



Número: **0808908-29.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **02/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
A. C. D. S. R. (AUTOR)		RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38493 293	18/01/2021 21:06	2778238_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15600638





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, 20 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01563/01564 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 30 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00577/00578 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00877/00878 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00903/00904 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200106508

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 26/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000090203574-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00213/00214 - carta_15R - INVALIDEZ

00020107



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:

708.941.844-82

4 - Nome completo da vítima:

ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

6 - CPF:

708.941.844-82

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

RUA SEVERINO RODRIGUES

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SANTA TEREZINHA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58720-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83 98855-1045

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:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NUBANK

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

90203574

AGÊNCIA:

0001

CONTA:

90203574

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nasoturo (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOAO PESSOA - PB, 20/05/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDC 004 V002/2019



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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 03/10/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 702.941.844 82 4 - Nome completo da vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: ALAN CRISTIAN DA SILVA 6 - CPF: 702.941.844 82
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA SEVERINO RODRIGUES 9 - Número: 10 - Complemento: S/N
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: SANTA TEREZINHA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58720-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 011.978.994-99 19 - Profissão do Representante Legal: RECLUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 00028 CONTA: 0000 27612 3 (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 5.194/74, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impossibilidade digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 21/02/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Isabel Cristina Costa da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 702.941.844 82 4 - Nome completo da vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: ALAN CRISTIAN DA SILVA 6 - CPF: 702.941.844 82
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA SEVERINO RODRIGUES
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: SANTA TEREZINHA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58720-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 011.978.994-99 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 00028 CONTA: 0000 27-612 3 (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impossibilidade digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 21/02/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Isabel Cristina Costa da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01973.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01973.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:01 horas do dia 20 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Alexandro Rodrigues da Costa**, CPF nº 026.358.084-90, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria José de Oliveira Rodrigues e Lourival Gomes da Costa, natural de Belém/PB, nascido(a) em 12/11/1977 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Manguinhos Br 101, bairro Manguinhos, tendo como ponto de referência Outros, na cidade de Bayeux/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Principal do Jardim Aeroporto, Jardim Aeroporto, Bayeux/PB, bairro Jardim Aeroporto; Tipo do Local: outros; Data/Hora: 26/09/19 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303, § 1º da Lei 9.503/97 (Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena).

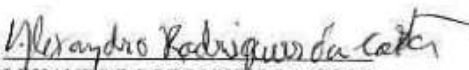
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o comunicante /declarante relata que o seu filho menor de 14 anos de idade, data de nascimento: 24/12/2005 de nome: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES, filho de Alexandro Rodrigues da Costa e de Isabel Cristina Costa da Silva; QUE relata que seu filho vinha de carona na motocicleta de placa: QGB 3012/RN HONDA/CG 150 FAN ESDI, CHASSI: 9C2HC1680FR020159, registrado em nome de Antonio Fernando Nonato; QUE segundo o comunicante/declarante no dia do sinistro quem pilotava a referida moto era a pessoa de GUSTAVA NOGUEIRA DE FREITAS, CPF 503.128.394-72, e que relata que eles seguiam normalmente quando foram fazer algumas compras e que ao retornarem um animal (gato) atravessou e terminou o piloto tentando livrar o animal e terminou o condutor a perder o controle da referida moto, e veio a cair ao chão; QUE o carona acima citado veio a se machucar; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 14/02/2020, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

João Pessoa/PB, 20 de fevereiro de 2020.


JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ALEXANDRO RODRIGUES DA COSTA
Noticiante

Procedimento Policial: 01973.01.2020.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 702.941.844 82 4 - Nome completo da vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: ALAN CRISTIAN DA SILVA 6 - CPF: 702.941.844 82
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA SEVERINO RODRIGUES
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: SANTA TEREZINHA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58720-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 011.978.994-99 19 - Profissão do Representante Legal: RECLUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 00028 CONTA: 0000 27-612 3 (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 5.194/74, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impossibilidade digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB, 21/02/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Isabel Cristina Costa da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019







Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Ensayos Humberto Lyçón



**GOVERNO
DA PARAIBA**

SEGUE

o trabalho

AV. ORESTES LISBOA, 571 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1192800



