



Número: **0808468-33.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **21/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46821927	09/08/2021 14:11	Petição	Petição
46821928	09/08/2021 14:11	2773481_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46821930	09/08/2021 14:11	2773481_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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 Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200363513

Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

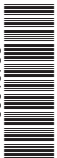
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01477/01478 - carta_25 - INVALIDEZ

00010739





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, 06 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200363513

Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 04/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **341**

Agência: **000008757**

Conta: **0000045423-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 106.626.054-36 4 - Nome completo da vítima: ELIZABETH MARIA DE NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: ELIZABETH MARIA DE NASCIMENTO 6 - CPF: 106.626.054-36
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA SÃO LUIZ 9 - Número: 514 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PLANALTO RUA ESPERANÇA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 181 98805.0654

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:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NV PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 61275243 8
(Informar o dígito se existir) (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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 rasatura(n) ou tatuagem? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital para autenticação

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 07/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00241.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00241.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:39 horas do dia 08 de setembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Elizabeth Maria do Nascimento**, conhecido(a) por Bete, CPF nº 705.626.054-36, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Margarida Maria de Brito e Nicolau Pedro do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/09/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Luiz, Nº S/N, complemento CASA, bairro Planalto Boa Esperança, tendo como ponto de referência Próximo da Faculdade "facene", na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Flodoaldo Peixoto Filho, nº S/N, Via Pública, Próximo do 5º. Batalhão da Polícia Militar, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/07/20 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo NXR 150 BROS ESD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, ano 2011/2011, UF: PB, placa NPU-8173, chassi 9C2KD0540BR520406, renavam 0030725155-1, características gerais: Nº. Cr.L.v.: 013929771577.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ESTAVA DE CARONA NA GARUPA DO VEÍCULO JÁ DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, QUE ERA CONDUZIDO POR "ITALO GOMES DA SILVA", PORTADOR DO CPF: 104.652.644-84, QUANDO O VEÍCULO FOI ATINGIDO NA LATERAL POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DOS FATOS SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AS PESSOAS ACIDENTADAS, SENDO QUE OS ACIDENTADOS FORAM SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DERAM ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE DOCUMENTO TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODE SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTA ESTADO.

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.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Matr. 157356-4

Procedimento Policial: 00241.01.2020.1.05.101



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

Lucena/PB, 08 de setembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Noticiante

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança - 165/20
Alexandre J. Nunes de Souto Lima
Comissário - Matr. 157.564



Procedimento Policial: 00241.01.2020.1.05.101

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 106.626.054-36 4 - Nome completo da vítima: ELIZABETH MARIA DE NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: ELIZABETH MARIA DE NASCIMENTO 6 - CPF: 106.626.054-36
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA SÃO LUIZ 9 - Número: 514 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: PLANALTO RUA ESPERANÇA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 181 98805-0654

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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 abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: NV PAGAMENTOS S.A.
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 61275243 8
(Informar o dígito se existir) (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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 rasatura(n) ou tatuagem? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital para autenticação

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa, 07/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000045423-9

Autenticação:

3E1126C915C7C9BD4F037CB086B2A5D2A0AE7C6FE05C3FBCABCA0796C9799362



ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO
RUA SÁD LUIZ, S/N - BOA ESPERANÇA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000 (A/G: 5)

CPF/CNPJ/RN: 703.628.294-35

Grupo: CONVENCIONAL BOMBA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC S1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Espaço: MONOFÁSICO
Fórmula: 14-E-595-4371 N° Medidor: 000890400



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1889040-0

ACQUIRIR SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0001890400



VALOR DA FATURA
R\$ 109,22



VENCIMENTO
29/07/2020



REFERÊNCIA
Jul / 2020



CONSUMO 4,37 kWh
MÉDIA DIÁRIA
131 kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Jun/20	R\$ 107,22
Maio/20	R\$ 118,12
Abr/20	R\$ 92,95
Mar/20	R\$ 95,84

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Custo	Taxa D Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	Base Calc P. S/P (R\$)	ICMS (R\$)	Base Calc P. S/P (R\$)	ICMS (R\$)
0001	Consumo em kWh	131	0,00	106,38	106,38	27	28,72	106,38	1,10	5,10
0002	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS			4,26	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	CONTRIBUIÇÃO DE SERVIÇOS			1,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	BÔNUS/IMPULSO 10400/2002/10/2019									

CC: Código de Classificação de Item
Taxa de Tributos: 0,00

TOTAL: 106,22 109,39 28,72 106,38 1,10 5,10

RESERVA AO FISCAL

BFG2.8310.8de3.1146.070a.21e4.4c59.1bc2

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Jul/19	58
Agos/19	67
Sep/19	102
Out/19	105
Nov/19	114
Dez/19	117
Jan/20	105
Fev/20	103
Mar/20	114
Abr/20	119
Maio/20	126
Jun/20	121
Jul/20	110

