



Número: **0807280-11.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35089461	05/10/2020 09:42	2755120_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348907

Vítima: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

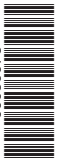
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14371759

Pag. 00149/00150 - carta_01 - INVALIDEZ

00030075





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

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190348907

Vítima: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000041497-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0174714134 CPF da vítima: 031.356.054-42 Nome completo da vítima: JOSINO DE SOARES DA SILVA BRANDELISTA

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

Nome completo: JOSINO DE SOARES DA SILVA BRANDELISTA CPF: 031.356.054-42
Profissão: Adv. Dançista Endereço: Rua Protona Número: 86 Complemento: -
Bairro: COSTA DO SOL Cidade: J. PESSOA Estado: RJ CEP: 58.100-000
E-mail: Tel. (DDD): 03199811-5088

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1036 CONTA: 10454970
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
Local e Data, Jucal Torres 28/09/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Josino de Soares da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0824 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: DANILO MANOEL DA SILVA CAMPELO	Posto/Graduação: CB/PM			
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: AV. Flávio Ribeiro Coutinho	Hora 17:37	Bairro Manaíra	Município: João Pessoa	UF PB	
Data da Ocorrência 11/11/2018	Dia da Semana Domingo	C/S Vitima (QT) Com 02	Tipo de Acidente Col. Transversal	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 Veiculos	Controle do tráfego Pista Dupla / Sentido Duplo			

CONDUTOR 01

Nome Valdir Soares Borges	Sexo Masculino	Nascimento 18/03/1971	RG 12172715				
Endereço Rua Celina Paiva nº 261, Mandacarú, João Pessoa PB. Tel.(083)98812 - 6205							
1ª Habilitação 12/04/2007	Categoria A	Registro CNH N.º 04075179100	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 16/01/2022	Usava cinto	Usava Capacete Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica		Destino do Condutor Socorrido ao Hospital de Trauma					

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Honda/XRE 300	Espécie Motocicleta	Placa QFD 4590	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Valdir Soares Borges					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013748689623	Renavan N.º 01023446445	Data da Emissão 30/10/2017		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor foi ouvido na sala do setor de BOAT do BPTran no dia 17/01/2019 as 12:10, declarou que: trafegava na via B na faixa da direita no sentido Cabo Branco/Bessa, quando aproximou-se do cruzamento com a via A, observou que o semáforo estava fechado, o mesmo parou quando deu saída, foi atingido pelo veículo que avançou o sinal vermelho e assim não foi possível evitar o acidente.

CONDUTOR 02

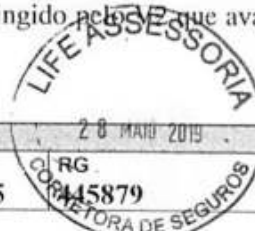
Nome Maria Zelita Mamede Santana	Sexo Masculino	Nascimento 08/09/1955	RG 45879				
Endereço Rua, Josemar Rodrigues de Carvalho, 436, Apto 506/ Jardim Oceania, João Pessoa, PB – Tel.(083)98896-0817							
1ª Habilitação 13/11/1997	Categoria B	Registro CNH N.º 02805993909	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 09/11/2022	Usava cinto Sim	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00 mg/l)		Destino do Condutor Permaneceu no local					

VEÍCULO 02

Marca/Modelo VW/Fox	Espécie Automóvel	Placa QFJ 5096	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Maria Zelita Mamede Santana					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 014201504049	Renavan N.º 0105644312	Data da Emissão 06/09/2018		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

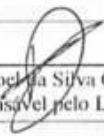
VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: trafegava na via A, na faixa da esquerda, sentido Praia/Centro, quando ao passar pelo cruzamento com o semáforo verde, de repente aconteceu o impacto sendo surpreendida.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/10/2020 09:42:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100509420694400000033534726
Número do documento: 20100509420694400000033534726



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE Ocorrência DE ACIDENTE DE TRâNSITO - BOAT Nº 0824 - 2018			
VÍTIMA 01			
Nome Valdir Soares Borges	Sexo Masculino	Nascimento 18/03/1971	Viajava no Veículo Nº V1
Endereço Rua Celina Paiva nº 261, Mandacaru, João Pessoa PB.			
Condição da Vitima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto	Usava Capacete
VÍTIMA 02			
Nome Josineide Soares da Silva	Sexo Feminino	Nascimento	Viajava no Veículo Nº V1
Endereço Rua Celina Paiva nº 261, Mandacaru, João Pessoa PB.			
Condição da Vitima Passageira	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto	Usava Capacete
CONSTATADO			
Constatado quando do levantamento que: no local foram encontrados vestígios de fricção das partes metálicas do V1, com o solo medindo 24 metros, iniciando no cruzamento com a via B. Não foi possível coletar melhores dados do C1, pois no momento, este recebia atendimento médico; os semáforos funcionavam normalmente. João Pessoa – PB, 07 de Dezembro de 2018 BATALHÃO DE TRâNSITO URBANO E RODOVIÁRIO Cópia de Conformidade com o Original EM: <u>21</u> / <u>01</u> / <u>2019</u> ASSINATURA  Danilo Manoel da Silva Campelo – CB PM Responsável pelo Levantamento			





