



Número: **0800056-96.2020.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **29/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RICLEIDE BARBOSA DA SILVA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34193 143	11/09/2020 10:56	<u>2749429_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0354391/19** 3 - CPF da vítima: **052.995.304-80** 4 - Nome completo da vítima: **Ricicleide Barbosa da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Ricicleide Barbosa da Silva		6 - CPF: 052.995.304-80	
7 - Profissão: Agricultor	8 - Endereço: Sít Tabuleiro	9 - Número: 511	10 - Complemento: -
11 - Bairro: União Rural	12 - Cidade: Pedro Regis	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58243-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): 83 991928069	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0044** CONTA: **1084 94** (3) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Jacaré Pessoa, 33-02-2019**

Ricicleide Barbosa da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019



**RIZINALDO WANDERLEY DA SILVA
BT TABULEIRO DN - ANSA RURA -
PEDROPOLO II / PB CEP 58273000 IAG-14**

Ligeiro MONOFÁSICO
Classe REG VTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA REBDIA
Rótula 3-32-807-3080 Referência Set/2019
Medidor 00001226119 Emissão 06/09/2019

ENERGIA FÁRMEI - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-200, Km 25 - Centro Industrial - Jataí Fazenda PR - CEP 83011-400
CNPJ 00-016-REG/0001-40 - Fone/Fax: (61) 306-8220

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019 06/09/2019 08/10/2019 022.109.204-66

UC (Unidade Consumidora):

5/829855-6

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Lectura	Data	Lectura					
07/09/13	10616	05/09/13	10616			02		30
Demonstrativo								
CD - Descrição	Quantidade	Tarifa C	Vl. Bruto C	Cod. Ativ.	cmf(R) Vl. Bruto cmf(R)	cmf(R) Vl. Bruto cmf(R)	cmf(R) Vl. Bruto cmf(R)	
	Total(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	Perc(100%)	Perc(100%)	Perc(100%)	
0601 Consumo de 30kWh-BR	30.000	0.200100	6.00	0	0.00	6.00	0.00	117
0601 Consumo - 31 a 100kWh-BR	32.000	0.345000	10.87	0.00	0.00	10.87	0.11	245
0601 Ales B Vermelha			1.24	0.00	0	1.24	0.01	0.08
0613 Subsídio			19.95	0.00	0	19.95	0.23	831
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:								
0357 CONTRIBUIÇÃO CUMULATIVA		431	0.00	0	0.00	5.20	0.20	0.02
0356 VLRCS DEMORA 15/02/13		0.04	0.25	0	0.00	0.00	0.00	0.00
0357 MULTA 05/12/13		0.27	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.02
0358 Dev. da 01 Subsídio		-18.75	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.07

CCO Código de Classificação estatística - TOTAL 04-00 000 000 20-06 0-07 1-72

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
72 13/09/2019 R\$ 24,60

Histórico de Consumo (kWh)

10 1 70 1 70 1 81 1 76 1 72 1 11 1 131 1 80 1 66 1 78 1 62
2010 Q1 2010 Q2 2010 Q3 2010 Q4 2011 Jan'11 Feb'11 Mar'11 Apr'11 May'11 Jun'11 Jul'11 Aug'11

6ff0.0cc9.0b8e.8-69.6b74.43cf 6800 f528

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC-NOMINAL	0,03	NOMINAL
DC-TRIMESTRAL	13,74	220
DC-ANUAL	27,43	
DC-MENSAL	5,43	
FC-TRIMESTRAL	2,67	CONTRATADA
FC-ANUAL	1,35	LIMITE INFERIOR
FC-MENSAL	0,27	LIMITE SUPERIOR
CBUS	1,21	

Discriminación	Valor (B\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia/Filial	8.28	25,57
Companhias de Energia	0,33	0,11
Serviço de Transmissão	0,46	1,50
Empresas Setoriais	0,05	0,18
Respostas Diretas e Encaminhadas	2,38	8,04
Outros Serviços	0,90	0,00
Total	24,63	100,00

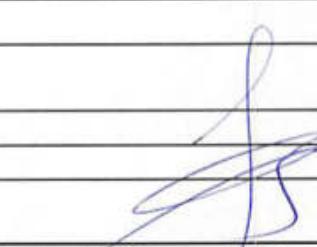
ATENÇÃO

...que um dia foi faturada como Banco Fimpa, teria um patrimônio de R\$ 5,75 bilhões. Tanto é que, em 2009/10, o BCB concedeu-lhe uma licença para operar no Brasil. Afinal, o que é que o Banco Fimpa fez para merecer esse tratamento? Nada, absolutamente nada.

