



Número: **0800541-78.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **03/06/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEDINALDO LACERDA DUTRA (AUTOR)	ALINE RODRIGUES GOMES (ADVOGADO) TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37914 288	16/12/2020 12:05	<u>2773482_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: Gedinaldo Hacerda Dutra		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Gedinaldo Hacerda Dutra		CPF: 063.738.134 - 36		
Profissão: Mecânico	Endereço: Rua Teodoro Oliveira Bento	Número: 991	Complemento: 	
Bairro: Nova Vida	Cidade: Pombal	Estado: PB	CEP: 58 840 - 000	Tel.(DDD): (83) 99900-0530
Email: J.ewerton@hotmail.com				

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

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

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

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 <input type="checkbox"/> CONTA: 62641 <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Pombal - PB, 19 de maio de 2020	TESTEMUNHAS
	Nome: Gedinaldo Hacerda Dutra CPF: 063.738.134 - 36	1º Nome: _____ CPF: _____
(* Assinatura de quem assina A ROGO g. dinaldo Hacerda Dutra		Assinatura
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 015222.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 015222.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:34 min do dia 20/04/2020, na Delegacia Online, **GEDINALDO LACERDA DUTRA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MECANICO, natural de Pombal, nascido(a) em 16/10/1984, idade 35, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA e GERALDO DUTRA DA SILVA, CPF 063.738.134-36, residente e domiciliado(a) no(a) RUA TEODÓSIO OLIVEIRA LEDO, nº 991, bairro NOVA VIDA, na cidade de Pombal/PB. CEP: 58840000, telefone(s) 83999367717, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 16/02/2020 15:00h; Tipificação: Boletim Emergencial; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: RUA PROF. ORACIO BANDEIRA, CARVALHADAS, Pombal/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

AFIRMA O COMUNICANTE QUE NA DATA, LOCAL E HORÁRIO ACIMA DESCrito FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, ONDE CONDUZIA UMA MOTO NA RUA PROFESSOR ORACIO BANDEIRA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO VINDO A CAIR AO SOLO, RESULTANDO EM UMA FRATURA EXPOSTA NA Perna DIREITA.

A MOTOCICLETA É LICENCIADA EM NOME DE ELIBERTO LACERDA DUTRA, HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA OGF1307/PB, CHASSI Nº 9C2KD0550ER203835, ANO DE FABRICAÇÃO 2013, COR PRETA.

APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL, ONDE FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. NADA MAIS A CONSTAR.

x Gladinaldo Gazeira Dutra

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3213-9053. E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

x Gedinaldo Lacerda Dutra 939B216EDCFF380791A11C4BA111E0BD
GEDINALDO LACERDA DUTRA Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3213-9053. E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
063.738.134 - 36 Gedinaldo Hacerda Dutra

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

Nome completo: Gedinaldo Hacerda Dutra	CPF: 063.738.134 - 36		
Profissão: Mecânico	Endereço: Rua Teodoro Oliveira Bento	Número: 991	Complemento:
Bairro: Nova Vida	Cidade: Pombal	Estado: PB	CEP: 58 840 - 000
Email: j.ewerton@hotmail.com			Tel.(DDD): (83) 99900-0530

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0732 CONTA: 62641 6 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou
nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
pais/avós vivos? Sim 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Pombal - PB, 19 de maio de 2020
Nome: Gedinaldo Hacerda Dutra
CPF: 063.738.134 - 36

g. arval je fo aca je fo ntre
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE POMBAL

SECRETARIA DE SAÚDE



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 05801

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA:	OCORRÊNCIA N°:	PACIENTE/USUÁRIO:	IDADE:	SEXO:
16-02-2020	0021	Jedinaldo Lacerda Dutra	36	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR	
Prof. Drácia Bandeira		Lourinhã	Rosivam	
DESTINO DO PACIENTE:	RESPONSÁVEL:	PROMOTOR:		
H.R.P.		Médico		
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
<input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO:				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL:	RESPONSÁVEL:	PROMOTOR:		
APOIO LOCAL	PM	GATE/BOMBEIROS	PRF	CPTRAN
			STTRANS	CUTRO:
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO QTH <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO				
<input type="checkbox"/> RECUSA O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ÓBITO DO LOCAL				

*TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	<input type="checkbox"/> ECTOPISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DOENÇAS
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> ARTERIAL
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DOENÇAS DE VASCOS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIMAS):

Alcoolemia; fratura em M.I.D. (exposta)

DADOS VITAIS:

VVAA: LIVRE OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO <30 rpm >30 rpm PULSO RADIAL: PRESENTE AUSENTE
P.A: 100 x 80 FC 99 FR: TEMP: RC - RGT: SpO2 96

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

SSVV; imobilização; curativo; At

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de queda de moto, encalhado em decíduo cerebral; alcoolizado; consciente, após desorientado. Apresentava fratura exposta em M.I.D. feito protocolo de trauma e

transporte para o H.R.P. Blaith

MATERIAL UTILIZADO

DATA DE EMISSÃO:	01/01/2021
HORA DE EMISSÃO:	10:00
PERÍODO DE VIGÊNCIA:	01/01/2021 - 01/02/2021
PERÍODO DE EXPIRAÇÃO:	01/02/2021

E.C.G: NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO RAZÃO: SA ALCERADA

EXAME NEUROLÓGICO: AGITAÇÃO SONOLÉNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ
ALVARESCO ACUDIU

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL TRABALHO DE PARTO NORMAL
LAVAGEM VAGINAL

SEMANAS: _____ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

PROCEDIMENTOS: DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO/ORTORAQUEAL CANULA/ORTOFARINGEA
 CRICOTIREIDOSTOMIA VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA MENTILAÇÃO INVASIVA OXIGÉNIO CATÉTER-ÓCULOS
 DRENAGEM TORÁCICA MASSAGEM CARDIACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO CURATIVO
 CONTROLE DE HEMORRAGIA PUNÇÃO VENOSA TONDA CATÉTRICA SONDA VESICAL ASPIRAÇÃO/V.A.
 IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS TALAS COLAR CERVICAL IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA SEDAÇÃO
 OUTROS: _____

TERAPÉUTICA/MEDICAMENTOS:

SRU 500 ml

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRENCIAS / MÉDICOS:

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRAS

TERMO DE RECUSA:

NOME: _____

RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____

CRM: _____

MAT: _____

ENFERMEIRO(A) Magnus Silene

COREN: 202.692

MAT: 05211-00

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Betânia

COREN: _____

MAT: _____

CONDUTOR SOCORISTA: Gláuio Santos

MAT: _____



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEDINALDO LACERDA DUTRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000062641-6

Nr. da Autenticação 193AC5B364505B07



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 12:05:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121612055561600000036164742>
Número do documento: 20121612055561600000036164742

Num. 37914288 - Pág. 7



REGISTRO GERAL	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO 2.911.384 - 2ª VIA	DATA DE Expedição 15/08/2017
NOME GEDINALDO LACERDA DUTRA	
FILIAÇÃO GERALDO DUTRA DA SILVA	
MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA	
NATURALIDADE POMBAL-PB	
DOC. ORIGEM CERT. NASC. Nº 17.781 - LIV.A-16 - FLS 215-V - CARTÓRIO POMBAL-PB	
CPF 063.738.134-36	
DATA FRENTE - 08/08/2018	
DATA TRAS - 29/08/2018	
	A+



CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/E

GERALDO DUTRA DA SILVA
RUA TEODOSIO OLIVEIRA LE
PB 58840- 000

Inscrição	SMI	IB
112.001.685.0211.000	000	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Lc
V-16N136549	31/08/2016	XX

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³)
438 | 454 | 16
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID
JAN/2020 22 PAR
DEZ/2019 17 TUR
NOV/2019 16 CLO
OUT/2019 17 COL
SET/2019 13 COR
AGO/2019 15 COL
MEDIA(M) 16 DADO

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

DESCRICAÇÃO

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M³ - R\$ 37,91 POR UNIDA
11 M³ A 20 M³ - R\$ 4,89 POR
ESGOTO
ACRESCIMO(S) NESSES ANT. 12,26
JUROS DE MORA 12/2019

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$

VENCIMENTO: 26/02/2020 Tot



SINVALDO ARAUJO DO O
RUA DOMINGOS DE MEDIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO
POMBAL / PB CEP: 58840000 (AG. 227)



CPF/CNPJ/RANI: 780 920 114-68

Grupo CONVENCIONAL BÁSICA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 10-227-85-1360 N° Medidor: 00008163193

