o veículo I/CHEVROLET AGILE LTZ, de placas MOM-4742/PB, V2, que seguia na faixa da esquerda decidiu mudar para a faixa da direita devido a lentidão do trânsito a sua frente, momento em que colidiu na lateral de V1, conforme croqui. OBS.: 1 - Velocidade regulamentar no local é de 80 km/h. 2 - Existe sinalização vertical e horizontal em boas condições. 3 - As condições ambientais eram boas no momento do acidente

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
26 JUN. 2018



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 12





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: MOP9267	MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS KS	ANO FABRICAÇÃO: 2007
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KD03208R006722	RENAVAM: 00941881679	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Outras	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Transitava na linha divisória de faixas.

NOME DO PROPRIETÁRIO: LAERTHE DE MENEZES	CPF/CNPJ: 074.171.664-07
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICIPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

SINCOR/PB

26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568	
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45	NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar	

Página 3 de 12





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: MOM4742	MARCA/MODELO: I/CHEVROLET AGILE LTZ	ANO FABRICAÇÃO: 2010
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Automóvel	
CHASSI: 8AGCN48X0BR187701	RENAVAM: 00283306092	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Mudando de faixa	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

NOME DO PROPRIETÁRIO: RAFAEL BATISTA DE OLIVEIRA	CPF/CNPJ: 089.637.484-05
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 4 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>

Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 - Pág. 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: laertthe menezes	CPF: 074.171.664-07	DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1986
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 06732957032	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 03/11/2016	VALIDADE DA CNH: 10/06/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 15		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: socorrido pelo SAMU	
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	

SINCOR/PB
26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL
LIFE ASSESSORIA
05 OUT. 2018
CORRETORA DE SEGUROS

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar Página 5 de 12





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



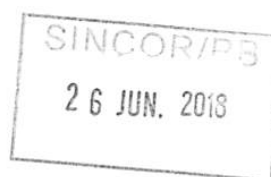
PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: bianca medeiros espidola	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1986
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 195662292002-0	ORGAO EXPEDIDOR: ssp/MA	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MAE: selma medeiros espidola	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO:		NUMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:	
MUNICIPIO/UF:		
TELEFONE:	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FISICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45 NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 6 de 12





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: RAFAEL BATISTA DE OLIVEIRA	CPF: 089.637.484-05	DATA DE NASCIMENTO: 14/11/1988
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado(a)	NOME DA MAE: ROSANGELA BATISTA DE OLIVEIRA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: RUA SAO LUCAS	NÚMERO: 281	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CRISTO REDENTOR	
MUNICÍPIO/UF: SANTO ANTONIO DO JACINTO/MG		
TELEFONE:	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 04569038414	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 10/02/2009	VALIDADE DA CNH: 23/09/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

SINCOR/PB

26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>

Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 - Pág. 12



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: JULIANA SILVA OLIVEIRA	CPF: 069.856.524-09	DATA DE NASCIMENTO: 04/01/1987
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGAO EXPEDIDOR:	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MAE: EDJANE MOREIRA DA SILVA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: ANTONIO GOMES DA SILVEIRA	NUMERO:	
COMPLEMENTO: BL A1 APTO 404	BAIRRO: CRISTO REDENTOR	
MUNICIPIO/UF: SANTO ANTONIO DO JACINTO/MG		
TELEFONE:	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FISICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

SINCOR/PB

26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>

Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 - Pág. 13



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS

NUMERO DO BAT:

18008527B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

REITZ/1540568

DATA/HORA:

05/02/2018 06:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

SINCOR/PS

26 JUN. 2018



CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>

Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 - Pág. 14



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRICULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 10 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>

Número do documento: 20091611080006500000032872558



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

REITZ/1540568

NÚMERO DO BAT:

18008527B01

DATA/HORA:

05/02/2018 06:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	



VERIFICADO COM O ORIGINAL

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

SINCOR/PB

26 JUN. 2018

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novebat/autenticar

Página 11 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>

Número do documento: 20091611080006500000032872558



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



SINCOR/RS

26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 12 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>

Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 - Pág. 17

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Bianca Medeiros Espíndola CPF da Vítima 015 322 494 14 Data do Acidente 04.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pedro de Aguiar de 2018
Local e Data

Bianca M. Espíndola
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





2 - VIA AÉREA:
☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:
☐ Crepitação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

3 - CIRCULAÇÃO:
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:
☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO
☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
 ECG: _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS	DEA	KED Adulto	Sonda vascular
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Intubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Insalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input checked="" type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

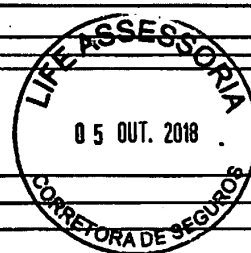
2 - SIR 2 - Equipos.

2 - Ideo 20

luzes

PERTENCES DA VÍTIMA
☐ Não ☐ Sim
 Objeto: _____

Entregues a / Local: _____ Assinatura com Carimbo do receptor: _____



IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Pacheco MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____

MÉDICO(A): _____ CRM: 102105

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____



Data de Emissão: 07/12/2017
 Data de Vencimento: 12/12/2017




CTC RECIFE PE PL0
 BIANCA MEDEIROS ESPINOLA
 RUA ROBERTO FRANCO DE OLIVEIRA 77
 JOSE AMERICO DE ALME
 58074-119 JOAO PESSOA PB



720903653941624000002793430011217

5/0105600



05 OUT. 2018
 CORRETORA DE SEGUROS



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bianca Medeiros Espíndola,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº 01532249414, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Roberto Franco de Oliveira</u>
Número	<u>77</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>João Américo</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58074119</u>
Telefone de Contato	<u>988636133</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 10/08/2018

Assinatura do Declarante: Bianca M. Espíndola





1738728

Atendimento : 1738728 Prontuário : 385473 Data/Hora : 05/02/2018 8:05:01

Paciente : BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Sexo : FEMININO

Nascimento : 20/04/1986 Idade : 31 anos 9 meses 18 dias Doc :

Endereço : RUA ROBERTO FRANCO DE OLIVEIRA Num : 77

Bairro : JOSE AMERICO DE ALMEIDA Cidade : JOAO PESSOA

Convênio : UNIMED JOAO PESSOA Plano : PLANO COM REDUTOR

Carteira : 00335200001002710 Tipo : ATENDIMENTO (URGÊNCIA)

Mãe : SUELMA MEDEIROS ESPINOLA

Classificação de Risco Senha : A0022 Usuário : NOEMIA ALVES DE BRITO (COREN : 286921)

Hora do Telen : 07:48:35

Início Classificação : 07:52:58

Fim Classificação : 07:53:49

Prioridade : AMARELO - URGENTE

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Queixa Principal : PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO COM QUEIXAS DE DOR EM MSD - PÉ ESQUERDO
NEGA DM/HAS/ALERGIA

Fluxograma/Sintoma : PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminadores : DOR MODERADA?

Observação :

Exames Vitais

ESC COMA DE GLASGOW ADULTO:15 } (NIPS - DE 0 A 28 DIAS:?) } (SPO2: 99%)

Alergias




PACIENTE/RESPONSÁVEL

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M1873
Em: 05/02/2018 08:32

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito...: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição...: 2396474 | Data...: 05/02/2018 | Hr...: 08:29
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporea...:

1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

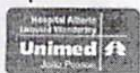
PRESCRIÇÃO MÉDICA - PA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 RINGER COM LACTATO BOLSA 500ML	2	BOLSA		IV	AGORA	[05/02] 08:29
4 DIIPIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML Obs.: associar 10ml de agua destilada	1	AMPOLA C/2ML		IV	AGORA	[05/02] 08:31
-> AGUA PARA INJECAO 10ML (EMB. PLASTICA)	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESC. 10ML SEM AGULHA LUER SLIP	1	UNIDADE				
-> AGULHA DESCARTAVEL 25X7	1	UNIDADE				

