



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                          |
|--|--|
| <b>BIANCA MEDEIROS ESPINDOLA (AUTOR)</b> | <b>ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)</b> |
| <b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>        | <b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>                |

**Documentos**

| Id.          | Data da Assinatura | Documento   | Tipo              |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| 34374<br>309 | 16/09/2020 11:08   | <a href="#"><u>Petição</u></a>                                  | Petição           |
| 34374<br>318 | 16/09/2020 11:08   | <a href="#"><u>2747740_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02</u></a> | Outros Documentos |
| 34374<br>321 | 16/09/2020 11:08   | <a href="#"><u>2747740_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01</u></a>       | Outros Documentos |

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:07:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611075948200000032872549>  
Número do documento: 20091611075948200000032872549

Num. 34374309 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

Nº Sinistro: **3180470318**  
Vitima: **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



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

Nº Sinistro: **3180470318**

Vitima: **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

Pag. 00997/00998 - carta\_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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](http://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 13471281



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. 2



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

---

**Rio de Janeiro, 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 e 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



Carta nº 14170215



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. 3

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Local Data

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a correta identificação, posso autorizar a abertura de uma conta corrente na agência de crédito informada.

Dedopro, sob as penas da lei para fins de prova de residência junto a Seguradora Leader - UVIAL, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

|  |  |
|--|--|
| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL |  |
| Nome completo<br>Drauzio Henrique Zanella                              |  |
| CPF/MF/RLZ da pessoa   | 015330249414                                       |
| Profissão / profissional   | Jurídico / Advogado                                |
| Complemento  | Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 1000 - Centro |
| Número   | 44   |
| CEP  | 58049-110  |
| Estado   | Paraná   |
| Cidade   | Curitiba   |
| UF   | PR   |
| Data de nascimento   |  |
| 08/04/1970   |  |
| Sexo   |  |
| Masculino  |  |
| Endereço   |  |
| Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 1000 - Centro                     |  |
| Número   |  |
| 58049-110  |  |
| Cidade   |  |
| Curitiba   |  |
| UF   |  |
| PR   |  |
| Bairro   |  |
| Jardim das Flores  |  |
| Email  |  |
| mauro.silveira@uol.com.br  |  |

E obrigatorio Representante Legal para:

A consta informação 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.

INFÓRMATE Sobre las PREENCIIMIENTOS

(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) <http://www.seguradoradiretor.com.br> ou ligue para o SAC BPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206

Autorizado a emitir na Região Sudeste  
LIDER

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

LIDER  
sagradobra



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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView\\_seam?r=20091611080006500000032872558](http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam?r=20091611080006500000032872558)

Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 Pág. 4



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. 5



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



**PROTOCOLO:**  
**18008527B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

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

**ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO**

|                               |                                      |  |
|-------------------------------|--------------------------------------|--|
| FASE DO DIA:<br>Pleno dia     | CONDICÃO METEOROLÓGICA:<br>Céu Claro |  |
| TIPO DE VIA:<br>Principal     | TIPO DE PISTA:<br>Dupla              | CONDICÃO DE PISTA:<br>Seca             |
| TIPO DE PAVIMENTO:<br>Asfalto | ESTRUTURA VIARIA:<br>Reta            |  |
| LOCALIDADE URBANIZADA:<br>Sim | EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:<br>Não    | EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:<br>Sim |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| IMAGEM PANORAMICA - SENTIDO CRESCENTE | IMAGEM PANORAMICA - 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](http://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

Num. 34374318 - Pág. 6



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
18008527B01

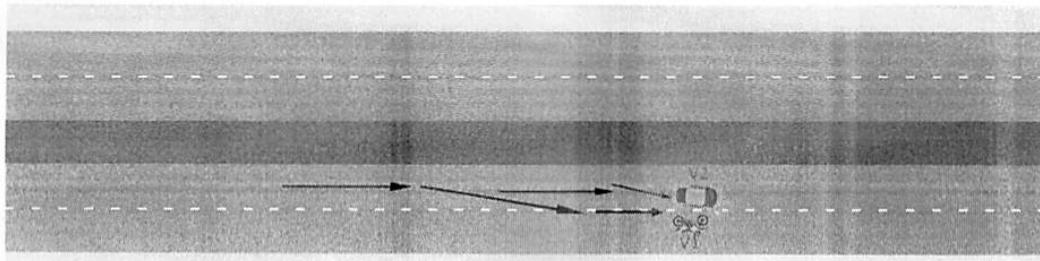
**STATUS:**  
Encerrado

**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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 2 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. 7



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



**PROTÓCOLO:**  
**18008527B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**VEÍCULOS**

|   |                                 |   |                         |
|---|---------------------------------|---|-------------------------|
| SEQUENCIAL:<br>V1   | PLACA:<br>MOP9267               | MARCA/MODELO:<br>HONDA/NXR150 BROS KS     | ANO FABRICAÇÃO:<br>2007 |
| SITUAÇÃO:<br>Tracionador  | TIPO DE VEÍCULO:<br>Motocicleta |   |                         |
| CHASSI:<br>9C2KD03208R006722  | RENAVAM:<br>00941881679         | PAÍS:<br>BRASIL                           |                         |
| ESPECIE:<br>Passageiro  | CATEGORIA:<br>Particular        | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:<br>Outras |                         |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:<br><br>Transitava na linha divisória de faixas. |                                 |   |                         |
| NOME DO PROPRIETÁRIO:<br>LAERTHE DE MENEZES                                 |                                 | CPF/CNPJ:<br>074.171.664-07               |                         |
| Dados de Endereço   |                                 |   |                         |
| LOGRADOURO:   |                                 |   | NÚMERO:                 |
| COMPLEMENTO:  |                                 | BAIRRO:                                   |                         |
| MUNICÍPIO/UF:<br>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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 3 de 12



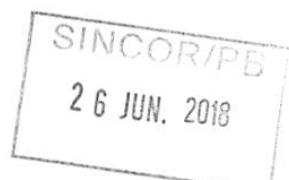
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:08:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611080006500000032872558>  
Número do documento: 20091611080006500000032872558

Num. 34374318 - Pág. 8

|  |   |  |                                  |
|--|---|--|----------------------------------|
|  | <b>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA</b><br>DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL<br>BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO |  | <b>PROTOCOLO:</b><br>18008527B01 |
|  |   |  | <b>STATUS:</b><br>Encerrado      |

| VEÍCULOS  |                          |   |                         |
|---|--------------------------|---|-------------------------|
| SEQUENCIAL:<br>V2                                   | PLACA:<br>MOM4742        | MARCA/MODELO:<br>I/CHEVROLET AGILE LTZ              | ANO FABRICAÇÃO:<br>2010 |
| SITUAÇÃO:<br>Tracionador                            |                          | TIPO DE VEÍCULO:<br>Automóvel                       |                         |
| CHASSI:<br>8AGCN48X0BR187701                        | RENAVAM:<br>00283306092  | PAÍS:<br>BRASIL                                     |                         |
| ESPECIE:<br>Passageiro                              | CATEGORIA:<br>Particular | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:<br>Mudando de faixa |                         |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:                         |                          |   |                         |
| NOME DO PROPRIETÁRIO:<br>RAFAEL BATISTA DE OLIVEIRA |                          | CPF/CNPJ:<br>089.637.484-05                         |                         |
| <b>Dados de Endereço</b>                            |                          |   |                         |
| LOGRADOURO:   |                          |   | NÚMERO:                 |
| COMPLEMENTO:  |                          | BAIRRO:   |                         |
| MUNICÍPIO/UF:<br>JOAO PESSOA/PB                     |                          |   |                         |
| TELEFONE:   | EMAIL:                   |   |                         |
| <b>Dados da Carga</b>                               |                          |   |                         |
| Descrição e Informações Complementares:             |                          |   |                         |

