



Número: **0807678-49.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **07/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37721 146	11/12/2020 09:59	2771262_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, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200223044

Vítima: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

Data do Acidente: 29/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

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 15881340

Pag. 00587/00588 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200223044 Vítima: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

Data do Acidente: 29/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

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

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 29/01/2020, emitida pelo Dr. GLENDER T. G. G. DA TRINDADE, CRM nº 3920 - PB, da Instituição UPA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01635/01636 - carta_31 - INVALIDEZ

00050818



Carta nº 15902561





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 108.769.654-27 Nome completo da vítima: Janka Emuly Mixanda de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÃO E CADASTRO DE VÍTIMA E BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Janka Emuly Mixanda de Andrade CPF: 108.769.654-27

Profissão: Recusou-se Endereço: Avenida dos Bordinxentos Número: 244 Complemento: Apto 301

Bairro: Tomba Cidade: Jaboatão do Rio Negro Estado: PB CEP: 56020-660

E-mail: cc.f.ados@gmail.com Tel. (DDD): 83-9849.5530

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

DADOS CADASTRAIS

RECEITA MENSAL: ☒ RECURSO 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 PARA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Openbank: 033

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 477240

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNM) ☐ 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 (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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: Assinatura

2ª Nome: CPF: Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do



CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 035952.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 035952.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:52 min do dia 18/06/2020, na Delegacia Online, **IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão DOMÉSTICA, nascido(a) em 21/05/1996, idade 24, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de ROSELIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE e JOSIEL SOARES DE ANDRADE, CPF 108.769.654-27, residente e domiciliado(a) no(a) AVENIDA DOS BANDEIRANTES, nº 214, bairro TAMBIA, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58020860, telefone(s) 83988495530, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 21/05/2020 14:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: EM FRENTE AO CONDOMÍNIO RESIDENCIAL REIS MAGOS, NAS PROXIMIDADES DO PARQUE PARAHYBA, JARDIM OCEANIA, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE AFIRMA QUE NO DIA 29/01/2020 POR VOLTA DAS 14:30H QUANDO TRAFEGAVA A PÉ, EM FRENTE AO CONDOMÍNIO RESIDENCIAL REIS MAGOS, NAS PROXIMIDADES DO PARQUE PARAHYBA, NO BAIRRO JARDIM OCEANIA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA FOI ATROPELADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE SE EVADIU DO LOCAL E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, FOI LANÇADA AO SOLO DESACORDADA, TENDO SIDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE TEVE OS SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 15:27H E SIDO DIAGNOSTICADA COM DIVERSAS LESÕES.

Ianka Emily Miranda de Andrade

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

Ianka Emilly Miranda de Jesus
IANKA EMMILY MIRANDA DE

39F14D33536238D4574D235FC6DB8880

Código de Controle



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 108.769.654-27 Nome completo da vítima: Janka Emmuly Mixanda de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÃO E CADASTRO DE VÍTIMA E BENEFICIÁRIO (CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012)
Nome completo: Janka Emmuly Mixanda de Andrade CPF: 108.769.654-27
Profissão: Recusou-se Endereço: Avenida dos Bordaixentos Número: 244 Complemento: Apto 301
Bairro: Tombaí Cidade: Jaboatão Estado: PB CEP: 56020-660
E-mail: cc.f.ados@gmail.com Tel. (DDD): 83-98649.5530

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

RECEITA MENSAL:
☒ RECURSO 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 PARA INDENIZAÇÃO (ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ Banco do Brasil (001)
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 477240 (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNM) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Jaboatão - PB, 22/06/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Janka Emmuly Mixanda de Andrade
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Adilson Luiz de Queiroz
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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



BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 045.662.393

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.833-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
NEILIANE NEVES DE OLIVEIRA AV DOS BANDEIRANTES 214 AP 301 JOÃO PESSOA		5/1189509-1		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2020	10/06/2020	33	16/07/2020	R\$ 26,34

