



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
46821 927	09/08/2021 14:11	<u>Petição</u>	Petição
46821 928	09/08/2021 14:11	<u>2773481_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
46821 930	09/08/2021 14:11	<u>2773481_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2021 14:11:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21080914112066700000044475275>
Número do documento: 21080914112066700000044475275

Num. 46821927 - Pág. 1



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.

Pag. 01477/01478 - carta_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Num. 46821928 - Pág. 1



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, retorno 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: 10668 054-36 4 - Nome completo da vítima: ELIZABETH MARIA DA NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> ELIZABETH MARIA DA NASCIMENTO	6 - CPF: <input type="text"/> 705.626.054-36		
7 - Profissão: <input type="text"/> RECUSO	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA SÃO LUIZ	9 - Número: <input type="text"/> 510	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> PLANALTO PARA ESPERANÇA	12 - Cidade: <input type="text"/> JOÃO PESSOA	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58000-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> (83) 98805-0254	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <input type="text"/> PV PAGAMENTOS S.A. AGÊNCIA: <input type="text"/> 0001 CONTA: <input type="text"/> 61275293 8 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/Reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou instituição familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

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, 07/10/2020

Elizabeth M. da Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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 Beti, 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: 04/07/2020:00h. 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. C.r.v.: 013929771577.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ESTAVA DE CARONA NA GARUPA DO VEÍCULO JÁ DESCritos ANTERIORMENTE ACIMA, QUE ERA CONDUZIDO POR "ÍTALO 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 POLICIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA 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 POLICIA CIVIL DESTE 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. H. de Souto Lima
Comissário - Mat. 1573560

Procedimento Policial: 00241.01.2020.1.05.101

1/2

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
5^a 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

Governo do Estado da Paraíba
Nº c. de Sígnaro - 168728
Assinado - 1.º Nível - 00000000000000000000
Comissário - Matr. 1117 - 04

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO
Noticiante



Procedimento Policial: 00241.01.2020.1.05.101

2/2



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

Num. 46821928 - Pág. 5



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: 10668 054-36 4 - Nome completo da vítima: ELIZABETH MARIA DA NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> ELIZABETH MARIA DA NASCIMENTO	6 - CPF: <input type="text"/> 705.626.054-36		
7 - Profissão: <input type="text"/> RECUSO	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA SÃO LUIZ	9 - Número: <input type="text"/> 510	10 - Complemento: <input type="text"/> CASA
11 - Bairro: <input type="text"/> PLANALTO PARA ESPERANÇA	12 - Cidade: <input type="text"/> JOÃO PESSOA	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58000-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <input type="text"/> (83) 98805-0254	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: <input type="text"/> PV PAGAMENTOS S.A.
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0001 CONTA: <input type="text"/> 61275293 8
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou instituição familiar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ITAU - 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



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

Num. 46821928 - Pág. 7

ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO
RUA SADILUZ, 571 - BOA ESPERANÇA
JOÃO PESSOA / PB / CEP: 58000000 (AG. 5)



CPF/CNPJ/RANI: 705.626.954-35
Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B/
Classe RES/TC/B1 / Subclasse RESIDENCIAL
Endereço: MONIFASICO
Rótulo: 14-S-566-4871 NP Medidor: 00009303671

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1889040-0

DACASSTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00018890400

VALOR DA FATURA R\$ 109,22	VENCIMENTO 29/07/2020
REFERÊNCIA Jul / 2020	CONSUMO 131kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	
FATURAS EM ATRASO	
Jun/20 R\$107,22 May/20 R\$109,12 Apr/20 R\$109,05 Mar/20 R\$95,84	

CD	Descrição	Cod.	Curit	Taxas	Imp. Base Cál.	Alo.	ICMS Base Cál.	PSB/Cálculo	%
001	Consumo kWh	131	081240	106,38	106,38	27	29,72	105,38	5,10
X17	LANÇAMENTO SERVIÇOS CONTRIBUTIVOS PÚBLICA			4,26	4,26	0	0,00	4,26	0,00
038	BÔNUSTARIFLE 1303082002102078			-1,41	0,36	0	0,00	0,36	0,00

