



Número: **0834463-59.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/07/2017**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

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
<b>ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS (AUTOR)</b>	<b>MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS (REU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
35305 283	09/10/2020 09:27	<a href="#"><u>2756204_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>

---

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2017

Carta nº: 11199698

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170338301 ASL-0229897/17

**Vitima:** ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS  
**Data Acidente:** 29/11/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2017

Carta nº: 11266944

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

**Sinistro:** 3170338301 ASL-0229897/17  
**Vítima:** ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS  
**Data Acidente:** 29/11/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2017

Carta nº: 11338736

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Sinistro: 3170338301 ASL-0229897/17  
Vitima: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS  
Data Acidente: 29/11/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002849-5

Conta: 0000042640-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Lider - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

-0014-

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

Fl. ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

POR TADOR(A) DO RG Nº 4.343.249 EXPEDIDO POR SSP1PB EM 14/01/2013 E  
 CPF 404046424114 / CNPJ 00000000000000. PROFISSÃO: ESTUDANTE  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

SINCOR/PB

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 2849-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 42640-7

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

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

JOÃO PESSOA, 22 de maio de 2017

LOCAL E DATA

Elizandra dos Santos Matias

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradofranca.com.br](http://www.dpvatseguradofranca.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204

/05/95

TERM 00001781 AGENTE 700834 AUTE 60153  
COBAN:52933 LOJA:0001 PDV:001781  
14/06/2017 BANCO DO BRASIL 09:48:51  
001193301 CORRESPONDENTE BANCARIO 0083  
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

CLIENTE: ELIZANDRA D SANTOS MATIAS  
AGENCIA: 2849-5 CONTA: 42.640-7

DATA 14/06/2017  
NR. DOCUMENTO 115.293.300.083  
VALOR DINHEIRO [REDACTED]  
VALOR TOTAL [REDACTED]  
-----  
NR. AUTENTICACAO 7.E36.4E6.158.414.B01

VIA DO CLIENTE

PAG FACIL

SINCOR/PB

14 JUN. 2017



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
2<sup>ª</sup> Delegacia Sccional de Polícia Civil  
9<sup>ª</sup> Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 04183.01.2017.1.02.009**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04183.01.2017.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:30 horas do dia 04 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9<sup>ª</sup> Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Lídia Costa Veloso, matrícula 1560760, e lavrado por Carlos Antônio Duarte Félix, Escrivão de Polícia, matrícula 1356828, ao final assinado, compareceu **Severino Antônio dos Santos**, CPF nº 207.438.744-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Berardina da Conceição e Não Declarado, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 23/04/1952 (65 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Hermerson C. Bernardo, Nº 45, tendo como ponto de referência Próximo a Capelinha de Nossa Senhora da Luz, na cidade de Bayeux/PB, telefones(s) para contato (83) 98814-5881.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Próximo a Fábrica da Penalty, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/11/16 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 29/11/16, por volta das 20:00h, quando conduzia a motocicleta de marca I/WUYANG WY48Q-2, cor branca, ano 2013/2014, de placa OEU-7371/PB, chassi nº LWYMCA200E6010149, de sua propriedade, pela via paralela a Avenida Liberdade, próximo a fábrica da Penalty, no centro da cidade de Bayeux/PB, foi surpreendido por outra motocicleta de placa não identificada, a qual saindo de uma via transversal, atingiu o pé esquerdo de sua neta de nome **ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS**, brasileira, natural de Bayeux/PB, solteira, estudante, RG. 4.141.249-SSP/PB, que se encontrava como carona na citada motocicleta, tendo esta (**ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS**) sofrido fratura do tornozelo esquerdo, sendo conduzida ao Complexo Hospitalar de Mangabeira por terceiros, e que se submeteu a procedimentos médicos; QUE, acrescenta o notificante que este veio a sofrer lesões de natureza leve no braço esquerdo.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.682-8

João Pessoa/PB, 04 de maio de 2017.

*Severino Antônio dos Santos*  
SEVERINO ANTÔNIO DOS SANTOS  
Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
Escrivão de Polícia

**SINCOR/PB**

14 JUN. 2017

Procedimento Policial: 04183.01.2017.1.02.009

1/1



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, ELIZANDRA DOS SANTOS MATTIAS,  
portador da carteira de identidade nº 4.141.249-5581/PG e inscrito no  
CPF nº 704.046.424-34, residente e domiciliado na  
RUA HERMÈSON R. BERNARDO, 45 - KÁRIO SÁO VICENTE - IMACULADA,  
Cidade BAYEUX,

Estado PARAÍBA, 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:

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

**SINCOR/PB**

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

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

Elizandra dos Santos Mattias  
Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 22 DE MAIO DE 2017  
Local e data