Acesse: www.energisa.com.br

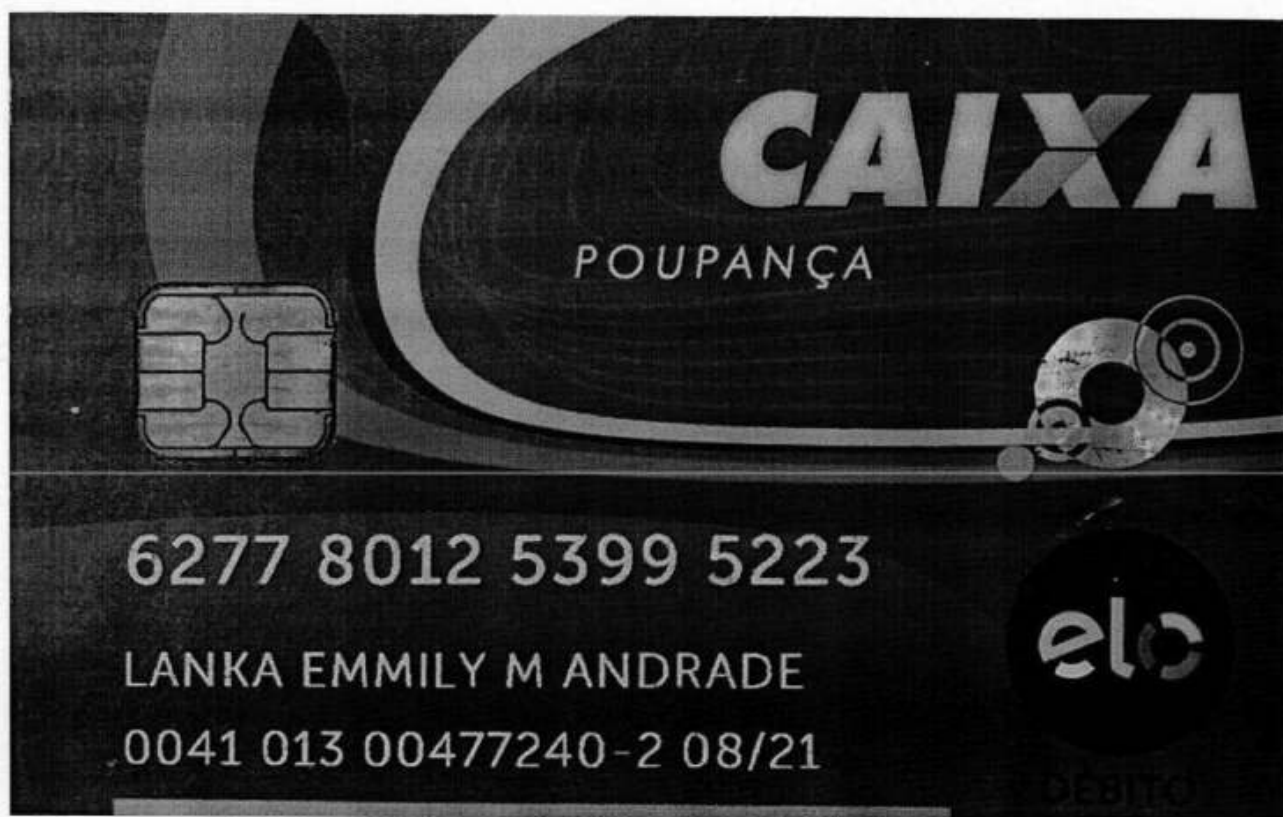
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03160.244006 10002.706173 1 83180000002634				
Pagador: NEILIANE NEVES DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 461.907.244-34				
AV DOS BANDEIRANTES 214 AP 301 - TAMBIA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010002706	001189509202006	16/07/2020	R\$ 26,34	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 09:59:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121109592077800000035984963>

Número do documento: 20121109592077800000035984963



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Luiz de Oliveira Bastião inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Santa Emília Muxamela de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.769.654 / 27, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Santa Emília Muxamela de Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.769.654 / 27, 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 Líder-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>Avenida Lacerda</u>		Número <u>172</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Jacó Pereira</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-430</u>
Email <u>adilsonb@netmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-98849-5530</u>	

Jacó Pereira 22 de Junho de 2020
Local e Data

Adilson Luiz de Oliveira Bastião
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sejam todos
PARAÍBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1219573



Identificação do paciente

D 1480692	Nome IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE	Sexo Feminino
Data de nascimento 21/05/1996	Idade 23 anos 8 meses 8 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe ROSELIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE		Religião
Escolaridade		Prontuário
Pal JESIEL SOARES DE ANDRADE	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Celular 13	Celular 99999999	DDD
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3970411	Telefone
Local de procedência 3FSA	Nº Cns	
Tipo BAIRRO	UF PB	
Naturalidade POCINHOS	CBO/R	

Endereço

CEP 58020660	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANDEIRANTES - ATÉ 99999 - LADO ESQUERDO
Número 114	Complemento	Bairro TAMBIÁ	