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1414302-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00014143028

VALOR DA FATURA R\$ 232,24	VENCIMENTO 01/06/2020
REFERÊNCIA Abr / 2020	CONSUMO 8,90 kWh MEDIADA/SA 267kWh
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

DESCRITIVO								
CCG	Descrição	Quant.	Tributos:	Valor Base Calc.	ICMS	Alíq.	ICMS Base Calc.	PIS/COFINS
			Total	[R\$]	ICMS	[R\$]	[R\$]	[R\$]
0601	Consumo em kWh	267	0,013600	217,25	217,25	27	59,65	217,25
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			14,99	0,00	0	0,00	0,00
								10,66

CCG: Código de Classificação do Item
Tarifa s/ Tributos: 0,545400

RESERVADO AO FISCO 4ae2,5494,6bbb,06a0,09f2,b1c6,37d4,f0a7.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Abri'19	226	Descrição	Valor (R\$)
Mari'19	220	Serviços de Dist. da Energisa/PB	24,00
Jun'19	226	Compras de Energia	71,32
Jul'19	225	Serviço de Transmissão	6,50
Agosto'19	197	Serviço de Sistema	8,81
Sep'19	259	Impostos Diretos e Encargos	86,51
Out'19	283	Outros Serviços	0,00
Nov'19	520	Total	232,24
Dez'19	292		100,00
Jan'20	219	Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 2/2020) ; R\$01,23	
Fev'20	255		
Mar'20	274		
Mádia	249		
PRÓXIMA LEITURA			
18/05/2020			

*Consumo referente ao mês anterior

INDICADORES DE QUALIDADE

META	MENSAL	APURADO TRIMESTRE	ANUAL	LIMITEDE TENSÃO (%)
Hora que o cliente ficou sem energia - DG	6,91	0,11	11,82	NOMINAL
Vezes que o cliente ficou sem energia - FG	3,28	1,00	8,72	CONTRATADA
Duração da interrupção de energia no período - DMIC	3,48			LIMITE INFERIOR
Duração da interrupção de energia em período - DICR	12,22			LIMITE SUPERIOR

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e WhatsApp (85) 28135-5540.

PAÍD VIA INTERNET DB - 12/05/2020

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA - Bv 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071480
CNPJ 09.095.193/0001-40 Inscrição Estadual 16.015.922-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°042.152.041 - Emissor: 16/04/2020

Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA FICA DISPONÍVEL PARA CONSULTA E PAGAMENTO A PARTIR DE 10/04/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 14487.074172 6 82730000023224

PAGADOR: SINVALDO ARAUJO DO O - CPF/CNPJ: 780 920 114-68
RUA DOMINGOS DE MEDIROS, 115 / APTº 103 - CENTRO
POMBAL / PB CEP: 58840000

Nº do Documento	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014487074	001414302202004	01/06/2020	R\$ 232,24	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SIA CNPJ 09.095.193/0001-40
Bv 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.²

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reassessoramento.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.413/96.

Pelo exposto, eu Tarcísio Ewerton P. Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.153.474/46, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Cedinaldo Facerda Dutra, inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.438.134/36, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Cedinaldo Facerda Dutra, inscrito (a) no CPF sob o Nº 063.438.134/36, conforme determinação da Circular Susan 445/12.

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 300 do Código Penal.

Endereço Rua Domingos de Medeiros	Número 115	Complemento Apt. 103
Bairro Centro	Cidade Pembal	Estado PB
Email j.trevoitom@gmail.com	Telefone comercial(DDD) (83) 3299-0000-0630	Telefone celular(DDD)

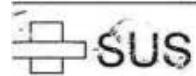
Pombal, 19 de maio de 2020

— 10 —

Torvisio Environs Province Almeida

Assinatura do Declarante





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

— Identificação do Estabelecimento de Saúde

— 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO 2 - CNES 2592568

— Identificação do Paciente

— 3 - NOME DO PACIENTE GEDINALDO LACERDA DULTRA 4 - PRONTUÁRIO 41251

— 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 127-5070-2490-0032 6 - DATA DE NASCIMENTO 16/10/1984 7 - SEXO F 8 - RACA / COR BRANCA

— 9 - NOME NA MÃE MARIA DO CARMO L. OLIVEIRA 10 - TELEFONE 34310149.