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

portador da carteira de identidade nº 4.141.249 -SSP/PB e inscrito no CPF nº 704.046.424-33, residente e domiciliado na RUA HERMERSUN E BERNARDO, 45 LARGO SAO VICENTE - IMACULADA, Cidade BAYEUX,

Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

**SINCOR/PB**

20 JUN. 2017

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

X Elizandra dos Santos Matias

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

Local e data





## CERTIDÃO

Nº. 0378/2017

Atendendo solicitação de **ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de Nº909360 e Prontuário Nº 2016.11.002838 pertencente ao mesmo que foi atendida dia 29/11/2016 às 21h20min, vítima de queda de moto, relata dor em pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizou cirurgia dia 05/12/16 e alta médica dia 07/12/16.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorrel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

**SINCOR/PB**

João Pessoa, 20 de Março de 2017

Rosangela M. Escorrel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

14 JUN. 2017

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PI 3883



# 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: 14/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02849-5

CONTA: 000000042640-7

---

Nr. da Autenticação CDCB195F97B6CF21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:27:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909272450500000033733613>  
Número do documento: 20100909272450500000033733613

Num. 35305283 - Pág. 10



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS,

RG nº 4.344.249, data de expedição 14/04/2013,  
 Órgão SSP/PB, CPF nº 304.046.424-14, venho perante a este  
 instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu  
 nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito  
 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA HERMELSON C. BERNARDO</u>
Número	<u>45</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>LARGO SÃO VICENTE, IMACULADA</u>
Cidade	<u>BAYEUX</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.309-030</u>
Telefone de contato	<u>(83) 99302.2838</u>
E-mail	<u>SINCOR/PB</u>
	<u>14 JUN. 2017</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA / PB, 22/05/2017

X Elizandra dos Santos Matias  
Assinatura do Declarante



VALDETE SOARES DOS SANTOS  
RUA HERMOSO C. BERNARDO, 45 - SAO VICENTE  
BAYEUX / PB CEP: 58072401 (AG. 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA PENDA MONO-FÁSICO 3x230,4x230,4x230,4x230  
Razão: 13 E-672-3143 Referência: Ma/ 2017  
Nº medidor: 0000622110 Emissor: 22/05/2017  
Número Fazenda: Energia Elétrica PB200965720  
Data de emissão: 06/06/2017

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 39.085.129/0001-40 NIRE: 160158339  
Nº Fazenda: Energia Elétrica PB200965720  
Data de emissão: 06/06/2017

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/416672-4

Canal de contato

Maio / 2017

Declaração de Quatriso Anual de Débitos:

Apresentação

Confirme previsto na Lei 12.307 de 29 de junho de 2010.  
Informamos a quatria dos débitos referentes aos consumos  
anteriores regulares de energia elétrica da unidade  
consumidora para o período de 2015 e não ante a  
mesma. Esta declaração é feita para a comprovação  
de que não existem débitos da consumidora, ou quaisquer  
débitos da fatura mensal mais recente de 2015 e  
a que se refere, e dos anos anteriores.

22/05/2017

Parte Social de Energia Elétrica - TSEEE foi criada pelo nº  
43.458, de 28 de abril de 2002.

Data prevista da

proxima leitura

22/06/2017

CPF/CNPJ/RANI

9831198-03 Anterior Atual Constante Consumo Dias  
Data Leitura Data Leitura 1 207 32

20/04/17 14620 22/05/17 14733

Inst. Elet.

0

Facturas em aberto

Demonsitrativo

Descrição Quantidade

Consumo até 20Wn-BR 20

Consumo- 31 a 100Wn-BR 70

Consumo- 101 a 220Wn-BR 107

Adic. R. Vermelha

Subídio

ICMS

PIS

COFINS

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA

JUROS DE MORA 04/2017

VALOR DA FIDUCIA

Devolução Subídio

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

0

LOGRADOURO	BAIRRO	CEP
Largo São Vicente	Imaculada, Bayeux, PB	58309-010

SINCOR/PB

14 JUN. 2017





### Declaracio do Proprietário do Veiculo

EU, SIQUEIRA, ANTONIO DOS SANTOS

RG nº 564.040, data de expedição 15/05/2015 Órgão SSP/PA, portador do CPF nº 207.438.744-01, com Domicílio na cidade de BAYEUX, no Estado de PARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA HERMÉSON C. BORGES NARDO - SÃO VICENTE nº 45, complemento, C 454, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS, cujo o condutor era SEVERINO ANTONIO DOS SANTOS.

