



Número: **0875536-40.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GLAUCIA DIAS DOS SANTOS (AUTOR)	CRISTIAN DA SILVA CAMILO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44944 049	24/06/2021 14:50	<u>Petição</u>	Petição
44944 051	24/06/2021 14:50	<u>2765628_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
44944 055	24/06/2021 14:50	<u>2765628_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos
44934 924	24/06/2021 11:39	<u>Certidão</u>	Certidão

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505367400000042718324>
Número do documento: 21062414505367400000042718324

Num. 44944049 - Pág. 1

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: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000038757-5

Nr. da Autenticação 0F3E04AD4777AA92



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726>
Número do documento: 21062414505495700000042718726

Num. 44944051 - Pág. 1



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cima, 229 - Jardim João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

54968

R. T. B. 16.16

048-002

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JURANDI SOARES DA SILVA
RUA DES MARCOS A RIBEIRO, 6 - CRUZ DAS ARMAS JOÃO
PESSOA PB 58086-110

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.015.020.0193-000	1000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y10X397148	26/04/2011	JARDIM AURELIO VOU	1 - CADO	

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (L/M)	HORA DE LEITURA (H)	DATA DE LEITURA (D/M/A)
918	934	10	31	14.546,823	14:54	15/03/2019
HIST. CONS. / ANOR. LLETF. I QUALID. ÁGUA ANEXO		- 01/2019		- 01/2019		
FEV/2019	10	PARAMETROS		0	0	0
JAN/2019	10	TURBIDEZ		0	0	0
DEZ/2018	8	CLORO		0	0	0
NOV/2018	13	COL. TERMOT.		0	0	0
OUT/2018	9	COR		0	0	0
SET/2018	11	COL. TOTALS		0	0	0
MEDIA(%)	10	DADOS REFERENTES A: ANO = 0				

DATA DA IMPRESSÃO: 15/03/2019		HORA DA LEITURA (H)	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	14:54	(RS\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - R\$ 17,91 POR UNIDADE	10,11	17,91	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	6,11	12,44	
ESGOTO			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10,33	30,33	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	6,11	23,46	
ACRESCIMOS(MESSES) ANO: 11/2018		1,93	
JUROS DE HORA: 11/2018		1,48	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 11,20 P/100 UN. + IPI + ISS

VENCIMENTO:	Total a Pagar:	R\$ 125
24/03/2019		

CAGEPA
CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL

INFORMAÇÕES GERAIS:
SR. USUÁRIO EM 28/02/2019, REGISTRANDO QUILÔMETRO 14.546,823 M3
O COMPAREÇA AOS PÓSTOS DE ATENDIMENTO PARA PAGAR O VALOR
NA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726

Número do documento: 21062414505495700000042718726

Num. 44944051 - Pág. 2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Cinne Anagao
inscrito (a) no CPF/CNPJ 885.178.454-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Glacia Dias dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.313.614-99,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Glacia Dias dos Santos
inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.313.614-99, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Galdencio P. da Costa</u>	Número:	<u>95</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Água Fria</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58073-479</u>
E-mail:	<u>adriana.cinne.anagao@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>83-99639-8400</u>

Local e Data:

João Pessoa PB - 23/10/2019

Assinatura do Declarante

30 AGO. 2019

COMPREV
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DLDRL.001 V001/2017

Policlínica
Jaguaribe

A Policlínica da Sua Família

ESPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia

Gloria Dias dos Santos
RG: 244532903

VALDO

PACIENTE APRESENTA O CID 10:

T93.2 - TUMOR DE ES-
QUEDO DJS APRESENTE AUTOMI-
SISTICO. COM DRE, LIMITE-
ADO + CALCULOS E EDEMA
REFRACTARIO NO TECNOCONHE-
DO DJS, DJS + KISTOS E EN-
TUSIS DO MAMÍCULO LATERAL
COM RUMO ATENDIMENTO DR
JASIA J.