— 11 - NOME DO RESPONSÁVEL

— 12 - ENDEREÇO RUA TEODOSIO DE OLIVEIRA LEDO N.: CENTRO 13 - BAIRRO

— 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

— 18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Obesidade com Tumor na Mamas

— 19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AJ auxiliadas

— 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Histórico fex. fixo + VV

— 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Obesidade com Tumor na Mamas

22 - CID 10 PRINC. 982.3

23 - CID 10 SEC. W61

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

— 25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Obesidade

26 - COD PROCEDIMENTO

0408050225

— 27 - CLÍNICA

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Eduardo Torres

32 - DATA SOLIC. 18/02/2020

000

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

— PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGUROADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CHPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

— 44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL

() CNS () CPF

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

19





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 16/02/2020 16:03:38

Corrência: INTERNAMENTO

servidor do Dr.: 0430

paciente GEDINALDO LACERDA DULTRA

Idade: 35 Sexo F

Filiação

Pai:

Mãe: MARIA DO CARMO L OLIVEIRA

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

N.:

Endereço: RUA TEODOSIO DE OLIVEIRA LEDO

Bairro: CENTRO

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

Documentos

CRNS: 127-5070-2490-0032

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 16/10/1984

Cor: BRANCA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: MECANICO

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Enviado de moto
com sangue no pulso*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

*Dor - edema +
deformidade*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Raio X

Diagnóstico:

IX OSSO de ferro

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, _____ / _____ / _____

Recepção: FATIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 12:05:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121612055561600000036164742>

Número do documento: 20121612055561600000036164742

Num. 37914288 - Pág. 12



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL

NOME DO PACIENTE	Gedivaldo Lacerda Dutra	Nº PRONTUÁRIO
HORA DA OPERAÇÃO	18-02-20	ENF.
OPERADOR	DJ - S. S. M.	1º AUXILIAR
AUXILIAR		3º AUXILIAR
ESTESISTA		INSTRUMENTADOR
AGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fu fuz distibuir dos ossos de perna	TIPO DE ANESTESIA

PO DE OPERAÇÃO

Tto curvifio

AGNOSTICO PÓS- OPERATORIO

O mesmo -

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

XAME RADIOLÓGICO NO ATO

CIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

Paciente com DDA 905 astenof.
Balançamento com fios de suture -
Autosepsis + Aposição de campo limpo
Início anterior + abordagem por dor
Adutor anterior
Axial com placas DCP + fios + parafusos enterrados
Lateral
Superior
Inferior



FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	<i>HR Pombal</i>	Emfermaria	Leito	Nº Prontuário
		Nome		<i>Cedimoldo Lacerda Dutra</i>		Idade
Anta	Pressão Arterial Pulso		Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo de Sanguíneo	Hemátmias	Hemoglobina	Hematórito	Glicerina	Uréia	Outros
	Urina					
Ap. Respiratório <i>17PM</i>				Asma	Bronquito	
Ap. Circulatório <i>10.11</i>				Eletrocardiograma		
Ap. Digestivo <i>Tenz OK</i>				Ap. Urinário		
Estado Mental <i>LOPE</i>				Alergia	Hipotenscres	
Diagnósticos Pré-Operatório <i>Fistula de fibra</i>				Estado Físico	Risco	
Anestesias Anteriores						
Medicação Pré-Anestésica				Aplicado às	Efeito	
AGENTES ANESTÉSICO	02					
		<i>0-0-0-0</i>				
LÍQUIDO	<i>Bac Bac</i>					
CÓDIGO P.V. ARTERIA PULSO RESPIRAÇÃO Vz - ANESTESIA OPERAÇÃO	260	<i>260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20</i>				
	240	<i>240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20</i>				
	220	<i>220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20</i>				
	180	<i>180 160 140 120 100 80 60 40 20</i>				
	160	<i>160 140 120 100 80 60 40 20</i>				
	140	<i>140 120 100 80 60 40 20</i>				
	120	<i>120 100 80 60 40 20</i>				
	100	<i>100 80 60 40 20</i>				
	80	<i>80 60 40 20</i>				
	60	<i>60 40 20</i>				
40	<i>40 20</i>					
20	<i>20</i>					
SÍBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>Pct pontudo, inc. A-Fs juncos de 04-05cm lunula. 256. (WGT) fases de Bruxismo Dendo Brg + nogue 60%</i>					
POSIÇÃO	<i>Sentado - DOD</i>					
Agentes	<i>Oxigênio 1L: Desodorante 10g: Ivermectina</i>					
Técnica	<i>Regional</i>					
Operação	<i>Tratamento de fistula de fibra</i>					
Cirurgião	<i>Session</i>					
Anestesiologistas	<i>Ricardo Martins Formiga</i>					
Observações	<i>Pct ciente e consciente em o procedimento</i>					
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós operatórias						