LEITURAS
Anterior 22/06/20 3483
Atual 22/07/20 2587
Consumo 109 kWh
Período 30 dias
Constante do medidor 1
PRÓXIMA LEITURA
21/08/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Tel. da Empresa/PA	28,08	27,28
Consumo de Energia	34,59	31,52
Serviço de Transmissão	4,11	3,77
Serviço de Distribuição	4,22	3,81
Energia Solar	30,17	28,41
Imposto de Renda e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	110,80	100,00

Energia de Uso em Bateria de Qualidade (Resol. 67/2009) 78,40/00

INDICADORES DE QUALIDADE

METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE INFERIOR (%)	LIMITE SUPERIOR (%)
Atividade de manutenção elétrica - DIC	5,18	5,42	13,39	20,77	220
Atividade de manutenção elétrica - DIC	5,18	1,00	6,47	12,55	CONTRATADA
Duração da manutenção elétrica de energia no período - DIC	2,94				LIMITE INFERIOR 202
Duração da manutenção elétrica de energia no período - DIC	12,22				LIMITE SUPERIOR 231

ATENÇÃO

- Para garantir sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa One e WhatsApp (081) 99135-0940.

- **REAVISO:** Caso esta fatura não seja entregue em prazo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/08/2020. Confirme a Residência e MANEJO. O pagamento após esta data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento. Caso o mesmo não seja comunicado ou as contas não sejam pagas, não haverá a suspensão do fornecimento. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer imediatamente após o fim do prazo conferido na Resolução 67/20 da ANEEL. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58051-680
CNPJ 09.086.180/0001-40 - Ins. Est. 15.015.629-04

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 047.898.079 - Emissão 22/07/2020

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA Fica disponível para consulta e pagamento a partir de 22/07/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03150.244006 10546.994178 1.83310000010922

PAGADOR ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ 703.628.294-35
RUA SÁD LUIZ, S/N - BOA ESPERANÇA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000000

Versão Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3150344031054994	001889040202007	29/07/2020	R\$ 109,22	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.086.180/0001-40
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58051-680



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:11:37

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914112918600000044475276

Número do documento: 21080914112918600000044475276



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1244351



Identificação do paciente						
ID 1516311	Nome ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO			Sexo Feminino		
Data de nascimento 04/09/1998	Idade 21 anos 10 meses 27 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião	Prontuário 123474		
Mãe MARGARIDA MARIA DE BRITO			Pai NICOLAU PEDRO DO NASCIMENTO			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 99647127	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4125534	Nº Cns 702807656705566				
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO		Tipo BAIRRO	UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58065021	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SÃO LUIZ			
Número SN	Complemento	Bairro PLANALTO BOA ESPERANÇA				
Admissão						
Data e Hora 04/07/2020 21:55:56	Número da pulseira 1000008814639		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente VEÍCULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA x mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO						Tempo

Imprimir





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Documento de Alta

Nome: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO		Sexo: Feminino	Número Prontuário: 123474	
Data de Nascimento: 04/09/1998	Idade: 21A 10M 1D	Data de Internação: 05/07/2020 03:09:03	Data de Alta: 08/07/2020 02:09:13	BAE: 1244351
Mãe: MARGARIDA MARIA DE BRITO				
Endereço: RUA SÃO LUIZ, SN		Bairro: PLANALTO BOA ESPERANÇA	Município: JOAO PESSOA	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA				
Conduta: #ORTOPEDIA #2° DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Resumo da Internação: #ORTOPEDIA #2° DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Resultado de Exames: #ORTOPEDIA #2° DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Tratamento: #ORTOPEDIA #2° DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur				
Recomendações: #ORTOPEDIA #2° DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIAS) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES				

Data: 08/07/2020

JORGE JOSE SOUSA PINTO
CRM: 12278 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

RG (IDENTIDADE)

4125534

FOI ATENDIDO (A) POR **JORGE JOSE SOUSA PINTO**

DO (A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **04/07/2020 22:08:35**

NECESSITANDO DE **60**

- **sessenta**

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S72.9**

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

JORGE JOSE SOUSA PINTO
(12278/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:11:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914112918600000044475276>

Número do documento: 21080914112918600000044475276



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2007/037 **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2830605, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO**, idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x Moto)** no 04/07/2020, na Rua Inspetora Emília M. Gomes, Bairro: Valentina- João Pessoa-PB, aproximadamente às 21h00min, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 29 de Julho de 2020.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Matrícula: 67574-8