Veículo: PAS/CICLO MOTO/NÃO APLIC  
Ano: 2013/2014  
Modelo: I/WUYANG WY48Q-2  
Placa: OEV7373/PA  
Chassi: LWYMCB200E60J0149  
Data do acidente: 29/11/2016

SINCOR/PB

14 JUN 2017

Local e data: BAYEUX, 20 DE FEVEREIRO 2017

**Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)**

**Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)**

Y

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

 Santiago Pereira  
SEGURO VIDA E REGATAS

Av. Fabiano de Souza, 3455 - Bento  
Pantanal - CEP: 55303-000  
Fone: (041) 4216-1746



ATO

DE JOAO PESSOA

MANGABETRA

2 COSTA DUARTE, S/N

PESSOA Fone: (83) 3214-1990

3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 909360

Atd: Nao Requira

Data: 29/11/2016

Hora: 21:20:31

Recepção: TVANKA MARTINS DO NAS

Clinica: **Traumatolog**

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

Num. Prontuario: 2016.11.002838

CNIS: 201480096400002 Sexo: F IDENTIDADE: 4141249 Fone: 988234050

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 25/05/1995 Id: 21 ano(s)

Rua: RUA-GUSTAVO MARCIEU MONTEIRO, 1514

Bairro: SAO VICENTE Cidade: BAYEUX UF: PB

Mai: JOSAFAT MATIAS DOS SANTOS

Mae: MARIA EDNALVA SANTOS DA SILVA

Ocupação: ESTUDANTE



INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: A MAE

Tipo Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE UMA QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Pesct:

Altura:

[ ] Hemorragia

[ ] Dispneia

Cilicencia:

IMC:

[ ] Diarreia

[ ] Agitado

Circ. Abd:

Q2%:

[ ] Regular

[ ] Chocado

Quimica Principal

[ ] Vomito

Observacao

Trauma pé esquerdo

Nas. e alergia

Assinatura do enfermeiro  
Coren-PB 21.42

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

Med. de E. Atto  
IX de Tongos e APP

Diagnostico

Conduta

Dr. Raimundo Soares de Lacerda  
033.000.633 / CRM/PB 21.42  
CPF: 131.833.594-68

Prescriçao

Horario da medicacao

- Cetofen - Tefenadol -

SINCOR/PB

14 JUN. 2017



fall of the Bosphorus - 1 century,

Failure of Capital

Beale was fourth division  
of the 1st Regt. was sent  
out to the 2nd Regt. was a good

Data e Hora / PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Sept 14th 6 Young ch. complete A.D. 60  
at Saqqurri

Dr. R. H. Jones  
1919  
1920-1921  
GE 1921-1922

#### ANOTACOES DA ENFERMAGEM

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

## TESTING DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Páciente/Responsável

**Assinatura e Carinho do Médico**





## **FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA**

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>E. C. de Souza</i>			Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP: LR:
Data: <i>05/06/16</i>	Cirurgião: <i>Dr. J. M. P. de Souza</i>	1º Assistente: <i>Enfermeira</i>		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesiista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:	

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>Fibroma do NSE</i>		

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>Ressecção de fibroma</i>		<i>SINCOR/PB</i>
		<i>14 JUN 2017</i>

Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico		

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	① Decúbito do doceido dorsal rol arredondado
	② Vaso seco e laudo pro teli para de art. para exame ginecol.
<b>Incisão:</b>	③ Transcorre a DNB (B) no n.º 100, na art.
<b>Achados:</b>	④ Fixo na art. na sonda ginecol. no n.º 100, na art. de 100, na art. de 100, na art. 100, na art. 100.
<b>Conduta:</b>	⑤ Drenos: de art. e de art. na art.
	⑥ Cerramento: DNB B
<b>Fechamento:</b>	
<b>OBS:</b>	

Data: 11/11/2020

MÉDICO/CRM

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





## **LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

DADOS CLÍNICOS						EXAME CLÍNICO			
NAME	Elijaneth da Fonseca Nolas					EXAME CLÍNICO N°			
IDADE	21	SEXO	M	ERA	S	CLÍNICA	02		
DATA DE ADMISSÃO	29/11/16			DATA DE SAÍDA	07/12/16				
DIAGNÓSTICO INICIAL	Sintoma: Dengue								
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Sintoma: Dengue								
OUTROS DIAGNÓSTICOS	SINCOR/PB								
PRINCIPAIS EXAMES	O exame está pronto na farmácia								
PROCEDIMENTO REALIZADO:	14 JUN, 2017								
TELEFONICA MEDICAMENTOSA									
ANATOMIA PATOLÓGICA									
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	COLETA DE MATERIAIS	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA									
CONDICIONES DE SAÍDA	MELHORADO	REMÓVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO				
RESULTADO CLÍNICO	História: evolução terapêutica complexa com								
	Sintoma: Dengue								

ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA

**REPOUSO:** Relativa sem causa por dias.

Reforma ist zuvieldeutig vom politischen Recht aus gesehen, um eine eindeutige Rechtsprechung zu ermöglichen.