CONFERIDO COM O ORIGINAL



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

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:<br>V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS |                        | EN VOLVIMENTO:<br>Condutor/ PROPRIETÁRIO |
| NO ME:  | CPF:<br>074.171.664-07 | DATA DE NASCIMENTO:<br>20/04/1986        |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO:  | ÓRGÃO EXPEDIDOR:       | SEXO:<br>Masculino                       |
| ESTADO CIVIL:   | NOME DA MÃE:           |  |

**Dados de Endereço**

|               |         |
|---------------|---------|
| LOGRADOURO:   | NUMERO: |
| COMPLEMENTO:  | BAIRRO: |
| MUNICÍPIO/UF: |         |

|           |        |
|-----------|--------|
| TELEFONE: | EMAIL: |
|-----------|--------|

**Dados da Habilitação**

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

OBSERVAÇÕES DA CNH:

15

**Circunstâncias**

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

SINCOR/PD  
26 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL 05 OUT. 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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 5 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. 10



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



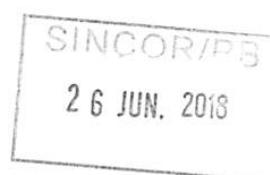
PROTOCOLO:  
18008527B01

STATUS:  
Encerrado

PESSOAS

|   |  |                  |                          |            |
|---|--|------------------|--------------------------|------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:                  | V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS          | ENVOVIMENTO:     | Passageiro               |            |
| NOME:   | bianca medeiros espindola                    | CPF:             | DATA DE NASCIMENTO:      | 20/04/1986 |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO:                            | 195662292002-0                               | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | SEXO:                    | Feminino   |
| ESTADO CIVIL:                                   |  | NOME DA MAE:     | selma medeiros espindola |            |
| <b>Dados de Endereço</b>                        |  |                  |                          |            |
| LOGRADOURO:                                     |  | NUMERO:          |                          |            |
| COMPLEMENTO:                                    |  | BAIRRO:          |                          |            |
| MUNICÍPIO/UF:                                   |  |                  |                          |            |
| TELEFONE:                                       | EMAIL:                                       |                  |                          |            |
| <b>Circunstâncias</b>                           |  |                  |                          |            |
| ESTADO FÍSICO:                                  | USAVA CINTO DE SEGURANÇA:                    |                  |                          |            |
| Lesões Leves                                    | NÃO APPLICÁVEL                               |                  |                          |            |
| USAVA CAPACETE:                                 | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: |                  |                          |            |
| Ignorado  | NÃO APPLICÁVEL                               |                  |                          |            |
| 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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 6 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. 11

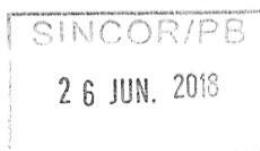


## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITOPROTOCOLO:  
18008527B01STATUS:  
Encerrado

## PESSOAS

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

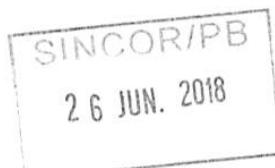


PROTOCOLO:  
18008527B01

STATUS:  
Encerrado

PESSOAS

|   |   |  |
|---|---|--|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:<br><b>V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ</b> | EN VOLVIMENTO:<br><b>Passageiro</b>                                   |  |
| NOME:<br><b>JULIANA SILVA OLIVEIRA</b>  | CPF:<br><b>069.856.524-09</b>   | DATA DE NASCIMENTO:<br><b>04/01/1987</b> |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO:  | ÓRGÃO EXPEDIDOR:  | SEXO:<br><b>Feminino</b>                 |
| ESTADO CIVIL:   | NOME DA MÃE:<br><b>EDJANE MOREIRA DA SILVA</b>                        |  |
| <b>Dados de Endereço</b>  |   |  |
| LOGRADOURO:<br><b>ANTONIO GOMES DA SILVEIRA</b>                               | NUMERO:   |  |
| COMPLEMENTO:<br><b>BL A1 APTO 404</b>   | BAIRRO:<br><b>CRISTO REDENTOR</b>                                     |  |
| MUNICÍPIO/UF:<br><b>SANTO ANTONIO DO JACINTO/MG</b>                           |   |  |
| TELEFONE:   | EMAIL:  |  |
| <b>Circunstâncias</b>   |   |  |
| ESTADO FÍSICO:<br><b>Ileso</b>  | USAVA CINTO DE SEGURANÇA:<br><b>Ignorado</b>                          |  |
| USAVA CAPACETE:<br><b>NÃO APPLICÁVEL</b>                                      | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:<br><b>NÃO APPLICÁVEL</b> |  |
| 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](http://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 danificado no acidente |     |    |
|------|--------------------------------------|-----------------------------|-----|----|
| Item | Descrição do Item                    | 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/PB

26 JUN. 2018



CONFERIDO COM O ORIGINAIS DA CORCORAN

LIFE ASSESSORIA

05 OUT. 2018

CORCORAN

ASSOCIAÇÃO 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](http://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, 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](http://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

Num. 34374318 - Pág. 15



## MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITOPROTOCOLO:  
18008527B01STATUS:  
Encerrado

## AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ

NÚMERO 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    | 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            |                             |     |    |
| 13   | Assoalho portamalas ou caçamba         |                             | X   |    |
| 14   | Longarina traseira direita             |                             |     |    |
| 15   | Caixa de roda traseira direita         |                             | X   |    |
| 16   | Estrutura da coluna traseira direita   |                             |     |    |
| 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   |    |



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/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/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

Num. 34374318 - Pág. 16



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



PROTÓCOLO:  
18008527B01

STATUS:  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

IMAGEM DA TRASEIRA (V2)

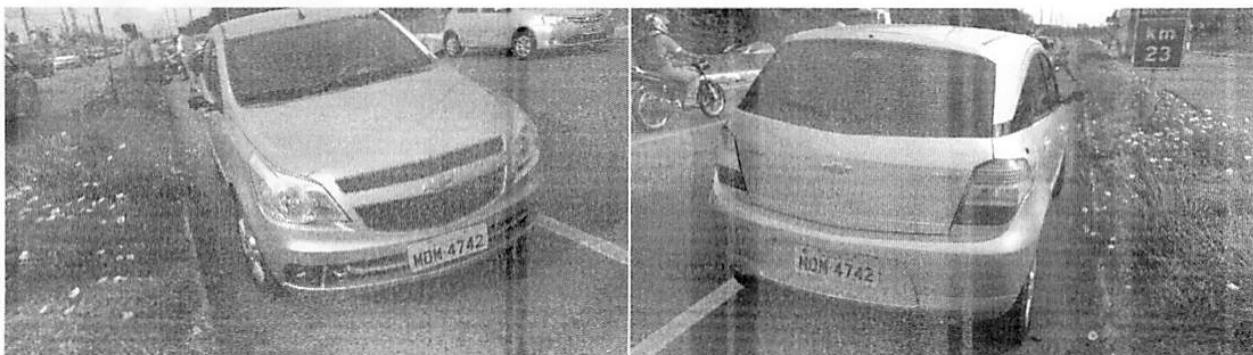
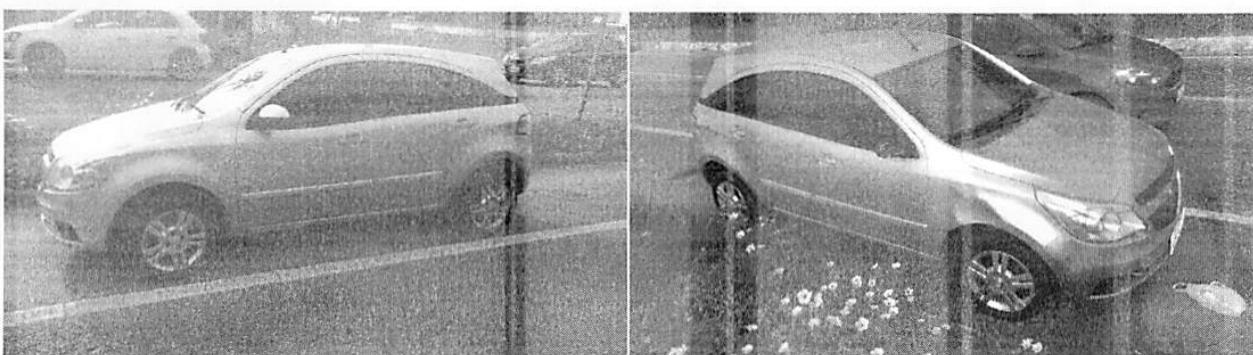