Identificação do paciente			
ID 1434373	Nome ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES		Sexo Masculino
Data de nascimento 24/12/2005	Idade 13 anos 9 meses 2 dias	Estado civil	Religião
Mãe IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA	Pai ALEXANDRO RODRIGUES DA COSA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALEXANDRO RODRIGUES - PAI		
DDD Celular 83	Celular 986573429	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4264830	Nº Cns 988002311916906	
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58308334	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro MILITAR DA AERONÁUTICA
Número 243	Complemento RUA DA CHESF	Bairro AEROPORTO	
Admissão			
Data e Hora 26/09/2019 20:34:33	Número da pulseira 100008021945	Convênio SUS	
Especialidade PEDIATRIA	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA	x mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
		Liquor []	ECG []
		Ultrasonografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			Tempo 01min 17seg

Imprimir

4 Isabel Cristina Castro

26/09/2019 20:31



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: 08/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000090203574-5

Nr. da Autenticação C542AC208563B83D



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é secundária de conta.

Recibo para depósito pré-pagamento de energia elétrica. Nº 003 209 404



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.045.183/0001-40 INSC. Est. 18.515.023-0

DADOS DO CLIENTE

RITA FIRMINO LEITE
RUA SEVERINO RODRIGUES SN
SANTA TERESINHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1458998-0

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

24/10/2019

CONSUMO

132

VENCIMENTO

31/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 96,60

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/11/2019				
Pagador: RITA FIRMINO LEITE CNPJ/CPF: 047.535.644-60				
RUA SEVERINO RODRIGUES S/N - PEDREGAL - SANTA TERESINHA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28249120007900682	001458998201910	31/10/2019	R\$ 96,60	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é secundária de conta.

Recibo para depósito pré-pagamento de energia elétrica. Nº 003 209 404



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.045.183/0001-40 INSC. Est. 15.515.023-0

DADOS DO CLIENTE

RITA FIRMINO LEITE
RUA SEVERINO RODRIGUES SN
SANTA TERESINHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1458998-0

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

24/10/2019

CONSUMO

132

VENCIMENTO

31/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 96,60

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/11/2019				
Pagador: RITA FIRMINO LEITE CNPJ/CPF: 047.535.644-60				
RUA SEVERINO RODRIGUES S/N - PEDREGAL - SANTA TERESINHA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28249120007900682	001458998201910	31/10/2019	R\$ 96,60	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

DADOS DE NASCIMENTO 24/12/05

NOME DA MÃE ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.192.800

Nº PRONTUARIO

DATA DO ATENDIMENTO 26/09/19

HORA DO ATENDIMENTO 20:34

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E

CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente adolescente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda) derrapou caindo no chão, apresentando trauma com dor no joelho E, além de edema + equimose na face interna + escoriação na lateral E do tórax, face externa do pé E e face interna do cotovelo E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do joelho E

RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia E com desvio aceitável à TC e RX. Realizado atendimento, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da Pediatria.

ALTA HOSPITALAR: 27/09/19

DATA DA EMISSÃO: 14/02/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

708.941.844-82

CNPJ

CARTÃO 8 DE JOÃO PESSOA PB

NASC. N. 11/385

708.941.844-82

JOÃO PESSOA-PB

NATURALIDADE

ISABEL CRISTINA RODRIGUES DA COSTA

ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

07/10/2014

DATA DE NASCIMENTO

24/12/2005

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

DATA DE EMISSÃO 07/10/2014

ENDEREÇO - 2 VIA

4.264.830

CARTÃO NACIONAL

SUS

SISTEMA UNICO DE SAÚDE

898002311916900

Nome: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data de nascimento: 07/10/2014

Sexo: M

Município de residência: BAYEUX

Data de emissão: 07/10/2014





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE

o trabalho

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

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES	1192800	26/09/2019 20:34:33	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
24/12/2005	Masculino	898002311916906	(83) 986573429
Mãe			Prontuário
IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
MILITAR DA AERONÁUTICA, 243 - RUA DA CHESF	AEROPORTO	BAYEUX	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GEOVANA CLAUDIA ROCHA DE FREITAS	4909/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/09/2019 20:34:33		26/09/2019 20:47:19	

ANAMNESE

Acidente de moto. Vinha dirigindo a moto e derrapou caindo no chão. Na queda bateu o joelho esquerdo no chão. Nega pancada na cabeça, desmaio, vômitos. relata dor em joelho esquerdo. Ao exame: EGR, eupneico, hidratado, corado, orientado, Glasgow 15. Edema em joelho esquerdo, equimose em face interna. Escoriação na lateral esquerda do torax, na face externa do pé esquerdo e face interna do cotovelo esquerdo. Nega alergia a medicações. Movimenta bem MMSS e MID.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ACIDENTE DE MOTO.)