Faturas em aberto

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 10:56:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200911055555420000032703631>
Número do documento: 200911055555420000032703631

Núm. 34193143 - Pág. 2

	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
NOME DO PACIENTE	RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	
DATA DE NASCIMENTO	02/08/83	
NOME DA MÃE	MARIA DA PAZ LUIZ	
DADOS EXTRAÍDOS		
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.156.025	
DATA DO ATENDIMENTO	14/04/19	
HORA DO ATENDIMENTO	19:23	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO	
CID 10	S02.4	
<u>AVALIAÇÃO INICIAL:</u>		
Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de motocicleta. Glasgow 15. Queixa-se de dor no torax, consciente orientada, dor em HTE, trauma de face. Apresenta fratura do zigomático esquerdo. Medicada. Orientada retorno para o HTOP.		
<u>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</u>		
TC de crânio		
RX de bacia		
RX de torax		
TC de face		
RX de coluna cervical		
Ultrassonografia		
<u>RESULTADOS DOS EXAMES:</u>		
Fratura do arco zigomático esquerdo.		
Fratura no assoalho e nas paredes lateral e medial da órbita esquerda		
<u>TRATAMENTO:</u>		
Medicada. Retorno para HTOP.		
ALTA HOSPITALAR:	15/04/19	
DATA DA EMISSÃO:	27/08/19	
 Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB		

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



10155



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, 99 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 6332165760

Boletim de Atendimento: 1156025



Identificação do paciente				
ID 1393636	Nome RICLEIDE BARBOSA DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 02/08/1983	Idade 35 anos 8 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA PAZ LUIS	Pai SEVERINO BARBOSA DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LARISSA DA CONCEICAO - SOBRINHO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991401376	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2854185	Nº Cns 700309935314334		
Local de procedência JACARAU	Tipo MUNICIPIO			UF PB
Email	Naturalidade MAMANGUAPE	CBO/R		
Endereço				
CEP 58273600	Município de residência PEDRO REGIS	UF PB	Logradouro MARIA FERREIRA	
Número 15	Complemento	Bairro SAO JOSE		
Admissão				
Date e Hora 14/04/2018 19:23:36	Número da pulseira 100007129642	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAÚDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Pára de saída Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos	<i>V. Causa de queda de moto, queimaduras TCC, foi socorrido pelo gr111 encaminhado ao CEM</i>			
Diagnóstico	<i>Desconhecido Fontes. COREN-PB, 546130 - ERF</i>			
Atendido por THATIANE MARQUEZ VIEIRA BRAGA				CID
				Tempo 14seg

imprimir

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Jardim Aristedes de Freitas - J.F.
UNIDADE ORIGEM: CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA
NOME DO PACIENTE: Ricardo Barbosa da Silva

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com 36 anos, do sexo masculino
Sujeito que desde Ajudinha a 07/04, com febre
de 38°C e cefaleia, A mesma foi desabilitada
e necessita de realização de TC do crânio
+ RAO + 21 Série no Pato o Faz em um dia
muito mal. paciente condicione-se e
ontem a noite se manteve.

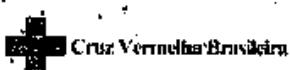
Hs. TCU?

14/04/19

Jacaraú/PB, 14 de 04 2019
de 2013.