27

08

09

Dr. Glácia Bento de Junior
Clínica
Clinica de Consultas

O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, 5/N - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel:(83) 3612.1000

30 AGO. 2019



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 GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 30/04/81

NOME DA MÃE MARIA LUCIA DIAS DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO BOLETIM DE ATENDIMENTO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1073779

DATA DO ATENDIMENTO 05/04/18

HORA DO ATENDIMENTO 17:59

MOTIVO DO ATENDIMENTO CONTUSOES

DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO (TORNOZELO, COLUNA LOMBAR)

CID 10 T00

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR LOMBAR E NO TORNOZELO ESQUERDO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE BACIA, RX COLUNA LOMBO-SACRA, RX DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA

RESULTADOS DOS EXAMES:

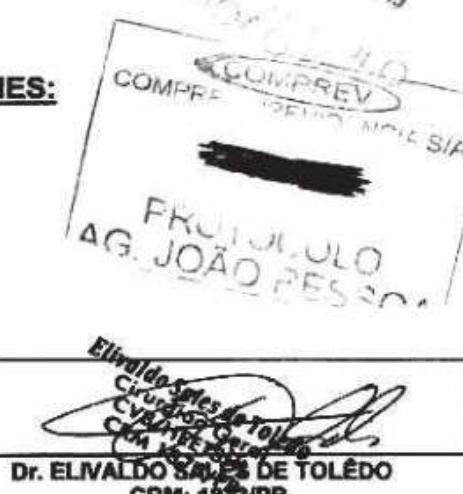
EXAMES - NORMAIS

TRATAMENTO:

MEDICADO

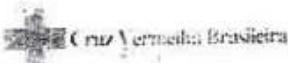
ALTA HOSPITALAR: 05/04/18

DATA DA EMISSÃO: 13/06/18



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





Identificação do paciente

ID 1277617	Nome GLACIA DIAS DOS SANTOS			Sexo Feminino
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36 anos 11 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS				Pai JOSE CARLOS DOS SANTOS
Escolaridade				Responsável (Parentesco) ELIANNE VARELA DE AGUIAR - OUTRO PARENTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988868494	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2445329	Nº Chs 708606502622184	Type BAIRRO	UF PB
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS			CBO/R	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			

Endereço

CEP 58086110	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO
Número 66	Complemento		Bairro CRUZ DAS ARMAS

Admissão

Data e Hora 05/04/2018 17:59:35	Número da pulseira 100005164157	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento PANCADA	Detalhe do incidente OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PR X	RR mmHg	P脉	Temperatura 99.
---------	------------	----	--------------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TL []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

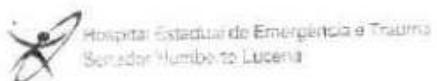
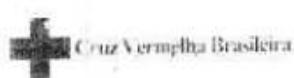
Dados clínicos

Intubação orofaringea devido a choque.
O paciente é intubado com tubo rígido de 7,0 mm.
Frequência cardíaca de 100 bpm.
Pressão arterial sistólica de 120 mmHg.

Diagnóstico

CC





SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
GLAUCIA DIAS DOS SANTOS		1073779	05/04/2018 17:59:35	
Data de nascimento:	Idade		CNS	Telefone de Contato
30/04/1981	36a 11m 0d	Feminino	708 592822184	(83) 988866494
Mãe				Prontuário
MARIA LUCIA DIAS SANTOS				
Endereço	Bairro		Município	UF
DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06	CRUZ DAS ARMAS		JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo		Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	PANCADA		ROBERTO PIRES DE ALMEIDA	7118/PB
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	
05/04/2018 17:59:35			05/04/2018 20:10:23	

Anamnese

TRAUMA TORNOCÉLIO ESQUERDO
DOR E EDEMA
RX SEM FRATURAS
CD ALTA ORTOPEDIA
IMOBILIZAÇÃO
SINTOMÁTICOS
AOS CUIDADOS DA NEURO

Conduta

Em observação

Referência:
Ortopedia e Traumatologia
Clínica da Próstata
CRM-PB 7118-127-713451

ROBERTO PIRES DE ALMEIDA
(CRM: 7118/PB)

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS



Boletim registrado por: ISABEL AMELIA BARBALHO PURPINHO RAMALHO em 05/04/2018 18:01:42

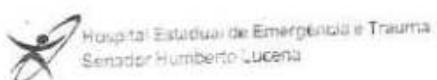
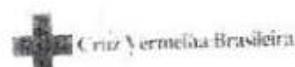
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controler=7&imprimirDadosAntecedentes=&performs=uniprimeirapaginadoc.htm&data=2009-04-09&pesquisa=S&performs=uniprimeirapaginadoc.htm



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726

Número do documento: 21062414505495700000042718726

**AREA VERMELHA**

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS	BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo: Feminino	Telefone de Contato (83) 988868494
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS	Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Endereço DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06	Motivo PANCADA	Profissional EVERTON SILVEIRA MACEDO	Nº Cons. Regional 11537/PB
Acidente OUTROS			
Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 18:30:53	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA, TRAZIDA PELOS BOMBEIROS EM PRANCHA RÍGIDA.