EM BRANCO





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0824 / 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 21/10/2019

Danilo Manoel de Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0824 / 2018.

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 21/01/2019
ASSINATURA

Danilo Manoel da Silva Campelo CB PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0824 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda/XRE 300 Placa: QFD 4590 Responsável pelo Preenchimento: CB Silva Data: 11/11/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Elxo traseiro (tríciclos)		x	
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			0,0	

Observações: PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: VW/Fox Placa: QFJ 5096 Responsável pelo Preenchimento: CB Silva Data: 11/11/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
			Total Geral (Sim + NA)						0,0

Observações: PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 07 de Dezembro de 2018

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 21/01/2019
ASSINATURA

Danilo Manoel da Silva Campelo – CB PM
Responsável pelo Levantamento



EM BRANCO



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE	
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☒ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Vivo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	
Vítima deixou companheira): ☐ Sim ☐ Não	
Se a vítima deixou companheira), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascido (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou filhos: ☐ Sim ☐ Não	
Estou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a quem aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando cliente, 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.	

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ Bradesco (237)		☐ Itaú (341)		☒ Banco do Brasil (001)		☐ Caixa Econômica Federal (104)	
Nome do BANCO: _____		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		AGENCIA:		CONTA:		(Informar o dígito se existir)	
				AGENCIA:		CONTA:		(Informar o dígito se existir)	

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000041497-0

Nr. da Autenticação A3DAF4E449FDE94C



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 024.998.889



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 220, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56011-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Ext. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA SOARES DOS SANTOS
RUA PROJETADA 85
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/221181-1

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

16/05/2019

CONSUMO

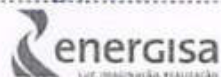
282

VENCIMENTO

23/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 264,92



DESTAQUE AQUI

MARIA DE FATIMA SOARES DOS SANTOS

Roteiro: 10-006-318-4080

83690000002-4 64920149000-4 02211812019-9 05800006019-2

Acesse: www.energisa.com.br

VENCIMENTO

23/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 264,92

MATRÍCULA

221181-2019-05-8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/10/2020 09:42:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100509420694400000033534726>

Número do documento: 20100509420694400000033534726

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica - Nº 024.012.368



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.923-0

DADOS DO CLIENTE

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

25/04/2019

CONSUMO

172

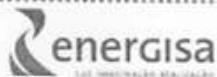
VENCIMENTO

03/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 158,77

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Roteiro: 16-006-213-1150

83620000001-3 58770149000-1 10823142019-2 04400006019-2

VENCIMENTO

03/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 158,77

MATRÍCULA

1082314-2019-04-4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/10/2020 09:42:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100509420694400000033534726>

Número do documento: 20100509420694400000033534726

Num. 35089461 - Pág. 16



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA
DATA DE NASCIMENTO	20/05/79
NOME DA MÃE	MARIA DE FATIMA SOARES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.121.565
DATA DO ATENDIMENTO	11/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	18:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DE PERNA DIREITA
CID 10	S82.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em membro inferior direito, dor na perna direita, dor em ombro direito, nega perda da consciência. Relato de presença de fratura exposta em perna direita. Paciente informa possibilidade de gravidez. Beta HCG negativo.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de bacia
RX de coluna cervical
RX de coxa direita
RX de joelho direito
RX de perna direita
RX de pé direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de perna direita.

TRATAMENTO:

Primeiro atendimento.