CC: Código de Classificação de Item
Tarifa e Tributos: 0545400

RESERVADO AO FISCO	EF52.0310.8d3.1146.070.2104.4559.1b2																																																								
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO																																																								
<table border="1"><tr><td>01/19</td><td>107</td></tr><tr><td>2/20</td><td>107</td></tr><tr><td>3/20</td><td>102</td></tr><tr><td>4/20</td><td>105</td></tr><tr><td>5/20</td><td>114</td></tr><tr><td>6/20</td><td>117</td></tr><tr><td>7/20</td><td>105</td></tr><tr><td>8/20</td><td>102</td></tr><tr><td>9/20</td><td>111</td></tr><tr><td>10/20</td><td>105</td></tr><tr><td>11/20</td><td>102</td></tr><tr><td>12/20</td><td>121</td></tr><tr><td>Jan/21</td><td>102</td></tr><tr><td>Feb/21</td><td>102</td></tr><tr><td>Mar/21</td><td>102</td></tr><tr><td>Apr/21</td><td>102</td></tr><tr><td>May/21</td><td>102</td></tr><tr><td>Jun/21</td><td>102</td></tr><tr><td>Vida</td><td>102</td></tr></table>	01/19	107	2/20	107	3/20	102	4/20	105	5/20	114	6/20	117	7/20	105	8/20	102	9/20	111	10/20	105	11/20	102	12/20	121	Jan/21	102	Feb/21	102	Mar/21	102	Apr/21	102	May/21	102	Jun/21	102	Vida	102	<table border="1"><tr><td>Descrição</td><td>Valor (R\$)</td></tr><tr><td>Serviços P/el. da Energia/PB</td><td>20,08</td></tr><tr><td>ICMS</td><td>24,08</td></tr><tr><td>Correção de Empresa</td><td>0,11</td></tr><tr><td>Entrega de Arrendamento</td><td>4,22</td></tr><tr><td>Entrega Salários</td><td>30,17</td></tr><tr><td>Imposto de Renda e Entrega</td><td>0,00</td></tr><tr><td>Outros Serviços</td><td>0,00</td></tr><tr><td>Total</td><td>110,63</td></tr></table>	Descrição	Valor (R\$)	Serviços P/el. da Energia/PB	20,08	ICMS	24,08	Correção de Empresa	0,11	Entrega de Arrendamento	4,22	Entrega Salários	30,17	Imposto de Renda e Entrega	0,00	Outros Serviços	0,00	Total	110,63
01/19	107																																																								
2/20	107																																																								
3/20	102																																																								
4/20	105																																																								
5/20	114																																																								
6/20	117																																																								
7/20	105																																																								
8/20	102																																																								
9/20	111																																																								
10/20	105																																																								
11/20	102																																																								
12/20	121																																																								
Jan/21	102																																																								
Feb/21	102																																																								
Mar/21	102																																																								
Apr/21	102																																																								
May/21	102																																																								
Jun/21	102																																																								
Vida	102																																																								
Descrição	Valor (R\$)																																																								
Serviços P/el. da Energia/PB	20,08																																																								
ICMS	24,08																																																								
Correção de Empresa	0,11																																																								
Entrega de Arrendamento	4,22																																																								
Entrega Salários	30,17																																																								
Imposto de Renda e Entrega	0,00																																																								
Outros Serviços	0,00																																																								
Total	110,63																																																								
Energisa PB - Belém de Olivença (R. 6/2020) 7849,00																																																									

INDICADORES DE QUALIDADE	
META	MENSAL / APURADO TRIMESTRAL / ANUAL / LIMITE DE TENSÃO (%)
Nível de satisfação com a energia - DIC	5,13 / 5,42 / 12,38 / 20,73 / NORMAL / 220
Nível de satisfação com a energia - FDI	5,23 / 1,00 / 6,47 / 12,56 / CONTRATADA / 202
Corrigidas mais de 10% da energia no período - DIC	2,91 / 2,91 / 2,91 / 2,91 / LIMITE INFERIOR / 202
Corrigidas mais de 10% da energia no período - FDI	12,22 / 12,22 / 12,22 / 12,22 / LIMITE SUPERIOR / 231

ATENÇÃO

- Para preservar seu crédito, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais, ato, App Energisa OnLine, WhatsApp (031-35-05400).

- REA/19: Caso a fatura acima conste com débito, o pagamento poderá ser suspenso a partir de 01/08/2020. Contarão 30 dias úteis para o pagamento. O pagamento após esse dia não garantirá a utilização do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou esclarecido pelos dias restantes na unidade consumidora para a interrupção. Caso essa fatura esteja pagada, desconsiderar essa mensagem. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS REAVISADAS, para estas a utilização do fornecimento poderá ocorrer imediatamente após o fim do prazo definido na Resolução 676/20 da ANEEL. Fatura sujeita à exclusão em áreas de contrato ao crédito no caso de inadimplemento.