A: VIAS AÉREAS PERTIVIAS, EM USO DE COLAR CERVICAL

B: RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM DIFICULDADES

C: SEM SINAIS DE CHOQUE

D: GLASGOW: 15

E: HEMATOMA EM TORNOCÉLLO ESQUERDO.

QUEIXA-SE DE DOR LOMBAR E EM TORNOCÉLLO ESQUERDO

ABDOMÉ INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL

TORAX INDOLOR A PALPAÇÃO DE GRADIL COSTAL

DOR A MOVIMENTAÇÃO DE BACIA

DOR A PALPAÇÃO DE TORNOCÉLLO ESQUERDO, PULSO PEDIÓSICO PRESENTE

HD: QUEDA, DOR LOMBAR

CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE BACIA, LOMBAR, TORNOCÉLLO ESQUERDO

SOLICITO PARECER DO ORTO E DO NEURO

ANALGESIA

PACIENTE, NO MOMENTO, SEM PATOLOGIAS DA CIRURGIA GERAL

LIBERADO DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML DE SF0,9%)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIGRAFIA DE BACIA

RADIGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

RADIGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ESQUERDA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

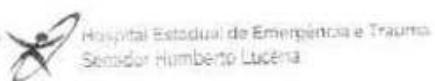
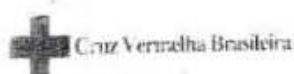
Conduta

Em observação

COMPREENSÃO
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA
 CID 10
 11537
 Gia Geral

Boleto registrado por: ISABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO em 05/04/2018 18:01:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726>

**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS	BAE 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981	Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	ONS 709606592822184
Mãe MARIA LUCIA DIAS SANTOS			Telefone de Contato (83) 988866494
Endereço DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 96	Bairro CRUZ DAS ARMAS	ML pjo JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo PANCADA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 05/04/2018 17:59:35		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 20:34:06	

Anamnese

PACIENTE COM QUEIXA DE LOMBALGIA APOS QUEDA DE MOTO.

SEM RELATO DE TCE.

SEM QUEIXA DE CERVICALGIA.

AO EXAME:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO

ECG 15

ASIA - E

SEM DEFICITS

RX COL LOMBAR:

AUSENCIA DE LISTESE/FRATURAS

CD: ANALGESIA

OBSERVAÇÃO

MEDICAÇÃO

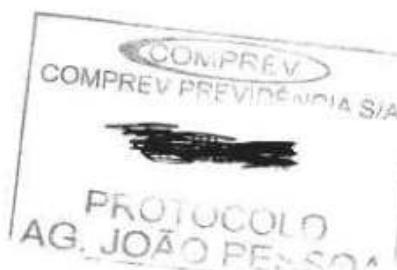
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

Em observação

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Boletim registrado por: IZABEL AMELIA BARBALHO PORRINO RAMALHO em 05/04/2018 17:59:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726

Número do documento: 21062414505495700000042718726

Num. 44944051 - Pág. 10

REIA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONÇALVES, JOÃO PESSOA - PB. 58013-000
Tel:
CNPJ: 61121221

3. CLAUDIO DIAS DOS SANTOS	IBAMA	08-01-2011	2010-04-15 2010-09-15
Data de nascimento	1968-01-01	74-2-000000000000000000	10-00-00 00-00-00
CPF/CNPJ	155.111.760-0001		00-00-0000000000000000
RG			10-00-00 00-00-00
4. PAULO LUCAS DIAS SANTOS	IBAMA		10-00-00 00-00-00
5. DESPORTISTA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06	ICRULZAS AFRIAS	00-00-0000000000000000	00-00-00 00-00-00
6. OUTROS	PANCADA	1000-000000000000000000	00-00-00 00-00-00

卷之三

ESTRATEGIA DE DESARROLLO SUSTENTABLE EN LA INDUSTRIALIZACIÓN DEL MUNICIPIO DE TAPACHULA

[ACCIDENTE COM QUIN](#)