ALTA HOSPITALAR:	11/11/18
DATA DA EMISSÃO:	22/03/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



CERTIDÃO

Nº. 0577/2019

Atendendo solicitação de **JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº180840 e Prontuário nº 2018.11.1462 pertencente ao **MESMO** requerente foi atendido dia 12/11/2018 às 00H11min, vítima de colisão de moto x carro apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/11/2018 com alta médica dia 30/11/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de abril de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

FAX: ()

CNPJ:

Ficha Nr: 180840

Atd: Nao Regi

Data: 12/11/2018

Hora: 00:11:09

Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSINEIDE SOARES DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.11.001462

CNS: SEM GNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988770062

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/05/1979 Id: 39 ano(s)

End.: RUA / VILA DOS PESCADORES, 0

Bairro: PENHA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DE FATIMA SOARES DOS SANTOS

Pai: JOSEMIR ALEXANDRINO DA SILVA

Raca: PARD A etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DONA-DE-CASA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: IRMA/ JOSICLEIDE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO+CARRO HJ AS

Vitima de violencia por: 17:00, EM MANAIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADA DO HEETSHL, CONFORME
PACTUACAO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Queixa Principal

1A EM MID

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao



23/11/18 Psicologia

no momento, paciente consciente, orientada, contatante,
labilidade emocional, humor relaxado, ansiosa qnt
ao seu quadro clínico geral e próximo de recuperação.
Ainda elaborando a vítima do seu atropelamento,
que ocasionou fratura. Aguarda condições de ir para aguardar
cirurgia. Queixa-se de dificuldade para dormir e insônia.
Feita visita ativa e após 4

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Alana Gomes
Psicóloga
CRP-124129

Alana C.
Psicóloga
CRP-124129



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH
Anestesia e anti-ressaca
Aposição de campos estéril

Incisão:

Anterior em linha D

Achados:



Conduta:

Redução cruenta + fixação com placa DCP
de 8 furos + parafusos
Lavagem com SF 0,9%
Sutura por planos
Limpeza
Curativos
Radiografia de controle

Fechamento:

OBS:

Data: 29/11/18

Jr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabaira II, João Pessoa - PB.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

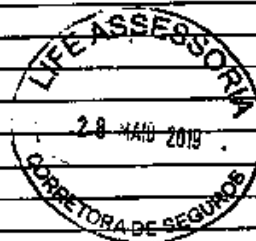
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Ex 200000 20 0000 D

Conduta: I - 1000 PI 1000 1000



[Handwritten signature]





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Suelio Santos da Silva</u>		Data da Admissão: <u>12/10/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
QPD: <u>2a em Para D No O3H</u>			
HDA: <u>Pr. B. Domingos 20 HOSPA em 221 a Rua D o</u> <u>Glória</u>			
			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em ____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____ [] Amnésia [] Libido [] Humor			

Rua Ag. Flacal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIX PASEP

162.38425.74-2

NÚMERO

1286097

SÉRIE

0040

UF

PB

Leinilde Soares da S. Evangelista

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO





JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

FILIAÇÃO.....: JOSEMIR ALEXANDRINO DA SILVA
MARIA DE FATIMA SOARES

NASCIMENTO.....: 20/05/1979 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL....: CASADO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO.....: C. I. 2397368 28/05/2007 SSDS PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 031.356.054-42 CNH.....:

TIT. ELEITOR: 25847691244 SEÇÃO: 0140 ZONA: 076

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 11/05/2012



Rodolfo R. Catão
Rodolfo Ramalho Catão
Superintendente Regional do Emprego na Paraíba

ASSI

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190348907 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINEIDE SOARES DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
EVANGELISTA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSINEIDE SOARES DA SILVA FRANCO LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: DIVORCIADA
Profissão: PAZ. DOMESTICA
Identidade: 2397368 CPF: 031.356.054-42
Endereço: UA PROTEJA - COSTA DO SOL - 85

OUTORGADO:

Nome: DANILLO DE ARAUJO NOGUEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: OUTO NOME
Identidade: 1929439 CPF: 021.762.164-31
Endereço: UA FRANCISCO MEDRADO R. COSTA DO SOL - 85

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima:

Data do sinistro: 11/11/2018 Natureza: INVALIDEZ

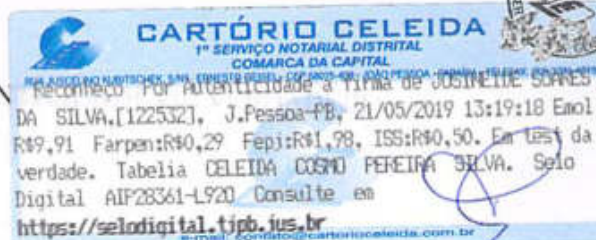
JOÃO PESSOA,

OUTORGANTE:

CPF:

NOME

OBS: RECONHECER FIRMA POR AUTÊN



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0179714/19

Vítima: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

CPF: 031.356.054-42

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/11/2018

Titular do CPF: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA : 031.356.054-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA
CPF: 031.356.054-42

JOSINEIDE SOARES DA SILVA EVANGELISTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

