



Número: **0800354-65.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **31/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADELAIDE FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		LUCIANO MONTEIRO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37090452	25/11/2020 14:41	2767281_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190248879

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14177879





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

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190248879

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Certidão de casamento não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00367/00368 - carta_03 - INVALIDEZ

00070184



Carta nº 14180072





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, 08 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190248879

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

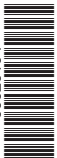
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00207/00208 - carta_16 - INVALIDEZ

00020104



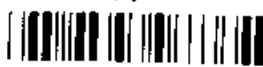
Carta nº 14856902





PEDIDO DO SEGURO D

Autorização de pagamento



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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 291.578.894-49 Nome completo da vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA

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

Nome completo: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA CPF: 291.578.894-49
Profissão: PROJETADA Endereço: RUA PROJETADA Número: 497 Complemento:
Bairro: BELA VISTA Cidade: JENIO Estado: RS CEP: 58830-000
E-mail: Tel.(DDD): (83) 998837218

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0558 CONTA: 88771 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, JENIO - PB
Nome: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA
CPF: 291.578.894-49

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

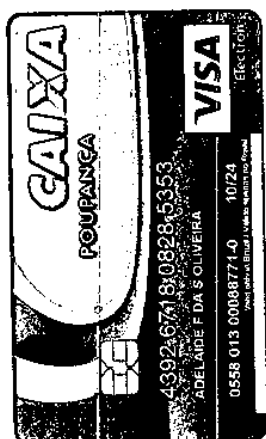
Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018





Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
18ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia de Catolé do Rocha-PB

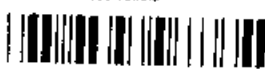


GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1088/2018

Boletim de ocorrência



Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO
Data do fato: 25/12/2017 hora: 03H00MIN

Notificante: ****, alcunha "*****", Nacionalidade: ****,
naturalidade: ****, nascido em ***/***/****, documento: ****, filho
de *** e de ***, endereço: ***** ***, referência: ***.

Sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Del. Pol.: Alarico
Lopes da Rocha

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA, alcunha "****",
Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Catolé do Rocha-PB, idade:
63 anos, nascido em 21/05/1955, cor/raça: *****, Estado Civil:
União Estável, Profissão: aposentada, Escolaridade: *****,
documento: RG 2008471950 - 2 SSP/CE, filiação: Laurindo Ferreira da
Silva e de Alzira Maria de Lima, endereço: Rua Sebastião Mecê, nº
497, Canaã, Jericó-PB, referência: ***. Tel/Cel: (***). ***;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao
Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas
a vítima estava na garupa da motocicleta Honda CG 125 Titan, cor
azul, placa MNS 2004/PB, CHASSI 9C2JC2500XR165021, licenciado em
nome de MARIA DE FATIMA DE SOUSA OLIVEIRA, sendo a moto conduzida
por ALAN TALLES ARAUJO DINIZ, nas proximidades da Escola João Rosado,
Centro, Jericó-PB, quando bateram em uma corrente que estava no meio
da rua, fechando a mesma; QUE a vítima foi socorrida por ALAN TALLES,
que encaminhou para o Hospital e Maternidade Mãe Tereza na cidade
de Jericó-PB, onde o médico de plantão encaminhou a vítima para o
Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB, para realização de um raio-
x no braço esquerdo da vítima; QUE a vítima se queixava de dor no
braço esquerdo. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 04 de dezembro de 2018. Às 14:55 horas.

Adelaide Ferreira da Silva Nogueira
☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 168.447-7

POLICAR DIRETO

RECEBIDO

22 MAR 2019

Seguradora Líder DPVAT

PROJETO CORREIOS DOCUMENTO NÃO
CON:

☒ BO em cópia simp.