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



SINCOR/PR

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](http://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



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 atende 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 Lider 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 cultura avaliadora médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Juiz de Fora, 10 de agosto de 2018

Local e Data

Bianca Medeiros Espíndola

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



SAMU  
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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

PREFEITURA DE  
**JOÃO  
PESSOA**

## FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

|          |                  |   |             |   |                       |                          |
|----------|------------------|---|-------------|---|-----------------------|--------------------------|
| Data     | ID da Ocorrência | <input type="checkbox"/> USB<br><input type="checkbox"/> USA<br><input type="checkbox"/> MT | Nº / Equipe | Plantão:<br><input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite | Hora de Saída da Base | Hora de Chegada no Local |
| 04/02/18 | 1973140          |   | 04          |   | : Hs                  | : Hs                     |

|   |   |   |           |
|---|---|---|-----------|
| Paciente / Usuário <i>Laneth da Menezes (25:30)</i>   | Idade <i>31</i>   | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem | Telefone: |
| Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro: | Bairro <i>Br 230</i>  | Médico Regulador <i>Jvma</i>  |           |
| Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:   | Apóio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: |   |           |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:                       |   |   |           |
| DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento         | <i>Hosp. Unimed.</i>  |   |           |
| Destino (Unidade Hospitalar)  |   | Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)                                 |           |

## NATUREZA DA OCORRÊNCIA

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO  | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA   |
| Motivo:<br><i>Colisão carro x moto</i>   | Hospital de Origem: _____  |
| <input type="checkbox"/> CAUSAS EXTERNAS<br>↳ Acidente do Trânsito<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x moto<br><input type="checkbox"/> Queda de moto<br><input type="checkbox"/> Atropelamento por:<br><input type="checkbox"/> Colisão carro x carro<br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                | Responsável: _____   |
| <input type="checkbox"/> F.A.F.<br><input type="checkbox"/> F.A.B.<br><input type="checkbox"/> Agressão Física<br><input type="checkbox"/> Afogamento<br><input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____<br><input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento<br><input type="checkbox"/> Choque Elétrico<br><input type="checkbox"/> Outro: _____ | Hospital de Destino: _____   |
|  | Responsável: _____   |
|  | ANTECEDENTES<br><input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental<br><input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal<br><input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Drogas<br><input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial<br><input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores<br><input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios<br><input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo |
|  | Quais? _____   |

|  |
|--|
| 1. DADOS VITAIS  |
| P.A.: _____ FC: _____ FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: _____ SpO2 - C/O2: _____ |

## EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: \_\_\_\_\_

Intervenções: *AVP.*

Evolução do Enfermeiro:

*Vesti Rj duas viaturas existente, ambulância, suprimento, 1º vítima com suspeita de rotura em mola (D), vítima univira. 2º vítima Laneth, com suspeita de rotura em mola (D) e óbito das duas ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA Pe (E). Os dois casos encaminhados à enfermagem. Pneumocônsio (Sua) óbito de suspeita, não é mola.*



**CONFERE COM ORIGINAL**  
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

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

**2 - VIA AÉREA:**  
 Livre  Obstruída parcialmente  Obstruída totalmente  Corpo estranho  Edema da glote  Bronco-aspiração

**2.1 - VENTILAÇÃO:**  
 Espontânea  Assistida  Rítmo irregular  Parada respiratória

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

**2.3 - ACHADOS:**  
 Crepitação  Hemoptise  Expectorado  Enfisema subcutâneo  Hálito Étlico

**3 - CIRCULAÇÃO:**  
 Fria  Umida  Palidez  Quente  Seca  Normal

**3.1 - EDEMAS:**  
 Não  Sim - Local: \_\_\_\_\_

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

**3.3 - PULSO**  
 Regular  Irregular  Fino  Chalo  Ausente

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

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**  
ECGL \_\_\_\_\_

**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

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>PROCEDIMENTOS</b>                            | <input type="checkbox"/> DEA                                    | <input type="checkbox"/> KED Adulto                | <input type="checkbox"/> Sonda vesical                             |
| <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"/> Defibrilação / Cardioversão            | <input type="checkbox"/> Orotáquico                | <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) |
| <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia | <input type="checkbox"/> Entubação Orotáqueal                   | <input type="checkbox"/> Prancha Longa             | <input type="checkbox"/> VMI                                       |
| <input type="checkbox"/> Cricotiridostomia      | <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O <sub>2</sub> ) | <input type="checkbox"/> Puncão 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: _____                             |

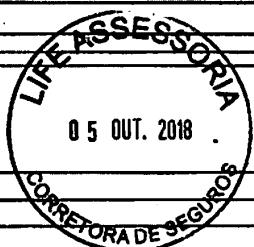
Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

Q - S + R      2 Escudos.  
9 - Ideo 20  
Linha,

**PERTENCES DA VÍTIMA**

Não  
 Sim  
Objeto:



Entregues a / Local: \_\_\_\_\_ Assinatura com Carimbo do recebedor: \_\_\_\_\_

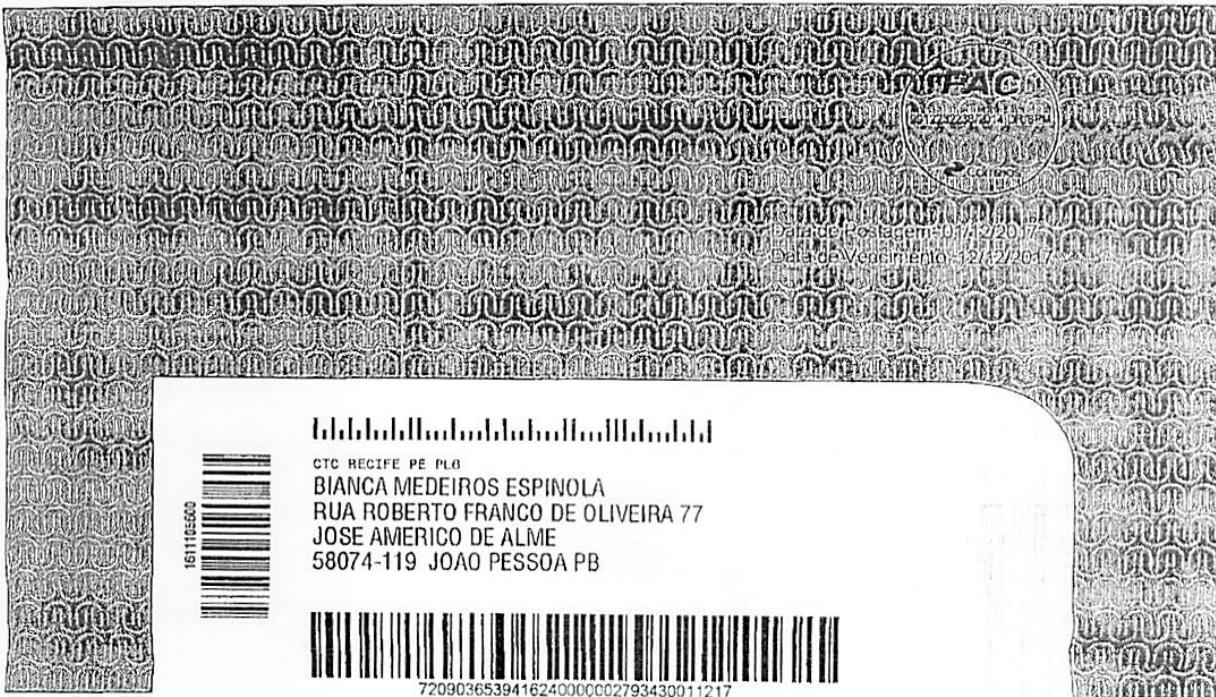
**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR:** *Bejano.* **MATRÍCULA:** \_\_\_\_\_