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA BR- 9-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-000
CNPJ: 09.265.189/0001-40 - Ins. Est.: 15015423/00

Note Fiscal/Nota de Energia Elétrica N°047.298.078 - Emissor: 22/07/2020

Esta NOTA FISCAL CONTA DE ENERGIA fixa 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 1.63310000010922

PAGADOR: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 705.626.954-36

RUA SADILUZ, 571 - BOA ESPERANÇA

JOÃO PESSOA / PB / CEP: 58000000

Nº Documento	Data de Vencimento	Valor Documento	Valor Pagto
31502440021054990	001889240202001	20/07/2020	R\$ 109,22

38-6019-CARDIO, ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA CNPJ 08.65.183 / 0021-40

Br-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-000

31-208091411291860000044475276



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

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
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			UF PB
Endereço				
CEP 58065021	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SAO 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 VEICULO 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	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO				
<input type="button" value="Imprimir"/>				





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
Mãe: MARGARIDA MARIA DE BRITO			
Endereço: RUA SÃO LUIZ, SN		Bairro: PLANALTO BOA ESPERANÇA	Município: JOAO PESSOA
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIA) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES			
Resumo da Internação: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIA) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES			
Resultado de Exames: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIA) PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. EXAMES: OK RX DE CONTROLE: OK CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANTIBIÓTICO ANALGESIA CLEXANE ORIENTAÇÕES			
Tratamento: #ORTOPEDIA #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIA) 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 #2º DPO DE FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO S/ COMPLICAÇÕES (DR. MILTON BARBOSA DR. THALES FARIA) 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





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

[Assinatura]

JORGE JOSE SOUSA PINTO
(12278/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena





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 Emilia 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
Estadística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
CNPJ 08.806.754/0015-40

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 vitima 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 diafisaria do fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: Em 08.07.20 às 2:09h.

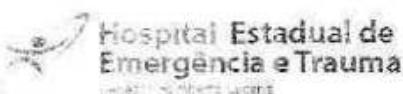
Data da Emissão: 31.08.20

DR. GLENDER TÉRCIO 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.





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

Boletim de Atendimento: 1244351

**Identificação do paciente**

1516311	Nome ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO			Sexo Feminino
Data de nascimento 04/09/1998	Idade 21 anos 10 meses	Estado civil CASADO(A)	Religião	Promovida
Mae MARGARIDA MARIA DE BRITO				Pai NICOLAU PEDRO DO NASCIMENTO
Residência				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
Telefone	Celular 99647127	DDD	Telefone	
Nº documento RC (IDENTIDADE)	Número documento 4125534	Nº Cns		
Lugar de procedência VALENTINA FIGUEIREDO				UF PB
CEP 58065021	Município de residência JOAO PESSOA	Type BAIRRO	CBO/R	
Número 5N	Complemento	Bairro PLANALTO BOA ESPERANÇA		

Endereço

CEP 58065021	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SÃO LUIZ
Número 5N	Complemento	Bairro PLANALTO BOA ESPERANÇA	

Admissão

Mês/Hora 04/07/2020 21:55:56	Número da pulseira 1000008814639	Convênio SUS	
Especialidade GIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Leva policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
União de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Exame X: [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Fracente vítima de queda de moto, avaliada e encaminhada ao EDL.

*Med. Maria Lúcia
CID: 00000000000000000000000000000000*

Diagnóstico: Fracente vítima de queda de moto, avaliada e encaminhada ao EDL.	CID
Assinado por: VANEIDE TAVARES DO NASCIMENTO	Tempo

Imprimir



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



PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO	1244351	04/07/2020 21:55:56	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
04/09/1938	21a 10m 1d	Feminino	(83) 99647127
Mãe			Prontuário
MARGARIDA MARIA DE BRITO			
Endereço	Bairro	Município	UF
SAO LUIZ, SN	PLANALTO BOA ESPERANÇA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Reptura
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE AUTOMOVEL	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 prado da concordância, vâmitos e comorfo dianas.
informa ainda ser alérgica a dipirona, ausência de lesões extemas, accusa dor à palpação da coxa d e joelho direito, tórax e abdome; nega febre, exa, radiol. + alta da 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