9 RINGER 100mg + SF 100ml / 20

Dr. Elivaldo S. Toledo
033.001873
Hospital Unimed J.P.
ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM 001873





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M5221
Em: 05/02/2018 14:43

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc.: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito... Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição...: 2399742 | Data...: 05/02/2018 | Hr...: 14:43
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporea...:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA - CRM: 005221
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO

1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 TYLEX 7.5MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	AGORA	[05/02] 14:43

ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
CRM 005221



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M5221
Em: 05/02/2018 14:45

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc.: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição...: 2399748 | Data...: 05/02/2018 | Hr...: 14:44
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporea...:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA - CRM: 005221
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO


1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 IMOBILIZACAO DE MEMBRO SUPERIOR					AGORA	[05/02] 14:44
Obs.: axila pamar						


ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
CRM 005221





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M1873
Em: 05/02/2018 08:28

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição...: 2398446 | Data...: 05/02/2018 | Hr...: 08:18
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporea...:

1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - PA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	----------------

1	RX PUNHO DIREITO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS ;					
	Exame: 558602					
	Justificativa: contusão punho direito					

2	RX MAO DIREITA ; Exame: 558602					
	Justificativa: contusão mão direita					

Elivaldo S. Toledo
03/001873
Hospital Unimed JP
ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM 001873



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M4127
Em: 05/02/2018 11:46

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito...: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição...: 2389212 | Data...: 05/02/2018 | Hr.: 11:46
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporal...:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ORLANDO CAVALCANTI DE F FILHO - CRM: 004127
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO

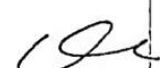
1ª VIA



Classificação de Risco:URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
5 RX PUNHO DIREITO:A.P. - LAT. - OBLIQUAS ; Exame: 558635 Justificativa: DOR NO PUNHO						


ORLANDO CAVALCANTI DE F FILHO
CRM 004127



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Em 05/02/2018 08:17

Paciente: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Idade: 31 Anos 9 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 20/04/1986

Prestador Assistente: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Conselho / Número Cons.: CRM 001873

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 1738728

Leito:

Admissão: 05/02/2018 08:05

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: PLANO COM REDUTOR

EVOLUÇÃO: 2398433 (FECHADO)

Responsável: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873
/ CIRURGIA GERAL

Data de Referência:

05/02/2018

Data/Hora do Documento:

05/02/2018 08:13

paciente vitima de acidente de motocicleta, levando a contusão no punho e mão direita. nega dor nas demais partes do corpo.

ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM 001873



MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley

Impresso por lais.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>

Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 - Pág. 29

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MVPEP - Prontuário Eletrônico do Paciente
Parecer Médico

Página 1 de 1
Emitido por: ELIVALDO SALES DE TOLEDO
Em: 05/02/2018 08:38

Dados do Paciente:

Paciente: 385473 BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Idade: 31 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 20/04/1986

Dados da Internação:

Atendimento: 1738728

CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA

Convênio: 3 UNIMED JOAO PESSOA

Dt Internação: 05/02/2018

Serviço: CIRURGIA GERAL

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 6306

Data: 05/02/2018

Prestador: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Especialidade: 33 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Descrição: CONTUSÃO NO PUNHO E MÃO DIREITA

ELIVALDO SALES DE TOLEDO

CRM 001873



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Imprimido em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO UQUENZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>
Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 - Pág. 30

Atendimento: 1738728

Paciente: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Data de Nascimento: 20/04/1986

Médico Assistente: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Prestador Responsável: HERICA HALANA NUNES DE BRITO

Conselho / Número COREN 335067

Idade: 31 Anos 9 Meses

Leito Atual:

Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 05/02/2018

Data anotação: 05/02/2018

Hora anotação: 16:39

Responsável: HERICA HALANA NUNES DE BRITO


Leito:

Anotação

ORTOPEDIA

09:30 - PACIENTE REALIZOU PARECER COM O ORTOPEDISTA VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR EM MSD E PÉ ESQUERDO, REALIZADO AVALIAÇÃO E EXAME FISICO, SOLICITADO EXAME DE IMAGEM (RX SEM TALA).