Médico(a)

Rua Pres. João Pessoa, s/n - Centro - Jacaraú - PB
Telefone: 083-3301-1000



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	BAE 1156025	Data/Hora Entrada 14/04/2019 19:23:36	Data Baixa
Data de nascimento 02/08/1983	Idade 35a 8m 13d	Sexo Feminino	CNS 700309935314334
Mãe MARIA DA PAZ LUIS			Prontuário
Endereço MARIA FERREIRA, 15	Bairro SAO JOSE	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THIAGO GOMES MARTINS	Nº Cons. Regional 7624/PB
Data/Hora Classificação 14/04/2019 19:23:36		Data/Hora Prescrição 14/04/2019 23:29:37	
Anamnese			
NEUROCIRURGIA			
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA, COM HISTÓRIA DE AMNÉSIA PÓS TRAUMA E COM 1 UM EPISÓDIO DE VÔMITOS. RELATO DE LIBAÇÃO ALCOOLICA.			
AO EXAME: GLASGOW 15, EXAME NEUROLÓGICO SEM ALTERAÇÕES.			
TC DE CRÂNIO SEM ALTERAÇÕES FOCais OU DIFUSAS			
CD: ALTA DA NCR			
CID10			
Código	Descrição		
T14.9	Traumatismo não especificado		
Conduta			
Em observação			

Dr. Thiago Gomes Martins
Neurocirurgia e Trauma da Coluna
CRM-PB 7624 - Matr. 262

THIAGO GOMES MARTINS
(CRM: 7624/PB)

Boleto registrado por: THÁTIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 14/04/2019 19:23:59





POSTO I B

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSO - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454547

Paciente RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	BAE 1158025	Data/Hora Entrada 14/04/2019 19:23:36	Data Saída	
Data de nascimento 02/08/1983	Idade 35a 8m 13d	Sexo Feminino	CNS 700309936314334	Telefone de Contato (83) 991401376
Mae MARIA DA PAZ LUIS				Prontuário
Endereço MARIA FERREIRA, 15	Bairro SAO JOSE	Município. PEDRO REGIS	UF PB	
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO PAULO SOUTO CASADO	Nº Cons. Regional 11586/PB	
Data/Hora Classificação 14/04/2019 19:23:36		Data/Hora Prescrição 15/04/2019 00:39:18		
Anamnese				
#ORTOPEDIA				
PCTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO QUEIXA DE DOR EM TORAX ADM PRESERVADO NEUROVASCULAR PRESERVADO				
RX DE BACIA, PEDIDO PELA CG, SEM EVIDENCIAS DE FRATURAS OU LUXAÇÃO				
STAFF: DR ROBERTO ALMEIDA				
CD: ALTA DA ORTOPEDIA AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES				
Conduta				
Em observação				

*Dr. Júlio Antônio Guedes
158025
CRM-PB 11586*

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

JOÃO PAULO SOUTO CASADO
(CRM: 11586/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 14/04/2019 19:23:50





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CENTRO CIRURGICO

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	BAE 1156025	Data/Hora Entrada 14/04/2019 19:23:36	Data Baixa	
Data de nascimento 02/08/1983	Idade 35a 8m 13d	Sexo Feminino	CNS 760309935314334	Telefone de Contato (83) 991401376
Mãe MARIA DA PAZ LHS				Prontuário
Endereço MARIA FERREIRA, 15	Bairro SAO JOSE	Município PEDRO REGIS	UF PB	
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THYAGO DUAVY FERRER LIMA	Nº Cons. Regional 9766/PB	
Data/Hora Classificação 14/04/2019 19:23:36		Data/Hora Prescrição 15/04/2019 01:29:10		
Anamnese				
#CIRURGIA GERAL. PACIENTE VITIM DE QUEDA DE MOTO REFERINDO NAUSEAS E DOR VENTILATORIO DEPENDENTE. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA APRESENTANDO DOR EM HEMITORAX ESQUERDO. RX DE TORAX SEM EVIDENCIA DE FATURA POU CONTUSÃO PULMONAR.				
CD= ALTA DA CIRURGIA GERAL				
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?				
Conduta				
Em observação				

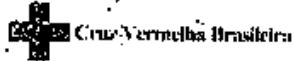
RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

THYAGO DUAVY FERRER LIMA

(0309766/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 14/04/2019 19:23:50





SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	BAE	1158025	Data/Hora Entrada	14/04/2019 19:23:36	Data Baixa	2019-04-15 02:39:03,0
Data de nascimento	02/08/1983	Idade	36a 8m 13d	Sexo	CNS	Telefone de Contato	(83) 991401376
Mês	MARIA DA PAZ LUIS					Prontuário	
Endereço	MARIA FERREIRA, 15	Bairro	SAO JOSE	Município	PEDRO REGIS	UF	PB
Acidente	QUEDA / OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	MARILENE ADJUTO MEIRA	Nº Cons. Regional	1383/PB
Data/Hora Classificação	14/04/2019 19:23:36			Date/Hora Prescrição	15/04/2019 02:39:10		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO A +- 12H, SEM USO DE CAPACETE, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE, NEGA VOMITO, SINCOPE, NÁUSEA, EPISTAXE, ALERGIA A MEDICAMENTOS, MAIS DOENÇAS DE BASE.

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADA, EUPNEICA, NORMOCORADA, VERBALIZANDO, DEAMBULANTE, AFEBRIL AO TOQUE, BEG.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITÁRIA ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL, MOVIMENTOS OCULARES E MANDIBULARES PRESERVADOS, BOA ABERTURA BUCAL, MAIS OCLUSÃO ESTÁVEL COM ESCORIAÇÕES EM REGIÃO FRONTAL ESQUERDA E MALAR ESQUERDO, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO.

AO EXAME DE IMAGEM, SUGESTIVO DE FRATURA DE PILAR ZIGOMÁTICO ESQUERDO, PAREDE POSTERIOR DE SEIO MAXILAR, PAREDE MEDIAL E LATERAL DE ORBITA, HEMASINOS.

CD-

1-EXAME FÍSICO

2-AVALIAÇÃO DO EXAME DE IMAGEM

3-ORIENTAÇÃO E REMARCAÇÃO PARA O HTOP NO DIA 22/04 AS 7H

4-ALTA DA BMF

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário

MARILENE ADJUTO MEIRA

Motivo de Alta

ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
15/04/2019 02:39:03

Observações

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Dra. Marilene Adjuto Meira
C.
MARILENE ADJUTO MEIRA
(CRM: 1383/PB)

Boletim registrado por: THATIENE MARQUES VIEIRA BRAGA em 14/04/2019 19:23:50



**CENTRO CIRÚRGICO**

Endereço: RUA PÉDRO GONDIM, S/N., JOÃO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente	RAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	118025	14/04/2019 19:23:36	
Dia de nascimento	Idade	Sexo	Teléfono do Contato
02/04/1983	034 Anos 12d	Feminino	(83) 391441378
Maria			Prontuário
MARIA DA PAZ LUIIS			
Endereço	Bairro	Município	UF
MARIA FERREIRA, 15	SAO JOSE	PEDRO REGO	PB
Avaliação	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FERNANDO RAMALHO DINIZ	2797APB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
14/04/2019 19:23:36		14/04/2019 20:19:18	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, HÁ +/- 06 HORAS, ORIUNDA DO JACARAUÍ E TRAZIDA PELA AMBULÂNCIA MUNICIPAL, COM HISTÓRIA PANCADA NA CABEÇA EVOLUINDO COM SONOLÊNCIA E CEFALÉIA E SUFUSSES PERIORBITAIS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO.

AO EXAME ATLS:

- A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS SEM COLAR CERVICAL, RESPIRANDO EXPONTANEAMENTE.
SPO2=100%.
- B: MV+ EM AHTs SEM RAEUPNÉICO.
- C: PULSO CHEIO, FC=98 bpm. CORADO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.
- D: GLASGOW 15, VIGIL, PUPILLAS FOTOREAGENTE E ISOCÓRICAS. MOTRICIDADE PERIFÉRICA MANTIDA EM PRANCHA DE RESGATE.
- E: ABDOMEN LIVRE E PELVE ESTÁVEL.
- F: EXTREMIDADES SEM ANORMALIDADES.