Resumo das atividades com estudo sobre leyes en **1999** e com estudo maior em **2000**

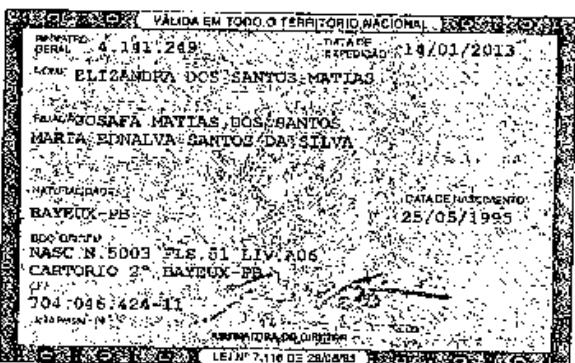
**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" na ferida, ou se houver febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.

## MEDICAÇÕES PARA CASA:

**RETORNO** Ao posto de atendimento ou Ambulatório do Ambulatório para retirada de pontos em 30 dias para revisão. 10 de

06/02/16. DATA PSS-MÉDICO / CRM  
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

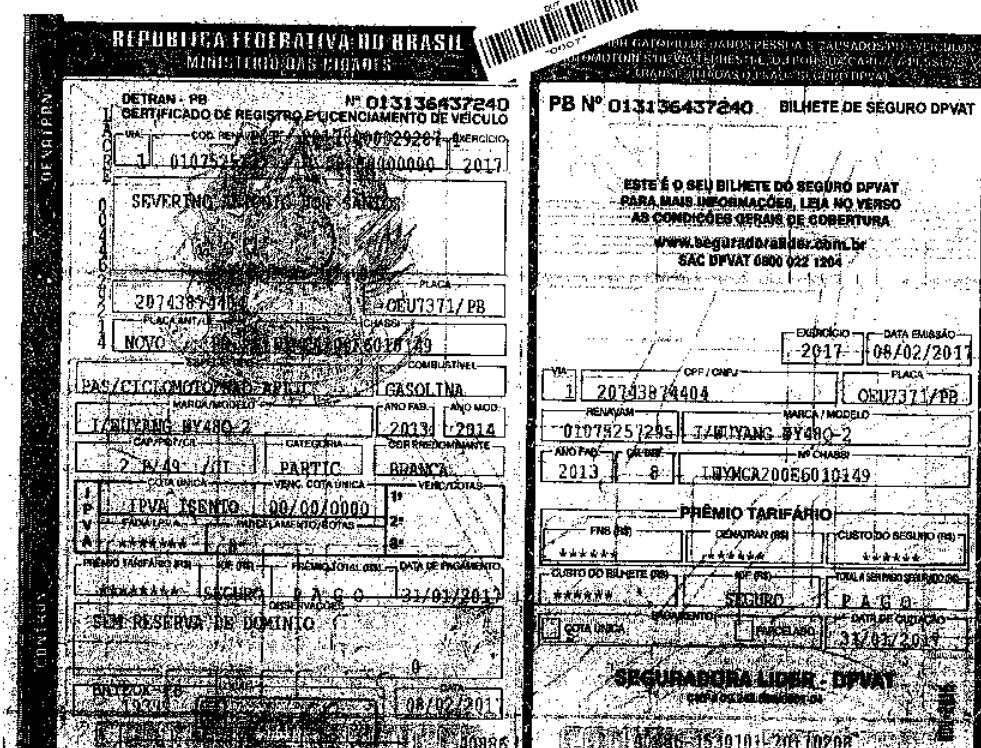




SINCOR/PB

14 JUN. 2017





SINCOR/PP

14 July 2017



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170338301      **Cidade:** joao pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS      **Data do acidente:** 29/11/2016      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:**

LIMITAÇÃO FUNCIONAL  
TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/TORNOZELO ESQUERDO:50% DE 25% = 12,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>		<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>	

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS** Sinistro: **3170338301** Data: **29/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **r hermerson c bernardo, 45 - L sao vicente Imaculada - Bayeux - PB - CEP 58309-010**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **4141249**

Data local do exame: [ **12/07/2017** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM CICATRIZ HIPERCRÔMICA E HIPERTROFICA MEDINDO 05 CM EM FORMA DE "L" NA FACE INTERNA DA REGIÃO MALEOLAR INTERNA DO TORNOZELO ESQUERDO, LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E OSTEOSÍNTESE COM FIO DE AÇO E PARAFUSO ESPONJOSO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do tornozelo esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Tornozelo esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 09:27:24  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100909272450500000033733613  
Número do documento: 20100909272450500000033733613

Num. 35305283 - Pág. 24

---

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2017

Carta n°: 11198182

A/C: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170338301 ASL-0229897/17  
**Vitima:** ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS  
**Data Acidente:** 29/11/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

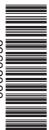
**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Pag. 01911/01912 - carta\_03

0066956  


Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