Br:

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



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, SIN, 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:	Sexo	CNS	Telefone do Contato
04/09/1998	Feminino		(83) 99547127
Via:	Bairro		Prontuário
MARGARIDA MARIA DE BRITO	PLANALTO BOA ESPERANÇA		
Endereço			UF
SAO LUIZ, SN			PB
Acidente:	Motivo:	Município	Nº Cons. Regionais
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE AUTOMOVEL	JOAO PESSOA	12244/PB
Data/Hora Classificação:		Profissional	
04/07/2020 21:55:56		RAFAEL ANTUNES VALESTER	
		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 condutor, exs. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia. PELA ORTOPEDIA ACIDENTE DE MOTO DOR NO JOELHO DIREITO NEGA COMORBIDADES ALERGIA A DIPIRONA RX: FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO CD: AO BLOCO PARA TRAÇÃO 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 PODÁLICO

Conduta

Em observação

Enfermeiro

RAFAEL ANTUNES VALESTER
(CRM: 12244/PB)

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



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

Num. 46821928 - Pág. 16



RELATÓRIO DE CIRURGIA

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
<u>FRATURA DIAFISARIA DISTAL DE FEMUR DIREITO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA</u>	

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSHL

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB SEDAÇÃO

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

A POSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

180°

PERCUTANEA PARA PASSAGEM DE FIO DE KC N° 4

Achados:

FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR DIREITO

Conduta:

PASSAGEM DE FIO KC N 4 TRANSTIBIAL ESQUERDO

CURATIVOS ESTÉREIS

Fechamento:

RX CONTROLE

Observação:

TRAÇÃO COM 8KG

Dr. André Cristiano C. Lima

Ortopedia e Traumatologia

CRM-PB 9714 / TEOT 15886

Médico/CRM:

João Pessoa,

5/7/2020



RE 1264331 Nota de Sala Cirúrgica

四

ELIZABETH N° do Nascimento
MORADOR EMERGÊNCIA LEITO
Fausto, Mauricio (Diruto)
Andrea PAUL.
D. Roberto Lira
Sedago

97-11-Roberto Gómez Montejo ENTERNAKA LUTO
DNI: 10000000 ANEXO TABM.
Dra Roberto Gómez Sedagoo

PRIMERAS 1000
07/12/20 DICUCHICO - ANESTESIA INTRAVENOSA 9:30 COUROGIA DRCG 114 3° 40

© 2006 Lippincott Williams & Wilkins • ASA | AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS

卷之三

ESTO DILECTO MUNICIPIO DE TELDE CONTAMINADA CON INFECCIONES Y POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MÉDICOS ANESTÉSICOS	QTD.		MATERIAIS CÓD.	QTD.	FÍOS
ALFACANTILA		SFL	SELLO N°18		SELLO GUT CHROMADO N°
BUTIACETINA ISOPROPICA			SELLO N°20		SELLO GUT CHROMADO N°
CLIVACETINA PESADA			SELLO N°22		SELLO ACID N°
ESTATINA		SRL	SELLO N°24		SELLO ACID N°
PROTACOL			KIT SIST. DREM. FUMAXINA N°		SELLO NYLON N°
UNIVALENT		SOLUÇÕES	LÂMINA ESTERIL 5X7		FIO DE NYLON N°
URINARIAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA ESTERIL 7X7		FIO DE NYLON N°
TANCA		JVM DEGERMANT.	LÂMINA ESTERIL 10X10		FIO POLICLORÍNICO N°
MALHA		IMPINTURA	LÂMINA ESTERIL 10X14		FIO POLICLORÍNICO N°
ESPLUMARIO		PARA TÓPOD	LÂMINA DE DERMOLOGO		FIO POLICLORÍNICO N°
COLATAS SUTURAS		SABAO ANTISEPTICO	LÂMINA DE LUXATO		FIO POLICLORÍNICO N°
ODONTOCAIRNA VASSO		MATERIAIS	LÂMINA DE PROTEENIENTE PAR		FIO POLIPRÓPILEO N°
ODONTOCAIRNA CLASS		AGULHA 13X4,5	LÂMVA ESTERIL 10X10		FIO POLIPRÓPILEO N°
ODONTOCAIRNA VASSO		AGULHA 13X6,5	LÂMVA ESTERIL 10X10		FIO POLIPRÓPILEO N°
AC AZOLAS		AGULHA 21X6,5	LÂMVA ESTERIL 10X10		FIO SEZA N°
INCUTERIA		AGULHA 40X12	LÂMVA ESTERIL 10X10		FIO CARDIACA
INDUSTRIAL		AGULHA PERIDURAL N°16	MASCARA C/ TUBO		MATERIAL ESPECIAL
INDUSTRIAL		AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATHETER DE PVC
INDUSTRIAL		AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE S. BDO		COVETTO-CIRÚRGICO
ESTUFA		AGULHA RAQUI N°19	SCALP N°15		COVETTO-CIRÚRGICO
ESTUFA		AGULHA RAQUI N°20	SCALP N°21		COVETTO-CIRÚRGICO
ESTUFA		AGULHA RAQUE N°20	STRNGA 1ML		COVETTO-CIRÚRGICO
ESTUFA		AGULHA RAQUE N°20	STRNGA 1ML		COVETTO-CIRÚRGICO
ESTUFA		ALGODÃO ORTOPEDICO	STRNGA 1ML		COVETTO-CIRÚRGICO
ESTUFA		ATAJURA DE CREPOM	STRNGA 10ML		COVETTO-CIRÚRGICO
ESTUFA		ATAJURA GESSADA	STRNGA 20ML		COVETTO-CIRÚRGICO
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLETA IN COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRASUERAL N°12		COMPACT ABSORTIVO
ADRENALINA		CANULA IN TRAUMOTOSTOMA N°	SONDA ASP. TRASUERAL N°18		FIO DEZVA. VENTILATUR
ÁGUA ESTERILIZADA		CATETER DE OXIGENO	SONDA ASP. TRASUERAL N°18		PROTESE VASCULAR
URIDINA		CATETER EMBOLICO ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRASUERAL N°14		SP. PAM
URIDINA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRASUERAL N°16		EXATOR EXTRANO
URIDINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 25ML N°2		EXOPTERA
PANETANGINA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 25ML N°4		
URIDINA		CERA PARA OSSO	SONDA MASOG. CURTA		PARENTECA CORTICAL
URIDINA		COLET URENA FECHADO	SONDA MASOG. LONGA		PARENTECA CONTÍNUA
URIDINA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°		PANATELLA BOMBEADA
URIDINA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRUNHA		PARENTECA ENCATADA
URIDINA DE LANCÔ		DREN. DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARENTECA MATERIAS
URIDINA		DREN. DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARENTECA MATERIAS
URIDINA		ELETRODOD	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARENTECA MATERIAS
URIDINA		ESTOJO MACROGOTAS	TUBO SEZONEN-L-TEX		PLAST
URIDINA		ESTOJO TRANSF. SANGUE			PLAST
URIDINA		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
URIDINA		ESPONJA DE PUFI			
URIDINA		ESTRABAKAPO			
URIDINA		GAZES	FIO ALGODÃO 5M N°		ESTOFER ELECTRICO
URIDINA		GAZES ALGODODADAS	FIO ALGODÃO 5M N°		ENDOCRINOLOGIE
URIDINA		GELELETROLITICO	FIO ALGODÃO 5M N°		DISPENSADOR
URIDINA		JE 20 N°14			FIO ALGODÃO
URIDINA		SELLO N°18			FIO CENTRAL
					IMCROSCOPIO
					OCULOTROPE DE FELSO
					PA. DIVASIANO D'ARCY
					REFUMADOR ELÉTRICO
					SEGURO
					CIRCULANTE