QM: ANALGESIA + ROTINA ATLS + PARÉCERES ORTO/ONCR

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOU LA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

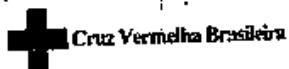
Conduta

Em observação

FERNANDO RAMALHO DINIZ

(2797APB)

Dr. Fernando Ramalho
CRM 297
Cirurgia Aparelho Digestivo,
e Video Cirurgia Geral



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Parecer Médico:

Parecer Médico		Idade	Prontuário
Nome	RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	35A 8M 12D	
Boletim de Atendimento	Data da Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade
1156025	14/04/2019 19:23:36		56min
Convênio	Lcito	Clinica	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL	
Parecer médico		Profissional	
Especialidade	BUCOMAXILOFACIAL		
Motivo da solicitação	TRAUMA DE FACE	Data da Solicitação:	14/04/2019 20:18:09
Parácer		Data de Resposta:	

Dr. Fernandu Romualdo
Estúdio Odontológico
Centro - João Pessoa - PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932055228

Data Nasc: 02/08/1983 - 35 anos

Paciente: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Data Exame: 27/04/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

Técnicas:

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

Análise:

Controle nos cirúrgicos com fixação das paredes do seio maxilar

Fratura do arco zigomático esquerdo

Fraturas no assoalho e nas paredes lateral e medial da órbita, com desalinhamento e cavalgamento de fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se conteúdo hipodeno no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

Demais selos da face preservados.

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

Este laudo foi liberado em 27/04/2019 15:49.


Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 6829



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 10:56:00
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200911105555420000032703631>
Número do documento: 200911105555420000032703631

Núm. 34193143 - Pág. 12



Atendimento: 201932029151

Data Nasc: 02/08/1983 - 35 anos

Paciente: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Data Exame: 14/04/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a Idade.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.
Não há sinais de coleções extra-axiais.
Calota craniana sem alterações.

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

Este laudo foi liberado em 14/04/2019 21:24.


Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB





Atendimento: 201932029151

Data Nasc: 02/08/1983 - 35 anos

Paciente: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Data Exame: 14/04/2019

ULTRA-SONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (FAST)

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

Não há líquido livre na cavidade abdominal.

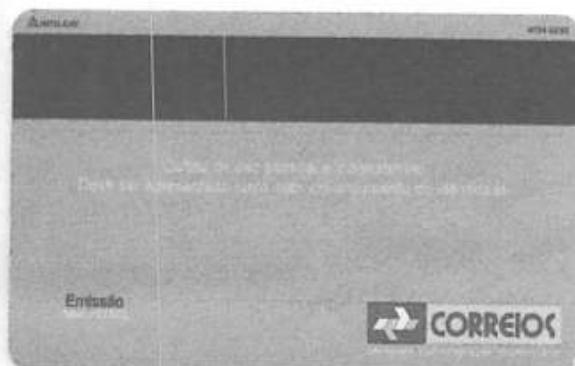
Demais órgãos abdominais passíveis de análise sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

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

Este laudo foi liberado em 14/04/2019 21:00 .


Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 10:56:00
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091110555554200000032703631
Número do documento: 20091110555554200000032703631

Num. 34193143 - Pág. 15

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 012710841993
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	DATA	EXERCÍCIO
L	PRT 0100632143-5	20170000022966-5	2017
A	NOME		
C	ANEZIO ALVES		
R	CPF / CNPJ	PLACA	
E	40425010449	NQI5232/PB	
G	ANO FAB.		CHASSI
O	NOVO		9C2HB0210ER419714
N	ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL
S	PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		GASOLINA
M	MARAÇA / MODELO		ANO MOD.
H	HONDA/POP100		2013 2014
D	CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
A	2 P/97	/CT	PARTIC PRETA
I	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
P		00/00/0000	1 ^a
V	FADA LIVRA	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^a
A	*****	0	3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
***** SEGURADO P A G O 25/01/2017			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
PEDRO		DATA	16195
		26/01/2017	
Assentorion Vieira da Silva Sócio Representante (DETRAN-PB)			
396			
RESPONSO			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 012710841993 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANEZIO ALVES