FOLHA DE ANESTESIA





HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Eduardo Wacander Dutra

Filiação: _____

Sexo: Mas. Idade: 35 Cor: Branca

Procedência: C. cirúrgica Data: 18 / 02 / 20

Cirurgião: Dr. Paulo Auxiliar: _____

Anestesista: Dr. Italo Anestesia: Raque

Início da anestesia: 14:30 Término: 16:00 Duração: _____

Início da intervenção: 14:30 Término: 16:00 Duração: _____

Procedimento Ortopédico- com Raque

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Espadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02

Micheli Dutra Medianeira Barbosa
 2020-02-18
 CORREN-PB 155438





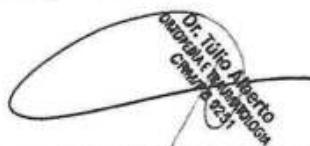
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
“SENADOR RUI CARNEIRO”



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Gedionyo Lorenys
Jr portador do RG _____,
Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,
Sendo portador da infecção CID-10 S 82.7
Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de 90, (novembro) dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 19 de 02 de 2020



Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável





REGISTRO GERAL	VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL	2.911.384 - 2ª VIA
NOME	GEDINALDO LACERDA DUTRA
FILIAÇÃO	GERALDO DUTRA DA SILVA MARIA DO CARMO LACERDA DUTRA
NATURALIDADE	POMBAL-PB
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. Nº17.781 - LIV.A-16 - FLS 215-V - CARTÓRIO POMBAL-PB
OPF	063.738.134-36
ZERO TRÊS MILHÉSIMOS DE R\$ 063.738.134,36	A+
DATA DE NASCIMENTO	16/10/1984
DATA DE EXPEDIÇÃO	15/08/2017

Minha de Sagrado & Antigo

Assinatura Digital

C. CARTEIRA DE IDENTIDADE



CAG

COMPANHIA DE ÁGUA E GÁS
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jardim São Paulo
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 00.000.000/0001-01

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/E

GERALDO DUTRA DA SILVA
RUA TEODOSIO OLIVEIRA LEITE
PB 58840-000

Inscrição	SMI	IB
112.001.685.0211.000	000	1
Hidrômetro	Data de Instalação	Lc
V-16N136549	31/08/2016	XX
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)
438	454	16
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	I QUALID	
JAN/2020	22	PAR
DEZ/2019	17	TUR
NOV/2019	16	CLO
OUT/2019	17	COL
SET/2019	13	COR
AGO/2019	15	COL
MEDIA(M)	16	DADO

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2020

DESCRICAÇÃO

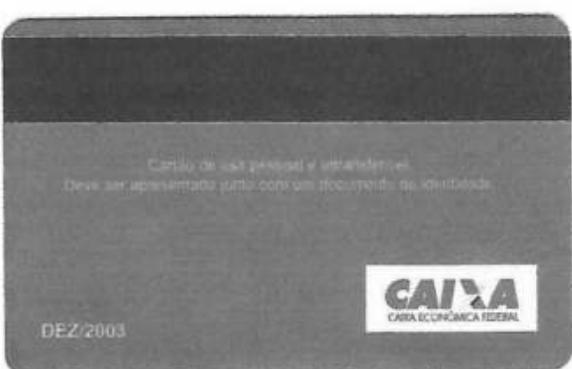
ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M³ - R\$ 37,91 POR UNIDA
11 M³ A 20 M³ - R\$ 4,89 POR
ESGOTO
ACRESCIMO(S) NESSES ANT. 12,26%
JUROS DE MORA 12/2019