REVISTA CLÍNICA DE GINECOLOGIA

卷之三

SEG, CONSCIENTE, ORIENTADO

- ECG 16

ASIA - IN
THE EIGHTIES

SEM DEFICITS
BY RENIL GAMBARI

ANEXO 4 DE LISTAS/FRATURAS

[View Details](#)

卷之三

ANSWER

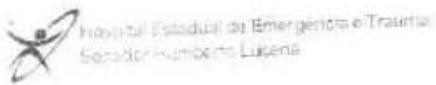
JOSE LUNES DE 5



DR. JOSÉ LOPES
NEUROCIRURGIA

卷之三





AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente GLAUCIA DIAS DOS SANTOS		BAL 1073779	Data/Hora Entrada 05/04/2018 17:59:35	Data Baixa
Data de nascimento 30/04/1981		Idade 36a 11m 6d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988868494
				Prontuário
Mãe				
MARIA LUCIA DIAS SANTOS		Bairro CRUZ DAS ARMAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Endereço DESPORT STA MARCOS ANTÔNIO RIBEIRO, 06			Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Acidente OUTROS	Motivo PANCADA		Data/Hora Prescrição 05/04/2018 20:35:27	
Data/Hora Classificação				

Anamnesis

Atalantese
PACIENTE COM QUEIXA DE LOMBALGIA APOS QUEDA DENTRO DE ÔNIBUS.

PACIENTE COM QUATRO SEM RELATO DE TCE

SEM RELATO DE ICE
SEM QUEIXA DE CERVICALGIA

SEM QUEIXA
AO EXAME

AO EXAME.
REG. CONSCIENTE. ORIENTADO

BEG. D
ECC. 15

EUG 15
ABIA E

ASIA - E
SEM DEFICITS

SEM DEFICITS BY CO-LOMBAR

RX COL LUMBAR

Conduta

Em observação

ESTADÃO DIAS DOS SANTOS

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM 7742/PB)



Este documento foi assinado por ISABEL AMELIA BARBALHO PORRINO RAMALHO em 06/04/2013 18:01:42.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726>
Número do documento: 21062414505495700000042718726

Núm. 44944051 - Pág. 12



Centras Naturas
Comércio e Transportes

MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - centro - João Pessoa - PB
Fones: (83) 322-3307 / 3221-3661

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que o Sr.(a) Cláudia
DIAS DOS SANTOS foi submetido à tratamento médico nesta data,
por motivo de doença CID N° 5926.
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de
30 dias, pr a partir desta data.

João Pessoa-PB:

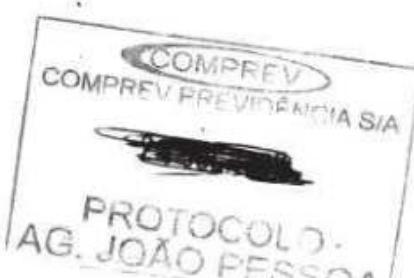
02,05,18

Assinatura, carimbo e CRM

AUTORIZAÇÃO

Autorizo o (a) Dr. (a) SUELIO MOREIRA TORRES
a registrar o diagnóstico codificado pela CID no presente atestado médico.
Resolução CRM 1819/2007

Assinatura do Paciente ou Responsável





Nome:

PL

Sua m. 200.