**TEC. ENFERMAGEM:** \_\_\_\_\_ **COREN:** \_\_\_\_\_

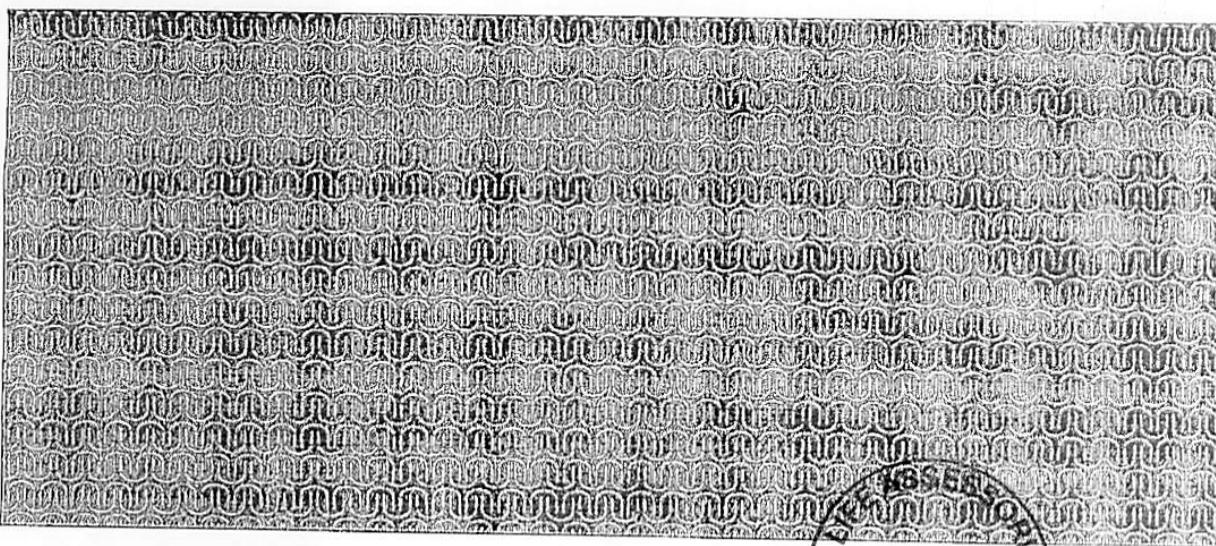
**ENFERMEIRO(A):** \_\_\_\_\_ **COREN:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO(A):** \_\_\_\_\_ **CRM:** \_\_\_\_\_

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente -</b> | <input type="checkbox"/> Recusa Remoção | <input type="checkbox"/> Recusa Atendimento |
| <b>NOME:</b>  | <b>RG / CPF:</b> _____                  |   |
| <b>ASSINATURA (RUBRICA):</b>                                | <b>Observação:</b> _____                |   |
| <b>TESTEMUNHA:</b>  | <b>TESTEMUNHA:</b> _____                |   |



S/0105600



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. 21

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bianca Medeiros Espíndola,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, Órgão \_\_\_\_\_,

CPF nº 01530249914, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Roberto Freire de Oliveira</u> |
| Número                            | <u>77</u>                             |
| Apto / Complemento                |                                       |
| Bairro                            | <u>José 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, 20/08/2018

Assinatura do Declarante: Bianca M. Espíndola





HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA  
Sistema de Urgência e Emergência  
Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência



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   | Usuário                                  | Plano         |
|------------------------|---|--|---------------|
|                        | A0022   | NOEMIA ALVILS DE BRITO (COREN - 286921 ) |               |
| Prioridade :           | AMARELO - URGENTE   |  |               |
| Quela Principal :      | PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE COLISAO MOTOXCARRO COM QUEIXAS DE DOR EM MSD + PÉ ESQUERDO NEGA DM/HAS/ALERGIA |  |               |
| Fluxograma/Sintoma :   | PROBLEMAS EM EXTREMIDADES   | Discriminadores :                        | DOR MODERADA? |
| Observação :           |   |  |               |

#### Sinais Vitais

ESC COMA DE GLASGOW ADULTO:15 ( NIPS - DE 0 A 28 DIAS:7 ) ( SPO2: 99 % )

#### Alergias



*Assinado digitalmente*  
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.: 2398474 | Data.: 05/02/2018 | Hr.: 08:29  
Diagnóstico... | Cid.: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO  
Peso.: | Altura.: | Sup. Corpore.:

1ª VIA



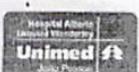
### Classificação de Risco: URGENTE

#### 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 DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA 2ML<br>Obs: associar 1ml de agua destilada | 1   | AMPOLA C/2ML |    | IV  | AGORA      | [05/02] 08:31  |
| > AGUA PARA INJECAO 10ML<br>(EMB. PLÁSTICA)                           | 1   | AMPOLA       |    |     |            |                |
| > SERINGA DESC. 10ML SEM<br>AGULHA LUER SLIP                          | 1   | UNIDADE      |    |     |            |                |
| > AGULHA DESCARTAVEL 25X7   | 1   | UNIDADE      |    |     |            |                |

5 *HAMAL 100 mg - 1 SF 100af/2v* *Suspensão*  
*Elivaldo S. Toledo*  
*033.001873*  
*Hospital Unimed RJ*  
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 CONTUSÃO 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             | Qty | Unidade    | SN | Apl | Frequência | Datas/Horários |
|--------------------------|-----|------------|----|-----|------------|----------------|
| 6 TYDEX 7,5MG COMPRIMIDO | 1   | COMPRIMIDO |    | VO  | AGORA      | [05/02] 14:43  |

ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA  
CRM 005221



CONFERE COM ORIGINAL  
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

Impresso por laia.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=2009161108000650000032872558>  
Número do documento: 2009161108000650000032872558

Num. 34374318 - Pág. 25



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



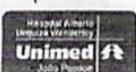
### Classificação de Risco: URGENTE

#### PREScrição MÉDICA

| PROCEDIMENTOS MEDICOS                                  | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Datas/Horários |
|--|-----|---------|----|-----|------------|----------------|
| 7 IMOBILIZACAO DE MEMBRO SUPERIOR<br>Obs.: exibe parar |     |         |    |     | AGORA      | [05/02] 14:44  |

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  
Emilido 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. - OBLIGUAS ; Exame: 558602 Justificativa: contusão punho direito |     |         |    |     |            |                |
| 2 RX MAO DIREITA ; Exame: 558602 Justificativa: contusão mão direita                            |     |         |    |     |            |                |

Elivaldo S. Toledo  
033001873  
Unimed JP  
ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM 001873