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 1

VENCIMENTO: 26/02/2020 | Tot





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS P AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE TRANSPORTADAS OU	
DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO PRT 20190000441038-9		PB N° 015455255480	
VIA: 0059444697-0 DOD: RENAVAM 00/00000000 EXERCÍCIO: 0059444697-0 00/00000000 2013			
NOME ELIBERTO LACERDA DUTRA			
CPF / CNPJ 04098531437		PLACA OGF1307/PB	
PLACA ANT / UF NOVO PB		CHASSI 9C2KD0550ER203835	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL	
MARA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES		ANO FAB. ANO MOD. 2013 2014	
CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI		CATEGORIA PARTIC	
COR PREDOMINANTE PRETA			
COTA ÚNICA I P V A *****		VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000	
FAIXA I.P.V.A. *****		VENC / COTAS 1º 2º 3º	
PARCELAMENTO / COTAS 0			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÊMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO ***** SEGURADO P A G O 27/09/2019			
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO			
0			
POMBAL-PB LOCAL 41521		DATA 27/09/2019	
		<i>Minha</i>	
		14214	
ESTE É O SEU BILHETE PARA MAIS INFORMAÇÕES CONDIÇÕES GEF www.seguradoc.com.br SAC DPVAT 0800 777 11 11			
VIA: 04098531437 RENAVAM: 0594446970 MARCA: HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB.: 2013 CAT. TABELA: 9 CUSTO DO BILHETE (R\$): 14214 PAGAMENTO: SEM PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		CPF / CNPJ: 04098531437 DENATRAN: ***** PRÊMIO: 14214-1519296 IOF: ***** SEGURO: ***** PAGAMENTO: SEM PAGAMENTO SEGURADOR CNPJ 09.2	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 12:05:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161205556160000036164742>
 Número do documento: 2012161205556160000036164742

Num. 37914288 - Pág. 19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184014 Cidade: Pombal Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GEDINALDO LACERDA DUTRA Data do acidente: 16/02/2020 Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA. P.2

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. P.3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 12:05:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121612055561600000036164742>
Número do documento: 20121612055561600000036164742

Num. 37914288 - Pág. 20

PROCURAÇÃO

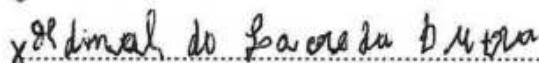
Outorgante: Gedinaldo Lacerda Dutra, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Mecânico, residente e domiciliado à Rua Teodoro Oliveira Nedo, nº 991, bairro Nova Vida, Município de Pombal, Estado de(o) Paraíba, Cep.: 58.840-000, portador(a) do RG nº 2.911.384, SSP/PB e CPF nº 063.738.134-36.

Outorgado: Tarcísio Ewerton Pereira Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Domingos de Medeiros, nº 115, bairro Bento, Município de Pombal, Estado de(o) Paraíba, Cep.: 58.840-000, portador(a) do RG nº 285.8545, SSP/PB e CPF nº 064.153.474-46.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Gedinaldo Lacerda Dutra, ocorrido em 16/02/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza Invalidez.

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

 Pombal - Paraíba, 12 de março de 2020.

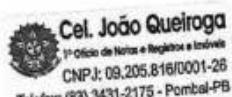

Xadimal do favor da Mtra

Outorgante
CPF Nº 063.738.134-36

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticada

CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de GEDINALDO LACERDA DUTRA, Em test. _____ da verdade. Dou fé. POMBAL-PB, 12/03/2020.



 ANA CRISTINA FORNIGA DE QUEIROGA
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AJX77808-GBAK
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM, R\$: 12,27 FARPEN R\$: 0,30 FEPJ R\$: 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143472/20

Vítima: GEDINALDO LACERDA DUTRA

CPF: 063.738.134-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/02/2020

Titular do CPF: GEDINALDO LACERDA DUTRA

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA : 064.153.474-46

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

GEDINALDO LACERDA DUTRA : 063.738.134-36

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: 20/05/2020
Nome: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA
CPF: 064.153.474-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 12:05:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121612055561600000036164742>
Número do documento: 20121612055561600000036164742

Num. 37914288 - Pág. 22



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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200184014 Vítima: GEDINALDO LACERDA DUTRA

Data do Acidente: 16/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO EWERTON PEREIRA OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). GEDINALDO LACERDA DUTRA

Informamos que o pagamento da indé

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: **GEDINALDO LACERDA DUTRA**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000062641-6

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalididade 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