14:45 - PACIENTE REAVALIADALOGO APOS EXAME, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO VO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA E COLOCADO IMOBILIZADOR TIPO AXILO PALMAR, LIBERADA COM ORIENTAÇÕES E RECEITA.


HERICA HALANA NUNES DE BRITO
COREN 335067

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 06/02/2018 18:05:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

RG: 195662920020

PESO:

IDADE: 31 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 20/04/1986

PRESTADOR ASSISTENTE: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

DATA DE ATENDIMENTO: 05/02/2018 08:05:01

ATENDIMENTO: 1738728

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: UNIMED JOAO PESSOA

PLANO: PLANO COM REDUTOR

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

05-02-2018 RX - MAO OU QUIRODACTILOS

05-02-2018 RX - PUNHO

05-02-2018 RX - PUNHO

TRATAMENTO TERAPÊUTICO

PRESTADOR: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

ÚLTIMA: 05/02/2018

EVOLUÇÃO

paciente vítima de acidente de motocicleta, levando a contusão no punho e mão direita. nega dor nas demais partes do corpo.

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:



Dr. Elivaldo S. Toledo
035 001873
Hospital Alberto Urquiza Wanderley
ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM-001873



unimed 15.201800261346

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT 2 - Nº Guia no Prestador 450076

1 - Registro ABO 321044 2 - Nome da Guia Principal

3 - Data de Atuação 4 - Sexo 5 - Data de Nascimento 6 - Número da Guia Atuação para Especialista

Dados do Beneficiário
 7 - Número da Guia 0033520001002710 8 - Endereço da Clínica 9 - Nome BRANCA MEDEIROS ESPINOLA 10 - Código Nacional de Saúde 11 - Assinatura do Beneficiário N

Dados do Solicitante
 12 - Código no Dicionário 13 - Nome do Solicitante UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO

14 - Nome do Profissional Solicitante ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA 15 - Código Profissional 6 16 - Número no Conselho 605221 17 - UF 25 18 - Código CBO 225270 19 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 20 - Caracter. Atendimento 2 21 - Data da Solicitação 05/02/2018 22 - Indicação Clínica

23 - Tipo de Procedimento 24 - Início 25 - Código do Procedimento 26 - Descrição 27 - Qtd. Sess. 28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado / Executante
 29 - Código na Operadora 110176 30 - Nome do Contratado UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO 31 - Código CNES 3056724

Dados do Atendimento
 32 - Tipo de Atendimento 33 - Indicação do Atendimento (Acidente ou Doença Relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
 36 - Data 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Fac. 45 - Fa. Realiz. 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/CNPJ 51 - Nome do Profissional 52 - Grau Profissional 53 - Número no Conselho 54 - UF 55 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Anotações

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aut. (R\$) 61 - Total Materiais (R\$) 62 - Total de CNES (R\$) 63 - Total de Exames Realizados (R\$) 64 - Total de Outros Materiais (R\$) 65 - Total Geral (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 05/02/2018 14:45:12 Atendimento: 1738728 Convênio: UNIMED JOAO PESSOA



CONFERE COM ORIGINAL
 Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



unimed **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT** 2 - Nº Guia no Prestador: 449976

1 - Registro ANS 321044 2 - Número da Guia Principal 3 - Data de Aceite 4 - Data de Realização da Sessão 5 - Número da Guia Referenciada para Ocorrência

Dados do Beneficiário
6 - Número da Carteira 00335200001002710 7 - Validade da Carteira 8 - Nome BIANCA MEDEIROS ESPINOLA 9 - Cartão Nacional de Saúde 10 - Nascimento e RG N

Dados do Solicitante
11 - Código Operadora 110176 12 - Nome do Contratado UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
13 - Nome do Profissional Solicitante ORLANDO CAVALCANTI DE F. FILHO 14 - Conselho Profissional 6 15 - Número no Conselho 004127 16 - UF 25 17 - Código CBO 225270 18 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
19 - Caráter Atend. 2 20 - Data da Solicitação 05/02/2018 21 - Indicação Clínica DOR NO PUNHO 22 - Tabela 23 - Código do Procedimento 4001112 24 - Descrição 25 - Ponto 26 - Cód. Scto. 27 - Cód. Aut.