☐ Comprovante de

☐ Certidão de Óbito

☐ Laudo de IML e

Solicitar documento
Regulação

Segurad

Adidas em cópias

simples

simples

conforme Guia de

- DPVAT



Declaração de Inexistência de IML



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 241.578.894-49 Nome completo da vítima: ADELIADE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA

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

 Nome completo: ADELIADE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA CPF: 241.578.894-49
 Profissão: APOSENTADA Endereço: RUA PROJETADE Número: 497 Complemento: _____
 Bairro: BELA VISTA Cidade: JENÓI Estado: PB CEP: 58830-000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (33) 498837218

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

 AGÊNCIA: 0558 CONTA: 88799

 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteira ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

 Impressão
 digital da
 vítima ou
 beneficiário
 não anexada

 Local e Data: JENÓI - PB
 Nome: ADELIADE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA
 CPF: 241.578.894-49

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

 ADELIADE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 14:41:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112514410175500000035396251

Número do documento: 20112514410175500000035396251

Num. 37090452 - Pág. 7

[illegible]

Enfileado 24/11/2018 Referência No.: 2018

Enfileado 24/11/2018 Referência No.: 2018

Presidencia RESIDENCIAL / RESIDENCIAL
P.O. Box 12-753-720, 7200

IV medication.

ELIERS S.A. PARA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
(m25. C/ta H. de m. 2015 P. 13030/PB. DER 63001-030)
P. 13030-030. 13030-030. 13030-030. 13030-030.

Not a Forer/Conradt Employee. 26144 N 15 St. 110

Cod. para D.E. Automático: 000350449

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Access: www.enetgisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

पुनः प्रयत्नः

CPF/ CNPJ/ RANI

Nov / 2018

21/11/2018

19/12/2018

201-678-8949

UC (Unidad Consumidora)

5/1890446.6

Canal de contacto

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Lettura	Data	Lettura						
20/12/18	522	21/12/18	815				152		00
Demonstrativo									
001	Demogre			Quantidade	Taxa	Base Calc	Alq	Imposto	Base Calc
				Valor	Por (%)	Por (%)	Por (%)	Por (%)	Por (%)
				Valor	Por (%)	Valor	Por (%)	Valor	Por (%)
0031	Consumo em Alim	152,000	0,544450	128,25	128,25	37	24,85	128,00	1,21
0003	Adc. E Vermeido			3,27	3,27	37	0,68	3,00	0,03
001	Adc. B. Ant. ate			1,58	1,58	37	0,58	1,50	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0037	CONTAS COM PUBLICA			12,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 10/2018			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 10/2018			0,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZACAO MONETARIA 10/2018			8,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCLC - Cota de Consumo do dia
[Média últimos meses (kWh)]

TOTAL: 168,18 179,25 22,07 179,25 1,75 5,75

VENCIMENTO: 28/11/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 148,18

Histórico de Consumo (kWh)

	229	174	179
	Ago/19	Sem/18	Out/18
RESERVADO AO FISCAL			

4d20.6874.34e4_fa10.9303.91c7_2f1b.48f3

[illegible]

ATENÇÃO

Práticas em atraso



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DE FÁTIMA DE SOUSA OLIVEIRA,
RG nº 2.064.295, data de expedição 25/02/2014
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 026.240.624-16, com
domicílio na cidade de JERICÓ, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
NO ASSUNTAMENTO FORTUNA, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ALAN TALEZ ARAÚJO DINIZ cujo o condutor era
ALAN TALEZ ARAÚJO DINIZ.

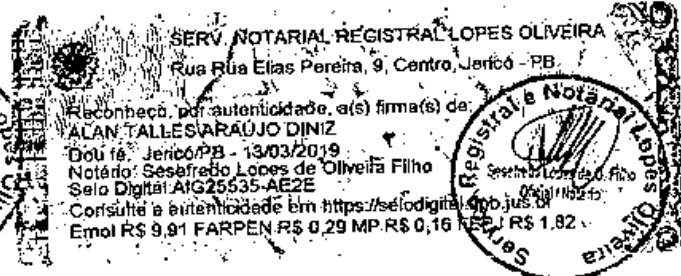
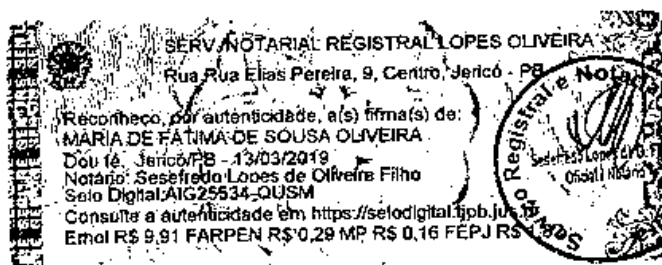
Veículo: MOTO CILLOTA
Modelo: HONDA/CG 125 TITAN
Ano: 1999
Placa: MNS 2004
Chassi: 4C2JCR500XR 165021
Data do Acidente: 25/10/2014
Local e Data: JERICÓ-PB, 13/03/2019