do santo

R. do oror

① Mioflex 2 - old
versão 1 4 de
SBL

MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - Centro

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661



0205/03

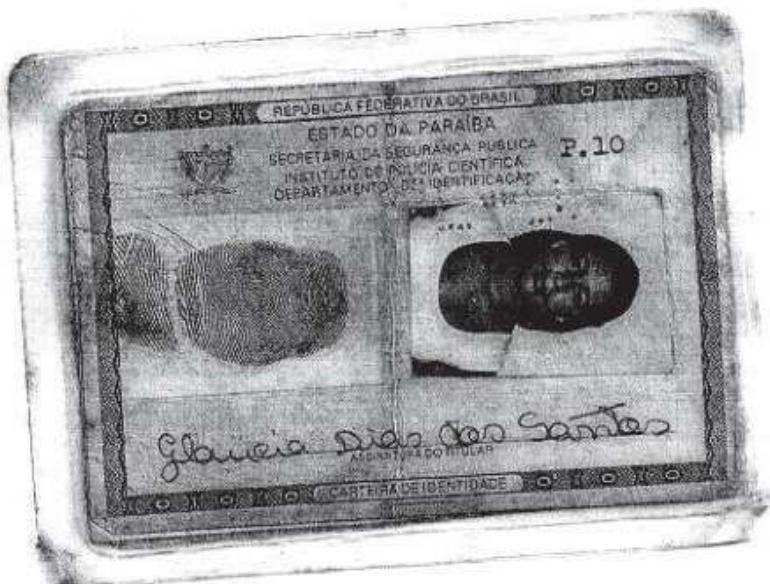


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726>

Número do documento: 21062414505495700000042718726

Num. 44944051 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726>
Número do documento: 21062414505495700000042718726

Num. 44944051 - Pág. 16

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190508058 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO TORNOZELO ESQUERDO COM ENTORSE LIGAMENTAR.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA LEVE EDEMA RESIDUAL, E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO
físico: ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE RESOLUÇÃO DA LESÃO , PORÉM RESULTOU EM EDEMA RESIDUAL E DISCRETA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/09/2019

Conduta mantida:

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Glaucia Dias dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Diarista, residente e domiciliado à Rua Rua Des. Marcos A. Ribeiro, nº 06, bairro Cruz das Almas, Município de Jacó Pessoa, Estado de(o) PB, CEP 58086-110, portador(a) do RG nº 244.5329, SSP/PB e CPF nº 046.313.614-99.

Outorgado: Adriana Cinne Aragão, brasileiro(a),
estado civil casada, profissão Adv. de Empresas, residente e domiciliado(a)
à Rua Galápagos P. da Costa, nº 95,
bairro Águas Fria, Municipio de João Pessoa, Estado
de (o) PB, CEP 58073-479, portador (a) do RG nº 1.615.999 SSP/ PB
e CPF nº 815.170.454-06.

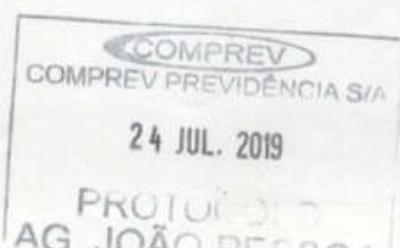
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Glaucia Júnior dos Santos...., ocorrido em 05/04/2018....., conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza Invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa PB 05 de julho de 2019

Gláucia Dias de Santa
Outorgante
CPF N° 044.313.614-99

Obs : Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0250984/19

Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

CPF: 044.313.614-99

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 05/04/2018

Titular do CPF: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA CIRNE ARAGAO : 885.178.454-04

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

GLAUCIA DIAS DOS SANTOS : 044.313.614-99

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: 24/07/2019
Nome: ADRIANA CIRNE ARAGAO
CPF: 885.178.454-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

ADRIANA CIRNE ARAGAO

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726>
Número do documento: 21062414505495700000042718726

Num. 44944051 - 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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190444857 Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/04/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CIRNE ABAGAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

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 nº 14619091



01505/01506 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106241450549570000042718726>
Número do documento: 2106241450549570000042718726

Núm. 44944051 - Pág. 20



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, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190508058 Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01895/01896 - carta_02 - INVALIDEZ



00010948

Carta nº 14756375



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726>
Número do documento: 21062414505495700000042718726

Num. 44944051 - Pág. 21



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, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190508058 Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

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\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000038757-5

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726>
Número do documento: 21062414505495700000042718726

Num. 44944051 - Pág. 22



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190508058 Vítima: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/04/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CIRNE ARAGAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

PPag. 01269/01270 - carta 01 - INVALIDEZ

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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14914763



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106241450549570000042718726>
Número do documento: 2106241450549570000042718726

Núm. 44944051 - Pág. 23



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: **046.313.614-99** 3 - CPF da vítima: **046.313.614-99** 4 - Nome completo da vítima: **Gláucia Dias dos Santos**

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

5 - Nome completo:	Gláucia Dias dos Santos	6 - CPF:	046.313.614-99
7 - Profissão:	Morrista	8 - Endereço:	Rua Des. Marcos A. Ribeiro
9 - Número:	06	10 - Complemento:	Cruz das Almas
11 - Bairro:	Cruz das Almas	12 - Cidade:	João Pessoa
13 - Estado:	AZ	14 - CEP:	58056-110
15 - E-mail:			
16 - Tel.(DDD):			