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 26/01/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
L	ANEZIO ALVES	
A	RENAVAM	MARAÇA / MODELO
C	1 40425010449	NQI5232/PB
R	PRÉMIO TARIFÁRIO HONDA/POP100	
E	FAB (R\$)	DETRAN (R\$)
G	2013 9	CUSTO DO SEGURO (R\$)
O	9C2HB0210ER419714	IOF (R\$)
N	CUSTO DO BILHETE (R\$)	
S	TABELA DE PAGO NO BILHETE (R\$)	
M	***** PAGAMENTO - SEGURADO P. A. T. B. D. O. E. Q. U. T. A. Ç. Ã. O.	
H	<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.388.000/0001-04

www.seguradoralider.com.br

16195-1057142-20170126

MAI / 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190579771 Cidade: Pedro Régis Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA Data do acidente: 14/04/2019 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
FRATURA DO ASSOALHO E NAS PAREDES LATERAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354391/19

Vítima: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

CPF: 052.995.304-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA : 052.995.304-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/10/2019
Nome: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA
CPF: 052.995.304-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190579771 Vítima: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14961237



Pág. 01235/01236 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 10:56:00
<http://pie.tjpj.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091110555554200000032703631>
Número do documento: 20091110555554200000032703631

Núm. 34193143 - Pág. 19



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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190579771 Vítima: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 27/08/2019, emitido pelo Dr. JOSÉ BRAGA CRM nº 2329 - PB, da Instituição HOSPITAL HUMBERTO LUCENA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01965/01966 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15002460



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 10:56:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009111055554200000032703631>
Número do documento: 2009111055554200000032703631

Num. 34193143 - Pág. 20



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: **035439119** 3 - CPF da vítima: **052.995.304-80** 4 - Nome completo da vítima: **Ricicleide Barbosa de Sávila**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Ricicleide Barbosa de Sávila	6 - CPF: 052.995.304-80		
7 - Profissão: Agricultor	8 - Endereço: Sít Tabuleiro	9 - Número: 31N	10 - Complemento: -
11 - Bairro: Chão Ruivo	12 - Cidade: Pedro Regis	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58233000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 83 991928048		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0044**

CONTA: **1084 94 3**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascer (ve/nascer)? 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?	34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 40 - Local e Data, _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

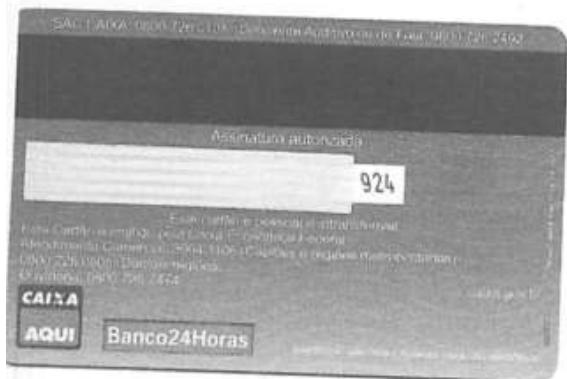
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 10:56:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091110555554200000032703631>
Número do documento: 20091110555554200000032703631

Num. 34193143 - Pág. 22



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 555/2019

DELEGACIA DE POLICIA
DE JACARAÚ
Estado da Paraíba

Aos 09 dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 10h:45min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA, conhecido por , RG nº 2.854.185-SSP/PB, CPF nº 052.995.304-80, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: união estável, profissão: agricultora, filho(a) de Severino Barbosa da Silva e Maria da Paz Luis, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 02/08/1983, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Barbosa da Silva, S/N, nº , bairro: São José-Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: pátio de vaquejada, fone(s) para contato: (83) 99140-2643.

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

1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**

2) DATA DO FATO: 14 de abril de 2019;

3) HORÁRIO: 14h:0min;

4) LOCAL: Estrada de areia nº , bairro Sítio Pitanguinha-Jacaraú/PB;

5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas de João Pessoa;

6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;

7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? não;

8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/POP 100, NIV: 9C2HB0210ER419714, cor preta, ano/modelo: 2013/2014, placa: NQI-5232/PB, licenciada em nome de ANÉZIO ALVES.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE a vítima conduzia o veículo acima mencionado quando, em um determinado trecho de areia, perdeu o controle do veículo e caiu; QUE foi socorrida por uma ambulância da cidade de Pedro Régis, levada para o hospital de Jacaraú e posteriormente encaminhada para o hospital de Traumas de João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitou.

Ricleide Barbosa da Silva.

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA
Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/AgenteMat nº 155.335-6