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. 27



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.: 2399212 | Data.: 05/02/2018 | Hr.: 11:46  
Diagnóstico.: | Cld.: SE02 CONTUSÃO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO  
Peso.: | Altura.: | Sup. Corporea.:  
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ORLANDO CAVALCANTI DE 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. - OBLIGUAS ;<br>Exame: 558635<br>Justificativa: DOR NO PUNHO |     |         |    |     |            |                |

ORLANDO CAVALCANTI DE F FILHO

CRM 004127



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Relatório de Evolução

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

Dr. Elivaldo S. de Toledo  
CRM 001873  
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley  
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  
MVPÉP - 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 004875  
Tolledo

LIFE ASSESSORIA  
05 OUT. 2018  
CORRETORA DE SEGUROS

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Autenticação digitalizada em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO IRQUIZA 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

Idade: 31 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 20/04/1986

Leito Atual:

Médico Assistente: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Prestador Responsável: HERICA HALANA NUNES DE BRITO

Conselho / Número COREN 335067

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 FÍSICO, 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

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

CONFERE COM ORIGINAL  
Hosp.Alberto Urquiza Wanderley



HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY  
MVEP - Sistema de Prontuário Eletrônico  
Relatório de Resumo de Alta

PÁGINA 1 DE 1  
Emitido por: ELIVALDO  
Em:06/02/2018 18:05

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)  
CONVÉNIO: 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  
CRM-035-DPT-113  
ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM-001873

Impresso por consultoriospa em 06/02/2018 18:05:51 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

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

**unimed**

**201800261346**

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

**2 - N° Guia no Prestador 450076**

|   |   |  |  |                               |   |
|---|---|--|--|-------------------------------|---|
| 1 - Registro ANS<br>321044                              | 2 - Número da Série Principal   | 3 - Data de Atendimento  | 4 - Série  | 5 - Corte Verticalizado Guia  | 6 - Número da Guia Atualizada para Consulta |
| Dados do Beneficiário                                   |   |  |  |                               |   |
| 7 - Número da Carteira<br>0035200001002710              | 8 - Válida da / Até   | 9 - Nome<br>ELIANA MEDEIROS ESPINOLA   | 10 - Cidade Nascença da Beneficiária                 | 11 - Endereço a Rua           | N   |
| Dados do Solicitante                                    |   |  |  |                               |   |
| 12 - Ofício ou Documento<br>110176                      | 13 - Número do Certificado<br>UNIMED J PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO | 14 - Currículo Profissional<br>ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA                             | 15 - Número no Conselho<br>B                         | 16 - UF<br>005221             | 17 - Código CBO<br>25                       |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Realizados |   |  |  |                               |   |
| 18 - Código da Unidade<br>2                             | 19 - Data da Solicitação<br>05/02/2018                                    | 20 - Indicação Clínica<br>21 - Carter Atendido<br>22 - Código do Procedimento<br>3011027 | 23 - Descrição<br>Investigação de ressecção superior | 24 - Tabelas                  | 25 - Corte Sobre                            |
| Dados do Contratado Executivo                           |   |  |  |                               |   |
| 26 - Código na Operadora<br>110176                      | 27 - Nome do Contratado<br>UNIMED J PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO    | 28 - Código CNPJ<br>3056724  | 29 - Código CNPJ                                     |                               |   |
| Dados do Atendimento                                    |   |  |  |                               |   |
| 30 - Tipo Atendimento                                   | 31 - Indicação do Atendente (Assinatura ou Unidade Relacionada)           | 32 - Tipo de Consulta  | 33 - Mês de Encerramento do Atendimento              | 34 - Corte Sobre              | 35 - Corte Aut.                             |
| Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados   |   |  |  |                               |   |
| 36 - Data   | 37 - Ficha Início   | 38 - Ficha Final   | 39 - Tabela 40 - Código do Procedimento              | 41 - Detalhado                | 42 - Qntd                                   |
| 43 - Via  | 44 - Téc.   | 45 - Faz Reabertura  | 46 - Valor Unitário(R\$)                             | 47 - Valor Total(R\$)         |   |
| 48 - Seg. Ref.  | 49 - Grav. Part.  | 50 - Código da operadora/CPF   | 51 - Nome do Profissional                            | 52 - Corte Profissional       | 53 - Número no Conselho                     |
| 54 - UF   | 55 - Código CBO   |  |  |                               |   |
| 56 - Data de Realização de Procedimentos em Série       |   | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável   |  |                               |   |
| 1 - / /   | 2 - / /   | 3 - / /  | 4 - / /  | 5 - / /                       | 6 - / /                                     |
| 58 - Observações / Anotações                            |   |  |  |                               |   |
| 59 - Total Procedimento (R\$)                           | 60 - Total Taxas e Admissões (R\$)  | 61 - Total Material (R\$)  | 62 - Total de DPAC (R\$)                             | 63 - Total de UGAC (R\$)      | 64 - Total de Guia Medicina (R\$)           |
| 65 - Assinatura do Responsável (sob Assinatura)         | 66 - Assinatura do Beneficiário (sob Assinatura)                          | 67 - Assinatura do Beneficiário (sob Assinatura)   | 68 - Assinatura do Consultado                        | 69 - Assinatura do Consultado | 70 - Assinatura do Consultado               |

Impresso por: ACESSOPID Data/Hora: 05/02/2018 14:45:12 Atendimento: 1736728 Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

1736728



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. 33

**GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE  
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT**

2 - N° Guia no Prestador **449976**

*b 12*

|  |   |  |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
|--|---|--|---|--|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|
| 1 - Registro ANS<br><b>321044</b>                            | 2 - Número da Guia Principal  |  |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 4 - Data da Autorização                                      | 5 - Série   | 6 - Data Vencimento de Serviço   | 7 - Jornada da Guia Até/Dezida pela Operadora |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| <b>Dados do Beneficiário</b>                                 |   |  |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 8 - Número da Carteira<br><b>0033520001002710</b>            | 9 - Validade da Carteira  | 10 - Nome<br><b>BIANCA MEDEIROS ESPINOLA</b>                                 | 11 - Cartão Nacional de Saúde                 |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 12 - Assinatura e RG<br><b>N</b>                             |   |  |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| <b>Dados do Solicitante</b>                                  |   |  |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 13 - Código da Operadora<br><b>110176</b>                    | 14 - Nome do Contratado<br><b>UNIMED J PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO</b> | 15 - Nome do Profissional Executante<br><b>ORLANDO CAVALCANTI DE F FILHO</b> |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 16 - Conselho Profissional<br><b>8</b>                       | 17 - Número no Conselho<br><b>004127</b>                                      | 18 - UF<br><b>25</b>   | 19 - Código CBO<br><b>225270</b>              | 20 - Assinatura do Profissional Executante<br><i>Orlando Cavalcanti de Filho</i> |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 21 - Código Atendente<br><b>2</b>                            | 22 - Data da Solicitação<br><b>05/02/2018</b>                                 | 23 - Índice de Clínica<br><b>DOR NO PUNHO</b>                                | 24 - Tabaga<br><b>12</b>                      | 25 - Código do Procedimento<br><b>A080112</b>                                    |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 26 - Descrição<br><b>Rx - Punho</b>                          | 27 - Data Solic.<br><b>1</b>  | 28 - Data Aut.<br><b>05/02/2018</b>  |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| <b>Dados do Contratado Executante</b>                        |   |  |   | 31 - Código CNES<br><b>3056724</b>   |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 32 - Código da Operadora<br><b>110176</b>                    | 33 - Nome do Contratado<br><b>UNIMED J PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO</b> |  |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| <b>Dados do Atendimento</b>                                  |   |  |   | 34 - Tipo de Consulta  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 35 - Módulo de Encerramento do Atendimento                   |   |  |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| <b>Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados</b> |   |  |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 36 - Data  | 37 - Hora Inicial   | 38 - Hora Final  | 39 - Tabela                                   | 40 - Código do Procedimento  | 41 - Descrição                        | 42 - OS/SE                      | 43 - Via                   | 44 - Ed. | 45 - Faturado/Acreado | 46 - Valor Unidade(R\$) | 47 - Valor Total(R\$) |
| <i>EXAME REALIZADO</i>                                       |   |  |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |
| 48 - Soc. Ref.   | 49 - Grau Part.   | 50 - Código da Operadora(PP)   | 51 - Nome do Profissional                     | 52 - Conselho Profissional   | 53 - Número no Conselho               | 54 - UF                         | 55 - Código CBO            |          |                       |                         |                       |
| 56 - Data de Realização dos Procedimentos em Série           | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                | 58 - / /   | 59 - / /                                      | 60 - / /   | 61 - / /                              | 62 - / /                        | 63 - / /                   |          |                       |                         |                       |
| 64 - Total de Procedimentos (R\$)                            | 65 - Total de Faturado (R\$)  | 66 - Total de Acreado (R\$)  | 67 - Total de Consultas (R\$)                 | 68 - Total de Medicamentos (R\$)   | 69 - Total de Gases Medicinares (R\$) | 70 - Total de Odontologia (R\$) | 71 - Total de Outros (R\$) |          |                       |                         |                       |
| 72 - Assinatura do Responsável                               | 73 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável                                | 74 - Assinatura do Corretor de Seguros                                       |   |  |                                       |                                 |                            |          |                       |                         |                       |