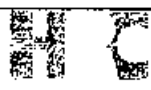
Declaração do proprietário do veículo



Maria de Fátima de Sousa Oliveira
Assinatura do Declarante

Alan Talez Araujo Diniz
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



 GOVERNO DA PARAÍBA <i>viva o trabalho.</i>	ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
--	--	---

Declaração

Documentação médica - hospitalar



DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, **ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA, RG 2008471950 SSP/CE**, residente e domiciliada na Rua: Sebastião Mecer – Jericó - PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dra. Isaura Ferreira da Costa - CRM/6831, no dia 25 de Dezembro de 2017. Consulta para realização de Raio - X. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral
 Matr. 188924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 11 de Janeiro de 2018.



HOSPITAL REGIONAL FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL **DA PARAIBA** *o trabalho*

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO

CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: CONSULTA - CONSULTA SIMPLES(CLINICO)

Paciente: **ADELAIDE FERREIRA DA SILVA NOGUEIRA**

Mae: ALZIRA MARIA DE LIMA

Nascimento: 21/05/1955 Idade: 62 Cor: PARDA Sexo: F

Profissão:

Endereço: RUA SEBASTIAO MECER Num.:
Bairro: CANAÃ Fone: 8386837318

Cidade: JERICO - PB - 56830-000 - 2507408

CNS: 702-0018-5062-3881 Identidade: 2008471950 SSP/CE

CPF: Reg. Nasc.:
Data / Hora: 25/12/2017 05:26:31 Recepcionista: JAQUIRIA DE O. LIMA

Ficha Número: 12784 8504

SPO 2: FC: TEMP.: HGT: PA:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS
2x punção, rra e antebraço

31/01/2020

☐ 01 - ELETIVO **CARÁTER DO ATENDIMENTO**

☐ 02 - URGÊNCIA

☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO

☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	1	0	0	6	4									
2 -																			
3 -																			

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbado

Médico / Crm / Cns **CBO**

VINICIUS LUCIO GODEIRO - 8275-1711 - 111-1111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL **Polígrafo Direto**

Ass. REVISOR TÉCNICO - carimbo **Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo**