REF ID: CL

FICHA DE ANESTESIA

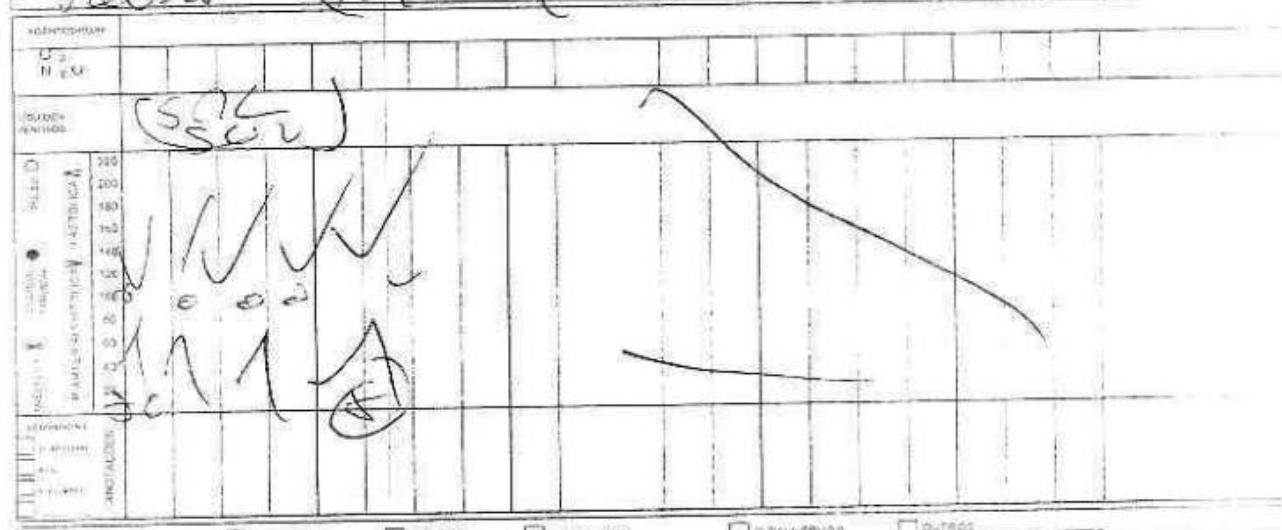
DATA: 05/07/20

PRONTUÁRIO

SEXO: COR: IDADE:

PACIENTE: *Elegiethy*

PRESSÃO ARTERIAL PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL: <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PESSIMO	RISCO CIRURGICO: <input checked="" type="checkbox"/> BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU		
EXAMES COMPLEMENTARES: <i>VNM</i>			
AP. RESPIRATORIO: <i>mcostm</i>		AP. CIRCULATORIO:	
AP. DIGESTIVO: <i>des</i>	ESTADO MENTAL:	TIROGAS EM UNI:	
PRE-ANESTESICO: <i>Turbo</i>			ESTADO FÍSICO:
DOSE HORA:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:			
CIRURGIA REALIZADA: <i>traco</i>			
CIRURGIA:	AUXILIARES	Dr. Roberto Ciraulo Neto Médico Anestesiologista	
INÍCIO DA ANESTESIA:	TERMINO DA ANESTESIA:	CRM-PB 10.718 / RQE 6405	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH:	VALORES RS:	
ANESTESISTA: <i>Roberto Ciraulo</i>	CPFE:	CRM-PB	



TIPO DE MEDICAMENTO	VALOR	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
1	11	<i>Roberto Ciraulo</i>
2	12	<i>Roberto Ciraulo</i>
3	13	<i>Roberto Ciraulo</i>
4	14	
5	15	
6	16	
7	17	
8	18	
9	19	
10	20	
RESULTADO DE LABORATÓRIOS		
ANESTESIA BAIXA INTESTINAL		

Dr. Roberto Ciraulo Neto
Médico Anestesiologista
CRM-PB 10.718 / RQE 6405

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS 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 — DATA EMISSÃO —
2018 04/04/2018

VIA	1	104713124	CPF / CNPJ	PLACA
RENAVAM	00307251551	MARCA / MODELO	Nº CHASSI	
ANO FAB.	2011	RONDA NXR150 BROS ESD	9C2KD0540BR520406	

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DETRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
--------------------	-----------------------	--------------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IDF (R\$) SEGURADO	TOTAL A SER PAGO PELO SEGUROADO (R\$) PAGO
---------------------------------	-----------------------	---

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
S COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	29/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.608/0001-04

8290-0919565-20180404



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

Num. 46821928 - Pág. 21

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETTRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COLETA/ENTREGA DATA EXERCÍCIO
2018

HOME / ENDEREÇO

DATA PLACA
NPU8173

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ESD

ESPECIE / TIPO
PASSA / MOTOCICLETA

CATEGORIA
ESD

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

ANO FAR ANO MOD
2011 2011

COR PREDOMINANTE
PARTICULAR PRETA

IPVA VENCIMENTO LICENCIAMENTO
29/05/2020 29/05/2020

OBSERVAÇÕES
Comunicacao de Venda

LOCAL
SANTA RITA

DATA DA CONSULTA
03/09/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

NPU8173**Imprimir Consulta**

Último Licenciamento: 2018

Proprietário: *****

Placa: **NPU8173**

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA

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



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/07/2020

Titular do CPF: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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