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 05/02/2018 11:46:57 Atendimento: 1738728 Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

1738728

**ÁREA AMARELA**



: lais.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUiza WUNDERLEY - 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

Hosp. Albert Fraga - Unimed João Pessoa  
CONFIRA COM ORIGINAL



|                      |  |  |  |                         |  |
|----------------------|--|--|--|-------------------------|--|
| 11076                |  | UNIMED J PESSOA COOPERTIVA DE TRAB. MEDICO |  | REALIZADO               |  |
| Dados do Consultante |  | DADOS DA CONSULTA                          |  | DADOS DA CLINICA        |  |
| Nome do Consultante  |  | Data da Consulta                           |  | Nome da Clinica         |  |
| 11076                |  | 00336200001002710                          |  | BINGA MENDEROS ESPINOLA |  |
| Dados do Consultante |  | 11 - Cognome                               |  | 12 - Nome da Clinica    |  |
| Nome do Consultante  |  | 13 - Cognome                               |  | 14 - Endereço           |  |
| 11076                |  | ELVALDO SAIRES DE TOLLEDO                  |  | 15 - Endereço           |  |
| Dados do Consultante |  | 16 - Cognome                               |  | 17 - Cidade             |  |
| Nome do Consultante  |  | 18 - Cognome                               |  | 19 - Cidade             |  |
| 11076                |  | UNIMED J PESSOA COOPERTIVA DE TRAB. MEDICO |  | 20 - Estado             |  |
| Dados do Consultante |  | 21 - Cognome                               |  | 22 - Cidade             |  |
| Nome do Consultante  |  | 23 - Cognome                               |  | 24 - UF                 |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 25 - CEP                |  |
| Dados do Consultante |  | 26 - CEP                                   |  | 27 - Cidade             |  |
| Nome do Consultante  |  | 28 - CEP                                   |  | 29 - UF                 |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 30 - Cidade             |  |
| Dados do Consultante |  | 31 - Cognome                               |  | 32 - Cidade             |  |
| Nome do Consultante  |  | 33 - Cognome                               |  | 34 - UF                 |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 35 - Cidade             |  |
| Dados do Consultante |  | 36 - Cognome                               |  | 37 - UF                 |  |
| Nome do Consultante  |  | 38 - Cognome                               |  | 39 - Cidade             |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 40 - UF                 |  |
| Dados do Consultante |  | 41 - Cognome                               |  | 42 - Cidade             |  |
| Nome do Consultante  |  | 43 - Cognome                               |  | 44 - UF                 |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 45 - Cidade             |  |
| Dados do Consultante |  | 46 - Cognome                               |  | 47 - UF                 |  |
| Nome do Consultante  |  | 48 - Cognome                               |  | 49 - Cidade             |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 50 - UF                 |  |
| Dados do Consultante |  | 51 - Cognome                               |  | 52 - Cidade             |  |
| Nome do Consultante  |  | 53 - Cognome                               |  | 54 - UF                 |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 55 - Cidade             |  |
| Dados do Consultante |  | 56 - Cognome                               |  | 57 - UF                 |  |
| Nome do Consultante  |  | 58 - Cognome                               |  | 59 - Cidade             |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 60 - UF                 |  |
| Dados do Consultante |  | 61 - Cognome                               |  | 62 - Cidade             |  |
| Nome do Consultante  |  | 63 - Cognome                               |  | 64 - UF                 |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 65 - Cidade             |  |
| Dados do Consultante |  | 66 - Cognome                               |  | 67 - UF                 |  |
| Nome do Consultante  |  | 68 - Cognome                               |  | 69 - Cidade             |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 70 - UF                 |  |
| Dados do Consultante |  | 71 - Cognome                               |  | 72 - Cidade             |  |
| Nome do Consultante  |  | 73 - Cognome                               |  | 74 - UF                 |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 75 - Cidade             |  |
| Dados do Consultante |  | 76 - Cognome                               |  | 77 - UF                 |  |
| Nome do Consultante  |  | 78 - Cognome                               |  | 79 - Cidade             |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 80 - UF                 |  |
| Dados do Consultante |  | 81 - Cognome                               |  | 82 - Cidade             |  |
| Nome do Consultante  |  | 83 - Cognome                               |  | 84 - UF                 |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 85 - Cidade             |  |
| Dados do Consultante |  | 86 - Cognome                               |  | 87 - UF                 |  |
| Nome do Consultante  |  | 88 - Cognome                               |  | 89 - Cidade             |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 90 - UF                 |  |
| Dados do Consultante |  | 91 - Cognome                               |  | 92 - Cidade             |  |
| Nome do Consultante  |  | 93 - Cognome                               |  | 94 - UF                 |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 95 - Cidade             |  |
| Dados do Consultante |  | 96 - Cognome                               |  | 97 - UF                 |  |
| Nome do Consultante  |  | 98 - Cognome                               |  | 99 - Cidade             |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 100 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 101 - Cognome                              |  | 102 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 103 - Cognome                              |  | 104 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 105 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 106 - Cognome                              |  | 107 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 108 - Cognome                              |  | 109 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 110 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 111 - Cognome                              |  | 112 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 113 - Cognome                              |  | 114 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 115 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 116 - Cognome                              |  | 117 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 118 - Cognome                              |  | 119 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 120 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 121 - Cognome                              |  | 122 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 123 - Cognome                              |  | 124 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 125 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 126 - Cognome                              |  | 127 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 128 - Cognome                              |  | 129 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 130 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 131 - Cognome                              |  | 132 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 133 - Cognome                              |  | 134 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 135 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 136 - Cognome                              |  | 137 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 138 - Cognome                              |  | 139 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 140 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 141 - Cognome                              |  | 142 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 143 - Cognome                              |  | 144 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 145 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 146 - Cognome                              |  | 147 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 148 - Cognome                              |  | 149 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 150 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 151 - Cognome                              |  | 152 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 153 - Cognome                              |  | 154 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 155 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 156 - Cognome                              |  | 157 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 158 - Cognome                              |  | 159 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 160 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 161 - Cognome                              |  | 162 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 163 - Cognome                              |  | 164 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 165 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 166 - Cognome                              |  | 167 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 168 - Cognome                              |  | 169 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 170 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 171 - Cognome                              |  | 172 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 173 - Cognome                              |  | 174 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 175 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 176 - Cognome                              |  | 177 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 178 - Cognome                              |  | 179 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 180 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 181 - Cognome                              |  | 182 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 183 - Cognome                              |  | 184 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 185 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 186 - Cognome                              |  | 187 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 188 - Cognome                              |  | 189 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 190 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 191 - Cognome                              |  | 192 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 193 - Cognome                              |  | 194 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 195 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 196 - Cognome                              |  | 197 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 198 - Cognome                              |  | 199 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 200 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 201 - Cognome                              |  | 202 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 203 - Cognome                              |  | 204 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 205 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 206 - Cognome                              |  | 207 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 208 - Cognome                              |  | 209 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 210 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 211 - Cognome                              |  | 212 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 213 - Cognome                              |  | 214 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 215 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 216 - Cognome                              |  | 217 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 218 - Cognome                              |  | 219 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 220 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 221 - Cognome                              |  | 222 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 223 - Cognome                              |  | 224 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 225 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 226 - Cognome                              |  | 227 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 228 - Cognome                              |  | 229 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 230 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 231 - Cognome                              |  | 232 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 233 - Cognome                              |  | 234 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 235 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 236 - Cognome                              |  | 237 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 238 - Cognome                              |  | 239 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 240 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 241 - Cognome                              |  | 242 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 243 - Cognome                              |  | 244 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 245 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 246 - Cognome                              |  | 247 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 248 - Cognome                              |  | 249 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 250 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 251 - Cognome                              |  | 252 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 253 - Cognome                              |  | 254 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 255 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 256 - Cognome                              |  | 257 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 258 - Cognome                              |  | 259 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 260 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 261 - Cognome                              |  | 262 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 263 - Cognome                              |  | 264 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 265 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 266 - Cognome                              |  | 267 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 268 - Cognome                              |  | 269 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 270 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 271 - Cognome                              |  | 272 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 273 - Cognome                              |  | 274 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 275 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 276 - Cognome                              |  | 277 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 278 - Cognome                              |  | 279 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 280 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 281 - Cognome                              |  | 282 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 283 - Cognome                              |  | 284 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 285 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 286 - Cognome                              |  | 287 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 288 - Cognome                              |  | 289 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 290 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 291 - Cognome                              |  | 292 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 293 - Cognome                              |  | 294 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 295 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 296 - Cognome                              |  | 297 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 298 - Cognome                              |  | 299 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 300 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 301 - Cognome                              |  | 302 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 303 - Cognome                              |  | 304 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 305 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 306 - Cognome                              |  | 307 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 308 - Cognome                              |  | 309 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 310 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 311 - Cognome                              |  | 312 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 313 - Cognome                              |  | 314 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 315 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 316 - Cognome                              |  | 317 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 318 - Cognome                              |  | 319 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 320 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 321 - Cognome                              |  | 322 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 323 - Cognome                              |  | 324 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 325 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 326 - Cognome                              |  | 327 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 328 - Cognome                              |  | 329 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 330 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 331 - Cognome                              |  | 332 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 333 - Cognome                              |  | 334 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 335 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 336 - Cognome                              |  | 337 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 338 - Cognome                              |  | 339 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 340 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 341 - Cognome                              |  | 342 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 343 - Cognome                              |  | 344 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 345 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 346 - Cognome                              |  | 347 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 348 - Cognome                              |  | 349 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 350 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 351 - Cognome                              |  | 352 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 353 - Cognome                              |  | 354 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 355 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 356 - Cognome                              |  | 357 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 358 - Cognome                              |  | 359 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 360 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 361 - Cognome                              |  | 362 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 363 - Cognome                              |  | 364 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 365 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 366 - Cognome                              |  | 367 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 368 - Cognome                              |  | 369 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 370 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 371 - Cognome                              |  | 372 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 373 - Cognome                              |  | 374 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 375 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 376 - Cognome                              |  | 377 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 378 - Cognome                              |  | 379 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 380 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 381 - Cognome                              |  | 382 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 383 - Cognome                              |  | 384 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 385 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 386 - Cognome                              |  | 387 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 388 - Cognome                              |  | 389 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 390 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 391 - Cognome                              |  | 392 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 393 - Cognome                              |  | 394 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 395 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 396 - Cognome                              |  | 397 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 398 - Cognome                              |  | 399 - Cidade            |  |
| 11076                |  | 22625                                      |  | 400 - UF                |  |
| Dados do Consultante |  | 401 - Cognome                              |  | 402 - Cidade            |  |
| Nome do Consultante  |  | 403 - Cognome                              |  | 404 - UF                |  |
| 11076                |  | 001873                                     |  | 405 - Cidade            |  |
| Dados do Consultante |  | 406 - Cognome                              |  | 407 - UF                |  |
| Nome do Consultante  |  | 408 - Cogn                                 |  |                         |  |

| GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE<br>DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 | 2 - Nº Guia no Prestador <b>449693</b> |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
|---|---|--|---|--|--|--|---------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|---|------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 1 - Registro ANF<br><b>321044</b>   | 2 - Número da Guia Principal<br>_____   | 3 - Data da Autorização<br>_____                         | 4 - Série<br>_____                                  | 5 - Validade da Guia<br>_____                  | 6 - Data Vencimento de Guia<br>_____       | 7 - Número da Guia Ativada para Consultas<br>_____ | ÁREA AMARELA                    |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| Dados do Beneficiário   |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 8 - Número da Carteira<br><b>00335200001002710</b>                                    | 9 - Validade da Carteira<br>_____   | 10 - Nome<br><b>BIANCA MEDEIROS ESPINOLA</b>             | 11 - Código Nacional de Saúde<br>_____              | 12 - Atendimento a R\$<br><b>N</b>             |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| Dados do Solicitante  |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 13 - Código da Operadora<br><b>110176</b>   | 14 - Nome do Contratado<br><b>UNIMED J PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO</b> | Dr. Elivaldo<br>022-9918-1833-0600<br>Hospital Unimed JP |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 15 - Nome do Profissional Solicitante<br><b>ELIVALDO SALES DE TOLEDO</b>              | 16 - Conselho Profissional<br><b>6</b>  | 17 - Número no Conselho<br><b>001873</b>                 | 18 - UF<br><b>25</b>                                | 19 - Código CBO<br><b>225225</b>               | 20 - Atendimento a R\$<br><b>C</b>         |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| Dados da Solicitação / Procedimento e Exames Solicitados                              |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 21 - Caráter Atendente<br><b>2</b>  | 22 - Data da Solicitação<br><b>05/02/2018</b>                                 | 23 - Indicação Clínica<br>contusão mão direita.          | 24 - Tabela<br><b>22</b>                            | 25 - Código do Procedimento<br><b>43001120</b> | 26 - Descrição<br>Rx : Marca : procedente  | <i>Pisada</i>                                      | 27 - Gide. Soc.<br>_____        | 28 - Gide. Aut.<br>_____                   |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| Dados do Contratado Executante  |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 29 - Código da Operadora<br><b>110176</b>   | 30 - Nome do Contratado<br><b>UNIMED J PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO</b> | 31 - Código CNES<br><b>2056724</b>                       |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| Dados de Atendimento  |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 32 - Tipo Atendimento<br>_____  | 33 - Iniciação do Atendimento (Acidente ou Doença Relacionada)<br>_____       | 34 - Tipo de Consulta<br>_____                           | 35 - Módulo de Encerramento do Atendimento<br>_____ |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| Dados de Execução / Procedimentos e Exames Realizados                                 |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 36 - Data<br>_____  | 37 - Hora Início<br>_____   | 38 - Hora Final<br>_____                                 | 39 - Tabela<br>_____                                | 40 - Código do Procedimento<br>_____           | 41 - Descricao<br>_____                    | 42 - Ofisa<br>_____                                | 43 - Vis<br>_____               | 44 - Fec<br>_____                          | 45 - Fai Rec/Access<br>_____    | 46 - Profissional Unimed(x)     | 47 - Unimed(x)                  | 48 - Unimed(x)                         |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 49 - Seq Ref<br>_____   | 49 - Grav Part<br>_____   | 49 - Código da Operadora CPT<br>_____                    | 51 - Nome do Profissional<br>_____                  | 52 - Cons Profissional<br>_____                | 53 - Número no Conselho<br>_____           | 54 - UF<br>_____                                   | 55 - Código CBO<br>_____        |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 56 - Data de Realização de Procedimento em Sistema<br>_____                           |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  | 57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>_____ | 58 - _____                   | 59 - _____ | 60 - _____ | 61 - _____ | 62 - _____ | 63 - _____ | 64 - _____ | 65 - _____ |
| 56 - Observações / Justificativa<br>_____   |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 66 - Total Recaudamento (R\$)<br>_____  | 67 - Total Taxas e Auxílio (R\$)<br>_____                                     | 68 - Total Multas (R\$)<br>_____                         | 69 - Total de CPMF (R\$)<br>_____                   | 70 - Total de Multa CPMF (R\$)<br>_____        | 71 - Total de Guotas Multas (R\$)<br>_____ | 72 - Total Gotea (R\$)<br>_____                    | 73 - Total Gotea (R\$)<br>_____ | 74 - Total de Guotas Multas (R\$)<br>_____ | 75 - Total Gotea (R\$)<br>_____ | 76 - Total Gotea (R\$)<br>_____ | 77 - Total Gotea (R\$)<br>_____ | 78 - Total Gotea (R\$)<br>_____        |   |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| 66 - Assinatura do Responsável pela Autorização<br><i>Suelio Moreira Torres</i>       |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  | 79 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável<br>_____ |                              |            |            |            |            |            |            |            |
| Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 05/02/2018 08:28:54                                |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  | Atendimento: 1738728                                    | Convenio: UNIMED JOAO PESSOA | Barcode    |            |            |            |            |            |            |
|   |   |  |   |  |  |  |                                 |  |                                 |                                 |                                 |  | 1738728   |                              |            |            |            |            |            |            |            |