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		PREFEITURA MUNICIPAL DE JERICÓ SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL											
Entidade Prestadora do Serviço (UPS)													
Código da CNES: 2613492		CNPJ: 12.009.325/0001-14											
Nome: HOSPITAL E MATERNIDADE MÃE TEREZA													
Endereço: RUA MAJOR RAUL RODRIGUES, 87		Bairro: BELO HORIZONTE											
Município: JERICÓ		Estado: PARAÍBA UF: PB											
Paciente													
Nome: Ordebeide Junqueira da Silva		Sexo: F Idade: 62 anos											
Profissão: cozinheira		Documento: _____											
Endereço: Caná		CEP: 58.620-000 UF: PB											
Município: Jerico		CNS: _____											
Código IBGE Município: 2507408		Data Nascimento: 21/05/1956											
		Data Atendimento: 25/12/17											
Raça / Cor													
☐ 01- Branca ☐ 02- Preta ☐ 03- Parda ☐ 04- Amarela ☐ 05- Indígena ☐ 99- Sem Informação													
Anamnese e exame físico (Sumário)													
Paciente refere queda da altura do matoeiro por acidente em que colidiu com corrente de isolamento.													
Exames realizados na Unidade (Tipos):													
SERV. NOTARIAL REGISTRAL LOPES OLIVEIRA Rua Elias Pereira 9, Centro, Jericó - PB AUTENTICAÇÃO Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Jerico/PB - 10/01/2018 Selo Digital AGF26716-290U Consulte e autenticação em https://selodigital.tpb.jus.br E-mail: RS2.374@tpb.pb.gov.br / RS2.04.F@tpb.pb.gov.br													
Materials - Medicamentos e Outros Recursos: 1. Solicito Rx de punho esquerdo 2. Difenidramina de sódio: 01 amp (14) 3. Dexametasona: 01 amp (14) <i>Dulcio Montenegro</i> 4. _____ 5. _____ <i>CRM/RN 9351</i>		Caráter do Atendimento ☐ 01- Eletivo ☐ 02- Urgência ☐ 03- Acidente no local de trabalho ou a serviço da empresa ☐ 04- Acidente no trajeto para o trabalho ☐ 05- Outros tipos de acidente de trânsito ☐ 06- Outros tipos de lesões e envenenamento por agentes químicos ou físicos											
Procedimento - Descrição: 		Diagnóstico: 											
Medicação: ☐ Prescrita ☐ Aplicada		Encaminhamento: ☐ Observação ☐ Óbito ☐ Outro Hospital ☐ Internação ☐ Residência ☐ Outros											
Serviços Realizados: Código/ Procedimento													
1. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>													
2. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>													
3. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>													
Assinatura do(s) Profissional(is) Assistente(s) - Carimbo													
CNS		CBO											
CRM		CRM											
Assinatura do Paciente/ Acompanhante ou Responsável		Ou Fofegar Direto											
<i>Antonio Silvio Silva</i> Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo		Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo											





U.B.S. Jericozinho

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
Rua Eroncina de Oliveira - Centro - Jericó-PB
CNPJ 12.059.325/0001-14

Sr. (a)

Odeiaide Ferreira da Silva

Receituário

Encaminho citada paciente vítima de acidente automobilístico em que a mesma seguiu em moto e colidiu com corrente de transmissão.

Apresenta dificuldades de movimentar o punho esquerdo, ainda com edema.

Solicito exames complementares e avaliação.

Duílio Montenegro e Silva
Médico
CRM/PB 11540
CNS 704807000404744

DATA 25.12.17

Duílio Montenegro e Silva
ASSINATURA DO MÉDICO

Imprimir, lide manuseio e valid.

11 840



VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO 2808471990 - 2	DATA DE EXPIRAÇÃO 11/04/2013
NOME ADELAIDE FERREIRA DA SILVA MOREIRA	
TILACAO LAURENDO FERREIRA DA SILVA	
ALITERA MARIA DE LIMA	
NACIONALIDADE CITILE DO RUA - PF	DATA DE NASCIMENTO 21/05/1955
DOC. ORDEM	
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TEMPO: 6100 FELVA: 111 LIVRO: B-12 - CATULE DO RUA - PB	
297.578.394-49	
RG: ANT: 41630682	
P: 135	
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES	

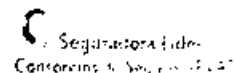
Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
	Polegada Dupla
Adelaide Ferreira da Silva Nogueira	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110202/19

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

CPF: 291.578.894-49

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2017

Titular do CPF: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



ADELAIDE FERREIRA DA SILVA : 291.578.894-49

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: 01/04/2019
Nome: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA
CPF: 291.578.894-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MNS2004**2014**

[Imprimir Consulta](#)

MNS2004	Último Licenciamento: 2014
	Proprietário: *****
	Placa: MNS2004
PASSA / MOTOCICLET	Combustível: GASOLINA
HONDA/CG 125 TITAN	Marca/Modelo: HONDA/CG 125 TITAN
	Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
	Ano de Fabricação: 1999
PARTICULAR AZUL	Ano Modelo: 1999
28/06/2019	Categoria: PARTICULAR
	Cor Predominante: AZUL
	Vencimento Licenciamento: 28/06/2019
	Observação:
REST. BEN. TRIBUTARIO	Restrição: REST. BEN. TRIBUTARIO
	Financeira:
	Município: JERICO
	Situação: EM CIRCULACAO
	Data da Consulta: 21/02/2019
JERICO	21/02/2019