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

Num. 46821928 - Pág. 24

<p>PEDIDO DO SEGURO DPVAT</p> <p>Escolha de(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (despesas de assistência médica e suplementares) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE</p> <p>2. Nº do atestado ou ASL: _____ 3. CPF da vítima: _____ 4. Nome completo da vítima: _____</p> <p>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FÍSICA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÓDIGO DA SUSP: N° 645/2022</p> <p>5. Nome completo: ELIZABETH MARIA DO NASCIMENTO 6. CPF: 705.626.054-36 7. Profissão: RECUSO 8. Endereço: RUA SAO LUIZ 9. Número: 58000-000 10. Complemento: CASA 11. Bairro: PLANALTO BOA ESPERANÇA 12. Cidade: JAO PESSOA 13. Estado: PB 14 - CEP: 58000-000 15 - E-mail: (63) 98805-6654 DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR DADOS CADASTRAIS 20 - ENDERECO MENSAL DO TRIBUNAL DA CONTRA: 21 - DADOS BANCARIOS: CONTA POUPANCA (Selecione para os bancos abaixo. Atualize seu opção) <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICARIO DA INDENIZACAO <input type="checkbox"/> RECURSO INFORMATIVO R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM REINDA ACIMA DE R\$5.000,00 22 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDO DO INI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COTERIA DE INVALIDEZ PERMANENTE Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (311) Nome da BANCO: BANCO ITAU CONTA CORRENTE (selecionar os bancos) 23 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDO DO INI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COTERIA DE MORTE Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (311) Nome da BANCO: BANCO ITAU CONTA CORRENTE (selecionar os bancos) 24 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDO DO INI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COTERIA DE INVALIDEZ PERMANENTE Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (311) Nome da BANCO: BANCO ITAU CONTA CORRENTE (selecionar os bancos) 25 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDO DO INI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COTERIA DE MORTE Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (311) Nome da BANCO: BANCO ITAU CONTA CORRENTE (selecionar os bancos) 26 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDO DO INI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COTERIA DE MORTE Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (311) Nome da BANCO: BANCO ITAU CONTA CORRENTE (selecionar os bancos) 27 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE LAUDO DO INI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COTERIA DE MORTE Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (311) Nome da BANCO: BANCO ITAU CONTA CORRENTE (selecionar os bancos)</p>		<p>18 - CPF do Representante Legal:</p> <p>19 - Profissão do Representante Legal:</p> <p>20 - Nome completo do Representante Legal:</p> <p>21 - CPF do Representante Legal:</p> <p>22 - Declaração, 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 (Art. 6º, I, § 7º), uma vez que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atende a regra de aderente ou da vítima residente noa minha residência ou no meu domicílio. • O IML que atende a regra de aderente ou da vítima residente noa minha residência não realiza precatas para fins do Seguro DPVAT, ou solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por violar a permanente, com base na documentação médica apresentada nela. • O IML que atende a regra de aderente ou da vítima residente noa minha residência realiza precatas para fins do Seguro DPVAT, ou decretar que esta autorização não significa privacidade ou renúncia ao direito de contestar a avaralhado médica, caso contrário, conforme o disposto na Lei 1.194/74. <p>23 - Estado: <input type="checkbox"/> Sólotrio <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado (videlicet) <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Outro da vítima 24 - Data da vítima: _____ 25 - Declaração de que o beneficiário tem a vítima com a vítima residente ou no meu domicílio, de forma que o beneficiário é quem deve receber o valor recebido:</p> <p>26 - Vítima é menor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima é menor, informar o nome completo:</p> <p>28 - Vítima é menor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se a vítima é menor, informar o nome completo:</p> <p>30 - Vítima é menor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima é menor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se a vítima é menor, informar o nome completo:</p> <p>33 - Vítima é menor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 34 - Vítima é menor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 35 - Nome legal de quem assina o pedido (a rogo): _____ 36 - CPF legal de quem assina o pedido (a rogo): _____ 37 - Assinatura da quem assina o pedido (a rogo): _____ 40 - Local e Data: JAO PESSOA, 23/10/2020 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____ 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ TESTEMUNHAS </p>
--	--	---



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a 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.joaoarbosaadvass.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. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 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