Admissão

Data e Hora 19/01/2020 15:27:17	Número da pulseira 1000006816703	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X PEDESTRE

Intervenções e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Veio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou CONDUTOR DO RESGATE DOS BOMBEIROS		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por A JORGE DA SILVA	Tempo 01min 50seg





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Unidade - Unidade Juliana



Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE	BAE 1219573	Data/Hora Entrada 29/01/2020 15:27:17	Data Baixa 2020-01-29 19:16:45.0
Data de nascimento 21/05/1996	Idade 23a 8m 8d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 99999999
Mãe ROSELIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE			Prontuario
Endereço BANDEIRANTES - ATÉ 99999 - LADO ESQUERDO, 214	Bairro TAMBIÁ	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 29/01/2020 15:27:17		Data/Hora Prescrição 29/01/2020 19:16:49	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADA, APRESENTANDO CEFALÉIA, CERVICALGIA COM PERDA DE CONSCIÊNCIA + DOR EM OMBRO E COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO + DOR EM BACIA E COLUNA LOMBO-SACRA + ESCORIAÇÃO. NÃO É VACINADA CONTRA TETANO. TORAX E ABDOMEN SEM QUEIXAS CONDUTA: TC DE CRÂNIO E COLUNA VERICAL + RX DE OMBRO E PA P + RX DE BACIA AP + RX DE COLUNA LOMBO-SACRA PA P + TETANOGAMA 250 UI IM+ ORIENTAÇÃO DE VACINAÇÃO ANTITETÂNICA + PARECER DA NEURO. ORTOPEDIA E ALTA DA CIRURGIA GERAL.

(29/01/2020 15:47:46-MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO)

#ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTANDO DOR EM BACIA, RELATA DESMAIO, NEGA VÔMITOS AO EXAME: EGR, ADM LIMITADA, NEUROVASCULAR OK RADIOGRAFIA SOBRE A PRANCHA. CD- SOLICITO NOVOS EXAMES SEM A PRANCHA

(29/01/2020 15:49:30-JAN VEM HEIRIQUES CEZARINO)

Neurocirurgia ## Avalio paciente vitima de capotamento com perda de consciencia, sem vomitos. Ao exame: ECG 15, pupilas isótopas sem déficit focal. TC Cranio e coluna sem afecções neurocirurgicas de urgencia. Cd: Oriento sinais de alarme. Alta da Neurocirurgia

(29/01/2020 18:32:32-FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS)

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM DOR NA COLUNA LOMBO SACRA RADIOGRAFIA DE BACIA E TORAX: SEM SINAIS DE FRATURA CONDUTA 1- ANALGESIA 2- ALTA DA ORTOPEDIA 3- ATESTO 05 DIAS 4- AOS CUIDADOS DA NEUROCIURURGIA

(29/01/2020 19:10:06-LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BACIA. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP -SEM PRANCHA)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL). (INDICAÇÕES CLÍNICAS: SEM PRANCHA)

CID10

R52.0 - Dor aguda

T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

Motivo de Alta

ALTA MEDICA

Dr. Luiz Juvencio
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8637 / 2007 19822

Data e Hora

29/01/2020 19:16:45

Observações



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 09:59:20

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121109592077800000035984963

Número do documento: 20121109592077800000035984963



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA
GOVERNO DO ESTADO

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32155700 - CNES: 2593262

Paciente IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE	BAE 1219573	Data/Hora Entrada 29/01/2020 15:27:17	Data Baixa
Data de nascimento 21/05/1996	Idade 23a 8m 8d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 99999999
Mãe JESIEL SOARES DE ANDRADE		CNS	Prontuário
Endereço BANDEIRANTES - ATÉ 99999 - LADO ESQUERDO, 214	Bairro TAMBIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	Nº Cons. Regional 2882/PB
Data/Hora Classificação 29/01/2020 15:27:17		Data/Hora Prescrição 29/01/2020 15:47:46	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADA, APRESENTANDO CEFALÉIA, CERVICALGIA COM PERDA DE CONSCIÊNCIA + DOR EM OMBRO E COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO + DOR EM BACIA E COLUNA LOMBO-SACRA. + ESCORIAÇÃO NÃO É VACINADA CONTRA O TETANO, TORAX E ABDOMEN SEM QUEIXAS CONDUTA: TC DE CRÂNIO E COLUNA VERICAL + RX DE OMBRO E PA P + RX DE BACIA AP + RX DE COLUNA LOMBO-SACRA PA P + TETANOGAMA 250 UI IM + ORIENTAÇÃO DE VACINAÇÃO ANTITETANICA + PARECER DA NEURO, ORTOPEDIA E ALTA DA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRÊS POSICOES)