lais.domingos em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERIO URQUIZA WANDRELLY - 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. 36

Bianca M. Espíndula



Imagem Radiográfica

Diagnóstico Frat. Escapóide USD  
UVE: Exame RC em Anexo

Onde se encontra o fragmento ósseo no interior da articulação escapóidea. O fragmento ósseo é de origem articular e provavelmente pertence ao processo coracoides do úmero. A articulação escapóidea é uma articulação sinovial que une o úmero ao scapula.

Assinatura Dr. Antônio Lacerda  
CRM-PB 5078  
Tel. 991642753 / 991415983

07.03.18



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

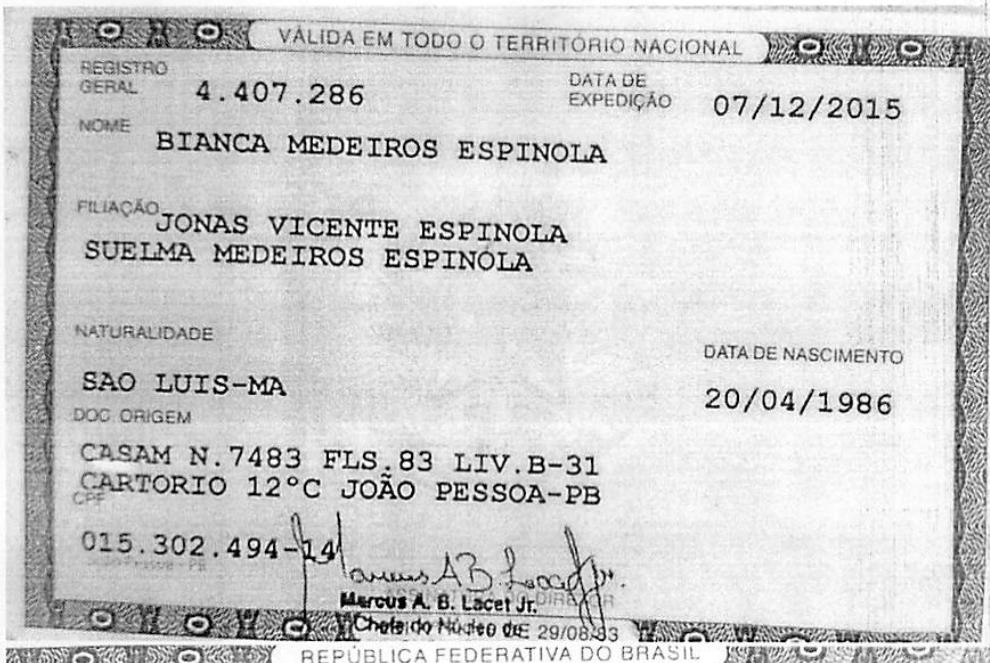
[www.ortotraumamedical.com.br](http://www.ortotraumamedical.com.br)

[/ortotraumamedicalcenter](https://www.facebook.com/ortotraumamedicalcenter)

[@ortotraumamedical](https://www.instagram.com/ortotraumamedical/)

Diretor Técnico: André Luis Lopes Gomes de Siqueira CRM 6207/PB





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. 38

05/10/2018

Emissão Boletos Licenciamento

 DETRAN-PB Departamento Estadual  
de Trânsito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

| Nome:<br>LAERTHE DE MENEZES |                             | CPF/CNPJ<br>07417166407     | Nosso Número<br>0             |  |                         |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|-------------------------|
| Placa<br>MOP9267            | Chassi<br>9C2KD03208R006722 | Código Renavan<br>941881679 | Data Vencimento<br>31/10/2018 | Data Emissão<br>05/10/2018<br>15:25:40 | Valor Documento<br>0,00 |

Discriminação dos Débitos:

Multas:

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

05/10/2018 15:25:40



[http://200.164.109.3:8080/BBDT\\_LICENCIAMENTO\\_2017/consulta?placaMask=mop-9267&display=web&pessoa=fisica&cpfMask=074.171.664-...](http://200.164.109.3:8080/BBDT_LICENCIAMENTO_2017/consulta?placaMask=mop-9267&display=web&pessoa=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 / MOTOCICLETA**                   **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 / MOTOCICLETA**  
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

## SEGURÓ DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Bianca Helder dos EspíndulosDATA DO ACIDENTE 05/10/2018 CPF DA VÍTIMA 015.302.496-14PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Bianca Helder dos EspíndulosQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COMA VÍTIMA É Bianca Helder dos EspíndulosENDERECO DO PORTADOR R. Roberto Franco de Oliveira,Nº 47 COMPLEMENTO - BAIRRO José AméricoCIDADE João Pessoa UF PB CEP 58041-319E-MAIL TELEFONE (83) 9 8863-6133

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA 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, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA 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, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

 CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

 MORTE = R\$ 13.500,00 INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC-DPVAT 0800 022 1204

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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

|  |  |
|--|--|
| PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE —            | RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA |
| DATA <u>05/10/2018</u>                         | DATA _____                                 |
| IDENTIDADE <u>Ind. 206.206.100-0</u>           | NOME _____                                 |
| ASSINATURA <u>M. E. M. J. V. M. Espíndulos</u> |  |



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367180/18

**Vítima:** BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

**CPF:** 015.302.494-14

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** BIANCA MEDEIROS  
ESPINOLA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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. 42



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> 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](http://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

Num. 34374321 - Pág. 1

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



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

Num. 34374321 - Pág. 2