DADOS CADASTRAIS

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 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 abertos. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) **OP 013**

AGÊNCIA: **3010** CONTA: **38757 5**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: **30 AGO 2019** _____

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input 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/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, **João Pessoa PB - 23/07/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Gláucia Dias dos Santos**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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: 3 - CPF da vítima: 044.313.614-99 4 - Nome completo da vítima: Gláucia Dias dos Santos

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

5 - Nome completo:	Gláucia Dias dos Santos	6 - CPF:	044.313.614-99
7 - Profissão:	Morrista	8 - Endereço:	Rua Des. Marcos A. Ribeiro
11 - Bairro:	Cruz das Almas	12 - Cidade:	João Pessoa
15 - E-mail:			
13 - Estado:	A3	14 - CEP:	58056-110
16 - Tel.(DDD):			

DADOS CADASTRAIS

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 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 abertos. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1010

CONTA: 38757

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: 30 AGO 2019

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (na nascida)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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

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

40 - Local e Data,

João Pessoa /PB - 23/07/2019

Gláucia Dias dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

001/2010

38 - 1º | Nome:

CPF: 000.000.000-00

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

45 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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

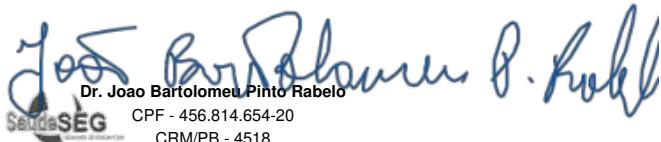
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190508058
Nome do(a) Examinado(a): Glauca Dias dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): R Desportista Marcos Antonio Ribeiro, 6 C
Cruz das Armas Joao Pessoa PB CEP: 58086-110
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2445329
Data local do acidente: [05/04/2018]
Data local do exame: [09/09/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO NO TORNOZELO ESQUERDO COM ENTORSE LIGAMENTAR.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR, COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 10/05/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA LEVE EDEMA RESIDUAL, E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA DISCRETO EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: (X) 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual () 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |

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


Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726>
Número do documento: 21062414505495700000042718726

Num. 44944051 - Pág. 26

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07241.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07241.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:35 horas do dia 02 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Glaucia Dias dos Santos**, CPF nº 044.313.614-99, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Dona de Casa, filho(a) de Maria Lucia Albuquerque Dias e Jose Carlos dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/04/1981 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Desportista Marcos Antonio Ribeiro, Nº 6, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência XXXXX, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98722-1802.

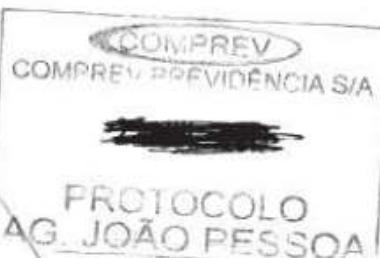
Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Presidente Felix Antonio, Rua do Rio, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/04/18 17:01h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 05/04/2018, POR VOLTA DAS 17:01, ESTAVA DENTRO DO COLETIVO DA EMPRESA SANTA MARIA LINHA 109 - RUA DO RIO, ÔNIBUS DE NUMERO DE SÉRIE 06032 DA LINHA 109 - RUA DO RIO, DE PLACA QFZ-5225/PB, CUJO MOTORISTA NA OCASIÃO ERA O SENHOR SEVERINO SANTANA DE HILARIO; QUANDO PAGOU O ÔNIBUS E O MOTORISTA ESTAVA SEM TROCO; QUE AO SE APROXIMAR DA PARADA EM QUE DESCERIA, LOCALIZADA NA RUA DO RIO, CRUZ DAS ARMAS, NESTA CAPITAL, DIRIGIU-SE ATÉ O MOTORISTA AFIM DE PEGAR SEU TROCO, MOMENTO EM QUE PARA EVITAR UMA COLISÃO, O MOTORISTA DO ÔNIBUS FREOU BRUSCAMENTE, FAZENDO COM QUE ESTA NOTIFICANTE CAÍSSE DENTRO DO ÔNIBUS; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID T00 (POLITRAUMATISMO DE TORNOZELO E COLUNA LOMBAR), CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLEDO; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA AFIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO

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.