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(: 2882/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 29/01/2020 15:29:07



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 588998

Nome IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE		
Data de Nascimento 21/05/1996	Nº Boletim Emergencia 1219573	Prontuario
Material a examinar		
Data Prescrição: 29/01/2020 15:47:46		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMNA CERVICAL S/ CONTRASTE RADIOGRAFIA DE COLUMNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA RADIOGRAFIA DE BACIA RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)		

CRANIO + CERVICAL

29 / 01 / 2020

16:10

Wosley

Recebido por:
da:

Assinatura e Carimbo do Profissional



OBS: autorizado retirada
de prancha por Dr. Leonardo

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 589013

Nome
IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

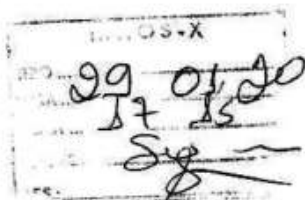
Data de Nascimento 21/05/1996	Nº Boletim Emergência 1219573	Prontuário
----------------------------------	----------------------------------	------------

Material a examinar

Data Prescrição:
29/01/2020 16:40:30

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA
(AP - SEM PRANCHA)
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
(SEM PRANCHA)



Reimpresso por:
rli:

Assinatura e Carimbo do Profissional

Dr. Jansen Henrique
Médico Radiologista





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 129573

PACIENTE: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

DATA DE NASCIMENTO: 21.05.96

Data e Hora do Atendimento: 29.01.20

Horário: 15:27h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento apresentando quadro de cefaleia, cervicalgia, dor e limitação de movimentos no ombro esquerdo, dor na bacia e coluna lombosacra. Atendido pelo Dr. Marcos Antônio Cavalcante Furtado CRM 2882, Dr. Jansen Henriques CRM 11385, Dr. Fernando Gondim Vasconcelos CRM 8267.

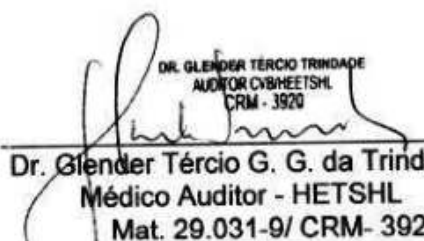
DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO

CID 10 T 14 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada de crânio, Rx da coluna cervical sem contraste, Rx da coluna lombosacra, Rx da bacia AP e Perfil, Rx do ombro esquerdo AP e Perfil e tratamento clínico conservador.

ALTA HOSPITALAR: 29.01.20 às 19:16h.

Data da Emissão: 25.05.20


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBHEETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

3.970.411

08/06/2011

NOME

IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

FILIAÇÃO

JESSE SOARES DE ANDRADE
ROSILIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

POCINHOS-PB
DOC ORIGEM

21/05/1996

NASC. N. 15060 FLS. 215 LIV. A15
EMP. CARTÓRIO POCINHOS-PB

108.769.654-27

Assinado eletronicamente por Suelio Moreira Torres
Dir. Geral de Reg. e Ident. Civ. e Crim.

ASSINATURA DO DIRETOR

E. N° 7.116 DE 29/08/83





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

108.769.654-27

Nome

IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

Nascimento

21/05/1996



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200223044 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE **Data do acidente:** 29/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: CONTUSÃO CEREBRAL.

TRAUMA CONTUSO DE OMBRO ESQUERDO, COLUNA E QUADRIL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PG. 6

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Joska Emilly mixanda de Andrade</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteira</u>
PROFISSÃO:	<u>Doméstica</u>	Nº DO RG:	<u>3970.444</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>559-PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>08/06/21</u>
Nº DO CPF:	<u>108.769.654-27</u>	ENDEREÇO:	<u>Avenida dos Bordi-</u> <u>montes, nº 214, Apto 303, Bairro Tomba, João Pessoa - PB, CEP</u> <u>56020-660</u>

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO	Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB	DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99	ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.	

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Joska Emilly mixanda de Andrade, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 22 de Junho de 2020.

➔ Joska Emilly mixanda de Andrade
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172770/20

Vítima: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

CPF: 108.769.654-27

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 29/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE : 108.769.654-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/06/2020
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/06/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