21/02/2019

Emissão Boletos Licenciamento

DETRAN-PB Departamento Estadual
de Trânsito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

Nome: MARIA DE FATIMA DE SOUSA OLIVEIRA		CPF/CNPJ 02624062416		Nosso Número 0	
Placa MNS2004	Chassi 9C2JC2500XR165021	Código Renavan 716603578	Data Vencimento 28/02/2019	Data Emissão 21/02/2019 07:45:30	Valor Documento 1.021,36
Discriminação dos Débitos:					
			Multas:		
LICENCIAMENTO 2015			148,23		
BOMBEIRO 2015			22,23		
LIC. ATRAS LEI 7.656			84,48		
LICENCIAMENTO 2016			148,23		
BOMBEIRO 2016			22,23		
LICENCIAMENTO 2017			148,23		
BOMBEIRO 2017			22,23		
LICENCIAMENTO 2018			148,23		
BOMBEIRO 2018			22,23		
LICENCIAMENTO 2019			148,23		
BOMBEIRO 2019			22,23		
SEG. OBRIGATORIO 2019			84,58		
Na Estrada da vida, n�o da coroa para o dengue nem para a zika.					
21/02/2019 07:45:30					

164.109.3.8080/BBDT_LICENCIAMENTO_2017/consulta?placaMask=MNS-2004&display=web&pe soa=f sica&cp/Mask=026,240,624-... 1/1

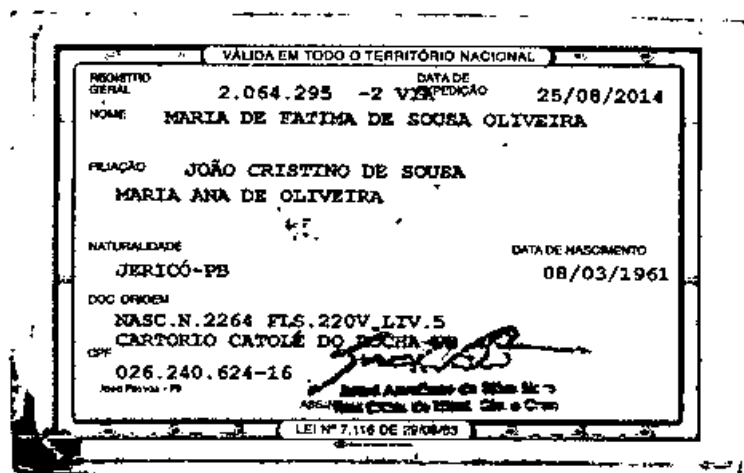


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 14:41:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112514410175500000035396251>

Número do documento: 20112514410175500000035396251

Num. 37090452 - Pág. 17



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

ALAN TALLES ARAUJO DINIZ

DOC IDENTIFICAD. DO TITULAR R: 2560254 SSP PE

CPF: 041.204.674-14 DATA DE NASCIMENTO: 23/05/1980

RELACAO: APOUSO DINIZ

VALMIRA MARIA DE ARAUJO DINIZ

TIPO DE TITULO: IDENTIFICAD. DO TITULAR R: 2560254 SSP PE

VIABILIDADE: 04086180207

VIGENCIA: 27/07/2023

VALIDADE: 26/04/2007

PROIBIDO PLASTIFICAR

1660598033

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL: POMBAL, PE

DATA DE EMISSAO: 09/08/2018

ASSINATURA DO TITULAR

17445567162-
PB037108975

PARAIBA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110202/19

Vítima: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

CPF: 291.578.894-49

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 25/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ADELAIDE FERREIRA DA SILVA : 291.578.894-49

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: 01/04/2019
Nome: ADELAIDE FERREIRA DA SILVA
CPF: 291.578.894-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

ADELAIDE FERREIRA DA SILVA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