Marina Travassos Lopes
Matrícula: 67574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





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 1244351 e PRONTUÁRIO nº 123474

PACIENTE: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 04.09.98

Data e Hora do Atendimento: 04.07.20

Horário: 21:55h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital trazido para este serviço pelo SAMU vítima de acidente de automóvel e dor forte na coxa direita e joelho direito. Atendido pelo Dr. Teófilo Vanomark CRM 9690, Dr. Jorge José de Sousa Pinto CRM 12278, Dr. Gilvandro Carneiro Leal CRM 2489, Dr. Thales Farias CRM 8799.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO

CID 10 S 72.3

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, Rx da bacia AP e Perfil, Rx da coxa direita AP e Perfil, Rx do joelho e patela direita AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 06.07.20 com redução e fixação de fratura dialisaria do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: Em 08.07.20 às 2:09h.

Data da Emissão: 31.08.20


DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
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.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Unidade de Pronto Atendimento



PARAÍBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1244351



Identificação do paciente				
CPF 1516311	Nome ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO		Sexo Feminino	
Data de nascimento 04/09/1998	Idade 21 anos 10 meses	Estado civil CASADO(A)	Religião	Promissora
Mãe MARGARIDA MARIA DE BRITO			Pai NICOLAU PEDRO DO NASCIMENTO	
Residência			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
119 Delinear 12	Celular 99647127	DDD		Telefone
139 documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4125534	Nº Cns		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO		UF PB	
ETHEL	Naturalidade JOÃO PESSOA	CEO/R		
Endereço				
CEP 58065021	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro SÃO LUIZ	
Número 5N	Complemento	Bairro PLANALTO BOA ESPERANÇA		
Admissão				
Data e hora 04/07/2020 21:55:56	Número da pulseira 1000008814639		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente VEÍCULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Cara policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Unidade de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
<p>Exames de laboratório</p> <p>Paciente vítima de queda de moto, avaliado e encaminhado ao CBL.</p>				
Etiológico				CID
Atendido por VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO				Tempo

Imprimir

Manoel Manoel L.A. Oliveira
Coordenador Geral
04/07/2020 21:59





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: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO	1244351	04/07/2020 21:55:56	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
04/09/1998	21a 10m 1d	Feminino	(83) 99647127
Mãe		CNS	Prontuário
MARGARIDA MARIA DE BRITO			
Endereço	Bairro	Município	UF
SÃO LUIZ, SN	PLANALTO BOA ESPERANÇA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	GILVANDO CARNEIRO LEAL	2489/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
04/07/2020 21:55:56		04/07/2020 22:05:44	

ANAMNESE

paciente conduzida pelo samu referindo acidente de automóvel e dor forte em coxa direita, nega perda da consciência, vômitos e cefaleia; informa ainda ser alérgica a dipirona, ausência de lesões externas, acusa dor à palpação da coxa d e joelho direito, tórax e abdome; não condutida exs, radiol. + alta pa cirurgia + parecer da ortopedia.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL)

CID10

S72.9 - Fratura do fêmur, parte não especificada

Conduta

Em observação

Bc

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(2489/PB)

Boletim registrado por: VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO em 04/07/2020 21:55:56





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO	BAE: 1244351	Data/Hora Entrada: 04/07/2020 21:55:56	Data Baixa:
Data de nascimento: 04/09/1998	Idade: 21a 10m 1d	Sexo: Feminino	Telefone do Contato: (83) 99647127
Nome: MARGARIDA MARIA DE BRITO		CNS:	Prontuário:
Endereço: SÃO LUIZ, SN	Bairro: PLANALTO BOA ESPERANÇA	Município: JOAO PESSOA	UF: PB
Acidente: VEICULO X MOTO	Motivo: ACIDENTE DE AUTOMOVEI	Profissional: RAFAEL ANTUNES VALESTER	Nº Cons. Regional: 12244/PB
Data/Hora Classificação: 04/07/2020 21:55:56		Data/Hora Prescrição: 04/07/2020 23:10:09	

ANAMNESE

paciente conduzida pelo samu referindo acidente de automóvel e dor forte em coxa direita, nega perda da consciência, vômitos e comorbidades. informa ainda ser alérgica a dipirona, ausência de lesões externas, acusa dor à palpação da coxa d e joelho direito, tórax e abdome: não condutas exs. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia. PELA ORTOPEDIA ACIDENTE DE MOTO DOR NO JOELHO DIRE Nega comorbidades. ALERGIA A DIPIRONA RX: FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO CD: AO BLOCO PARA TRACAO ESQUELETICA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODALICO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