Dados do Contratado Executante
28 - Código no Operadora 110176 29 - Nome do Contratado UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO 30 - Código CNES 3056724

Dados do Atendimento
31 - Tipo Atendimento 32 - Indicação do Atendimento (Atividade ou Serviço Realizado) 33 - Tipo de Consulta 34 - Método de Encaminhamento ao Atendimento

Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados
35 - Data 36 - Hora Inicial 37 - Hora Final 38 - Tabela 39 - Código do Procedimento 40 - Descrição 41 - Cód. 42 - Via 43 - Tec 44 - Fm (FRAÇÃO) 45 - Valor Unitário (R\$) 46 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
47 - Sec. Ref. 48 - Grau Prof. 49 - Código no Operadora/CPP 50 - Nome do Profissional 51 - Cons. Profissional 52 - Número no Conselho 53 - UF 54 - Código CBO

Assinatura do Beneficiário ou Responsável
55 - Data de Realização do Procedimento em Série 56 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 57 - Assinatura do Profissional de Referência 58 - Assinatura do Contratado

Assinatura do Responsável pelo Serviço
59 - Assinatura do Responsável pelo Serviço 60 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ACESSOPRO Data: 05/02/2018 11:46:57 Alinhamento: 1738728 Convênio: UNIMED JOAO PESSOA 1738728



laís.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558

Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 - Pág. 34

unimed **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SAOT** 2 - Nº Guia no Prestador: **449693**

1 - Registro ABR 321044 2 - Número da Fila Principal

3 - Data da Autorização 4 - Série 5 - Data Validade da Série 6 - Número da Guia Autorizada para Correções

Dados do Beneficiário
 8 - Número da Carteira 00335200001002710 9 - Validade da Carteira 10 - Nome **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA** 11 - Cópia Nacional de Saúde 12 - Atendimento a RH

Dados do Solicitante
 13 - Código na Operadora 110176 14 - Nome do Contratado **UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO**

15 - Nome do Profissional Solicitante **ELIVALDO SALES DE TOLEDO** 16 - Conselho Profissional 6 17 - Número no Conselho 001873 18 - UF 25 19 - Código CBO 226225 20 - Assinatura do Profissional Solicitante

Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados
 21 - Caracter Alameda 2 22 - Data da Solicitação 05/02/2018 23 - Indicação Clínica **contusão mão direita.**
 24 - Tabela 22 25 - Código do Procedimento 4091120 26 - Descrição **Digito** 27 - Qtd. Sess. 1 28 - Qtd. Aut.

Dados do Contratado Executante
 29 - Código na Operadora 110176 30 - Nome do Contratado **UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO** 31 - Código CINES 2056724

Dados do Atendimento
 32 - Tipo Atendimento 33 - Indicação de Atendimento (Acidente ou Doença Relacionada) 34 - Tipo de Consulta 35 - Motivo de Encerramento do Atendimento

Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados
 36 - Tabela 37 - Hora Inicial 38 - Hora Final 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 41 - Descrição 42 - Qtd. 43 - Via 44 - Fec. 45 - Pw Realizado 46 - Valor Unitário (R\$) 47 - Valor Total (R\$)

Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)
 48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 49 - Código na Operadora CPT 50 - Nome do Profissional 51 - Cons. Profissional 52 - Número no Conselho 53 - UF 54 - Código CBO

56 - Data de Realização de Procedimentos em Série 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

58 - Observações / Justificativas

59 - Total Procedimentos (R\$) 60 - Total Taxas e Aluguéis (R\$) 61 - Total Honorários (R\$) 62 - Total de QPME (R\$) 63 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) 64 - Total de Honorários (R\$) 65 - Total de QPME (R\$)