Procedimento Policial: 07241.01.2019.1.00.401

1/2

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



João Pessoa, PB, 02 de julho de 2019.

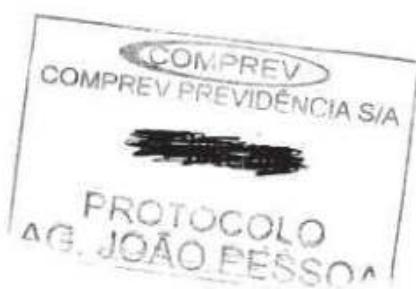
José Rodrigues
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Agente de Investigação

Glaucia Dias dos Santos
GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

Noticiante

Comprovante de protocolo



Procedimento Policial: 07241.01.2019.1.00.401

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505495700000042718726>

Número do documento: 21062414505495700000042718726

Num. 44944051 - Pág. 28



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: 3 - CPF da vítima: 044.313.614-99 4 - Nome completo da vítima: Gláucia Dias dos Santos

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

5 - Nome completo:	Gláucia Dias dos Santos	6 - CPF:	044.313.614-99
7 - Profissão:	Morrista	8 - Endereço:	Rua Des. Marcos A. Ribeiro
11 - Bairro:	Cruz das Almas	12 - Cidade:	João Pessoa
15 - E-mail:			
13 - Estado:	Aç	14 - CEP:	58056-110
16 - Tel.(DDD):			

DADOS CADASTRAIS

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 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 abertos. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1010

CONTA: 38757 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: 30 AGO 2019

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (na nascida)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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

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

40 - Local e Data,

João Pessoa /PB - 23/07/2019

Gláucia Dias dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

001/2010

38 - 1º | Nome:

CPF: 000.000.000-00

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF: 000.000.000-00

Assinatura da testemunha:

45 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





VISTO EM: 16/04/18

Comandante do BAPH
MTR 524.377-7

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

Alto De Boa Vista

João Pessoa-PB, 21 de abril de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 0159/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 05/04/2018, conforme requerimento nº 162/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 17h01min o/a Sr.(a) GLAUCIA DIAS DOS SANTOS, CPF Nº 044.313.611-99, vítima de acidente de trânsito (queda em coletivo), acomido na Rua do Rio, Cruz das Armas – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o CABO BM DENIS LIMA DE SOUZA, Matrícula 521.611-7. Vítima consciente e orientada, com dores na região lombar e no membro inferior. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu André Vieira de Souza, CB BM, Mat. 523.518-9, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

30 ABR 2019
JHARMESON DE SOUZA
2º TURMA, MAT. 527.341-2
Chefe da 3ª Seção

COMPARECIMENTO REV
EVIDÊNCIA S/A

1º FRUJUCOLÓ
JOÃO PESSOA



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3218-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbs@bombeiros.pb.gov.br





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.^o 08755364020198152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GLAUCIA DIAS DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Dianete da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 22 de junho de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505640000000042718730>
Número do documento: 21062414505640000000042718730

Num. 44944055 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:50:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414505640000000042718730>
Número do documento: 2106241450564000000042718730

Num. 44944055 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Cível da Capital
Av. João Machado, s/n, Centro , João Pessoa – PB CEP: 58013-520**

PROCESSO NÚMERO: 0875536-40.2019.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: GLAUCIA DIAS DOS SANTOS

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

C E R T I D Ã O

Certifico que, transcorreu o prazo sem manifestação das partes, acerca do Ato Ordinatório de ID nº 44049032 , pelo que faço concluso ao M.M. Juiz para os devidos fins.

O referido é verdade; dou fé.

João Pessoa, 24 de junho de 2021

EDVANIA MORAES CAVALCANTE PROENCA



Assinado eletronicamente por: EDVANIA MORAES CAVALCANTE PROENCA - 24/06/2021 11:39:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062411393986800000042710400>
Número do documento: 21062411393986800000042710400

Num. 44934924 - Pág. 1

Técnico Judiciário

C O N C L U S Ã O

Nessa data faço conclusão dos presentes autos para o M.M. Juiz de Direito.

João Pessoa, 24 de junho de 2021

EDVANIA MORAES CAVALCANTE PROENCA

Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: EDVANIA MORAES CAVALCANTE PROENCA - 24/06/2021 11:39:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062411393986800000042710400>
Número do documento: 21062411393986800000042710400

Num. 44934924 - Pág. 2