RAFAEL ANTUNES VALESTER
(CRM: 12244/PB)

Boletem registrado por: VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO em 04/07/2020 21:55:56



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEB TSHI

NOME: **ELIZEBTH MARIA DO NASCIMENTO** BE/PRONTUÁRIO: **1244351**
IDADE: **21** SEXO: **MAS** COR: DATA: **28/6/2020**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **PASSAGEM DE FIO DE KR PARA TRAÇÃO TRANSTIBIAL À ESQUERDA**
CIRURGIÃO: **DR ANDRE CRISTIANO** 1º ASS: **MR1 ANTONIO**
2º ASS: 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: **SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DISTAL DE FEMUR DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. André Cristiano C. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9714 / TEOT 15806

DATA:

5/7/2020



HEETS, JR.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
PERCUTANEA PARA PASSAGEM DE FIO DE KC Nº 4
Achados:

Condição:								
PASSAGEM DE FIO KC N 4 TRANSTIBIAL ESQUERDO								
CURATIVOS ESTÉREIS								

Fechamento:

RX CONTROLE

Observação:

TRAÇÃO COM 8KG

Dr. André Cristiano C. Lima

Dr. André Cristiano C. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9714 / TEOT 15886

Médico/CRM:

João Pessoa,

5/7/2020





21-11-1974

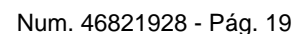
DATA	INDICADOR	ENTRADA	Saída
21-11-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
22-11-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
23-11-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
24-11-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
25-11-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
26-11-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
27-11-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
28-11-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
29-11-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
30-11-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
01-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
02-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
03-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
04-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
05-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
06-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
07-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
08-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
09-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
10-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
11-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
12-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
13-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
14-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
15-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
16-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
17-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
18-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
19-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
20-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
21-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
22-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
23-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
24-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
25-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
26-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
27-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
28-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
29-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
30-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		
31-12-1974	Tráfego, Transmissão (Direito)		

MEMBER OF THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

ASA 1 (1) ASA 2 (1) ASA 3 (1) ASA 4 (1) ASA 5 (1)

ESTADO DE CONTAMINACIÓN: LIMPIA / CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

CIRCULAR 11
C. S. 11



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929771577 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 04/04/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 104713124 PLACA NPU8173/PB

RENAVAM 00307251551 MARCA/MODELO HONDA NXR150 BROS ESD

ANO FAB 2011 CAT. TARI 9 Nº CHASSI 9C2KD0540BR520406

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DECATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) P A G O

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 29/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.608/0001-04

8290-0919565-20180404



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NPU8173

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2018
 Proprietário: *****
 Placa: NPU8173
 Combustível: ALCO/GASOL
 Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
 Ano de Fabricação: 2011
 Ano Modelo: 2011
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 29/05/2020
 Observação:
 Restrição: Comunicacao de Venda
 Financeira:
 Município: SANTA RITA
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 03/09/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº
EXERCÍCIO
2018

NOME / ENDEREÇO

PLACA
NPU8173

PLACA ANTIGA

ESPECIE / TIPO
PASSA / MOTOCICLET

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. ANO MOD
2011 2011

COR PREDOMINANTE
PRETA

CATEGORIA
PARTICULAR

DATA ÚNICA
29/05/2020

OBSERVAÇÕES
Comunicacao de Venda

SANTA RITA 03/09/2020

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200363513 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 04/07/2020 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. ALTA MÉDICA. P9

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287093/20

Vítima: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

CPF: 705.626.054-36

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 04/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO : 705.626.054-36

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: 09/10/2020
Nome: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO
CPF: 705.626.054-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou AQL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

6 - CPF:

705.626.054-36

7 - Profissão:

RUA SÃO LUIZ

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

PLANALTO BOA ESPERANÇA

12 - Cidade:

JOÃO PESSOA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

(83) 98805-6654

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO ITAU

AGÊNCIA: ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir)

8757

CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

45423

9

Autorize 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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

● Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

● IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perdas para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIARIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Vivo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Sim ☐ Não

26 - Vítima deixou companhia(ões):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companhia(ões), informar o nome completo:

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve erro(s):

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar pais/vivos vivos?

☐ Sim ☐ Não

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar nascido(s) vivo(s)?

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou companhia(ões):

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve erro(s):

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha filhos, informar pais/vivos 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.

MÃO ALFABETIZADO

34 - Imprescrito digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 23/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001.V002/2019





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08084683320208152003

BRADESCO SEGUROS 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 **ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 de agosto 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.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:11:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914113786900000044475278>
Número do documento: 21080914113786900000044475278

Num. 46821930 - Pág. 2