66 - Assinatura do Responsável pela Autorização 67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável 68 - Assinatura do Contratado

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 05/02/2018 08:28:54 Atendimento: 1738728 Convênio: UNIMED JOAO PESSOA



Dr. Elivaldo Sales de Toledo
 0335200001002710
 Unimed-JP



laiz.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA



Bianca M. Espíndola



Imagem Radiográfica

Diagnóstico Frat. Escapóide NOS
Vide: Exame RC em Anexo

Pede pena prebenedida o tratamento
de Urgência pl Alívio dos Sintomas e preparação para a colocação
ponto e da Fratura Escapóide de
Urgência

Dr. Antônio Lacerda
CRM-PB 5078
Tel. 99142753 / 99141982

04.03.18



Rua Miriam Barreto Rabelo, 591. Aeroclube
João Pessoa | PB - CEP 58036-690 - Tel: (83) 3578 3000

www.ortotraumamedical.com.br

[f/ortotraumamedicalcenter](#)

[@ortotraumamedical](#)

Diretor: Tótilson André Luis Lopes Gomes de Silveira CRM 6307/PB



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.407.286 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/12/2015

NOME BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

FILIAÇÃO JONAS VICENTE ESPINOLA
SUELMA MEDEIROS ESPINOLA

NATURALIDADE SAO LUIS-MA DATA DE NASCIMENTO 20/04/1986

DOC ORIGEM

CASAM N. 7483 FLS. 83 LIV. B-31
CARTORIO 12°C JOÃO PESSOA-PB

015.302.494-14

Marcus A. B. Lacet Jr.
Chefe do Núcleo de 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917





Bianca Medeiros Espinola
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DO MILITAR DO BRASIL



05/10/2018

Emissão Boletos Licenciamento



DETRAN-PB Departamento Estadual
de Transito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

Nome: LAERTHE DE MENEZES	CPF/CNPJ 07417166407	Nosso Número 0
------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

Placa MOP9267	Chassi 9C2KD03208R006722	Código Renavan 941881679	Data Vencimento 31/10/2018	Data Emissão 05/10/2018 15:25:40	Valor Documento 0,00
-------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------------

Discriminação dos Débitos:

Multas:

05/10/2018 15:25:40

Na Estrada da vida, nao de carona para a dengue nem para a zika.



http://200.164.109.3:8080/BBDT_LICENCIAMENTO_2017/consulta?placaMask=mop-9267&display=web&peessoa=fisica&cpfMask=074.171.664-... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>
Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 - Pág. 39

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MOP9267

2018

Imprimir Consulta

MOP9267

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/NXR150 BROS KS

2007 2008

PARTICULAR AMARELA

28/09/2018

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: MOP9267

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS KS

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2007

Ano Modelo: 2008

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: AMARELA

Vencimento Licenciamento: 28/09/2018

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: JOAO PESSOA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 05/10/2018

JOAO PESSOA

05/10/2018





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Bianca Medeiros Espinola
DATA DO ACIDENTE 05/10/2018 CPF DA VÍTIMA 015.302.494-14
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Bianca Medeiros Espinola
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Bianca Medeiros Espinola
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Roberto Franco de Oliveira
Nº 44 COMPLEMENTO - BAIRRO João Amorim
CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58074-119
E-MAIL TELEFONE (83) 98863-6133

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALEZ 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)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 - INVALEZ 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 DECORRÊNCIA 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
 - INVALEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/10/2018

IDENTIDADE 4407.286

ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367180/18

Vítima: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

CPF: 015.302.494-14

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2018

Titular do CPF: BIANCA MEDEIROS
ESPINOLA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

BIANCA MEDEIROS ESPINOLA : 015.302.494-14

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: 05/10/2018
Nome: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA
CPF: 015.302.494-14

BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08421338020198152001

BRADESCO SEGUROS S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 14 de setembro 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 - 16/09/2020 11:08:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080064300000032872560>
Número do documento: 20091611080064300000032872560

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080064300000032872560>
Número do documento: 20091611080064300000032872560