CID10

V20.4 - Motociclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Geovana C. R. de Freitas
Pediatra
CRM/PB 4909

Enfermeiro

GEOVANA CLAUDIA ROCHA DE FREITAS
(: 4909/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 26/09/2019 20:35:50





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



SEGUE
o trabalho

Ortopedia

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

Paciente: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES	BAE: 1192800	Data/Hora Entrada: 26/09/2019 20:34:33	Data Baixa:
Data de nascimento: 24/12/2005	Idade: 13a 9m 3d	Sexo: Masculino	CNS: 898002311916906
Mãe: IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA			Telefone de Contato: (83) 986573429
Endereço: MILITAR DA AERONÁUTICA, 243 - RUA DA CHESF	Bairro: AEROPORTO	Município: BAYEUX	Prontuário:
Acidente: QUEDA / OUTROS	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional: GUSTAVO FARIAS MENDONÇA	UF: PB
Data/Hora Classificação: 26/09/2019 20:34:33		Data/Hora Prescrição: 26/09/2019 23:14:24	Nº Cons. Regional: 6786/PB

ANAMNESE

PRE ADOLESCENTE, 13 ANOS, COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO. RX SUGESTIVO DE FRATURA CD: SOLICITO TC JOELHO REAVALIAR APÓS EXAME

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA?)

CID10

M25.5 - Dor articular

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Gustavo F. Mendonça
GUSTAVO FARIAS MENDONÇA
CRM 98065/PB

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 26/09/2019 20:35:50





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

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

Paciente ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES	BAE 1192800	Data/Hora Entrada 26/09/2019 20:34:33	Data Baixa
Data de nascimento 24/12/2005	Idade 13a 9m 3d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 985573429
Mãe IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA		CNS 898002311916906	Prontuário
Endereço MILITAR DA AERONÁUTICA, 243 - RUA DA CHESF	Bairro AEROPORTO	Município BAYEUX	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO	Nº Cons. Regional 6688/PB
Data/Hora Classificação 26/09/2019 20:34:33		Data/Hora Prescrição 27/09/2019 02:24:40	

ANAMNESE

Acidente de moto. Vinha dirigindo a moto e derrapou caindo no chão. Na queda bateu o joelho esquerdo no chão. Nega pancada na cabeça, desmaio, vômitos. relata dor em joelho esquerdo. Ao exame: EGR, eupneico, hidratado, corado, orientado, Glasgow 15. Edema em joelho esquerdo, equimose em face interna. Escoriação na lateral esquerda do torax, na face externa do pé esquerdo e face interna do cotovelo esquerdo. Nega alergia a medicações. Movimenta bem MMSS e MID.

(26/09/2019 20:47:19-GEOVANA CLAUDIA ROCHA DE FREITAS)

PRE ADOLESCENTE, 13 ANOS, COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO ESQUERDO. RX SUGESTIVO DE FRATURA CD: SOLICITO TC JOELHO REAVALIAR APÓS EXAME

(26/09/2019 23:14:24-GUSTAVO FARIAS MENDONÇA)

fratura espinha tibial com desvio aceitavel tala em extensao alta

(27/09/2019 02:24:40-ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: ACIDENTE DE MOTO.)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: FRATURA?)

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO, (OBSERVAÇÕES: INGUINOMALEOLAR EM EXTENSÃO)

CID10

M25.5 - Dor articular

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tíbia

V20.4 - Motociclista traumatizado em colisão com um pedestre ou um animal - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica



Enfermeiro

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
(: 6688/PB)

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - TEOT 12957



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 523527

Nome ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES		Prontuario
Data de Nascimento 24/12/2005	Nº Boletim Emergencia 1192800	
Material a examinar		
Data Prescrição: 26/09/2019 23:14:24		
<p>EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO (FRATURA?)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>TOMOGRAFIA</p> <p>TIO... <i>TC betk</i></p> <p>DATA... <i>26/09/2019</i></p> <p>MO... <i>23:58</i></p> <p>NOME TEC RAD... <i>~</i></p> <p>ASS... <i>~</i></p> </div>		

Reimpresso por:

dia:

Dr. Gustavo S. M. Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 67911 / RCD 13240

Assinatura e Carimbo do Profissional

Tipo de exame: Cobrir o pedido para imagem e Material a analisar anexos

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº. 523465

Nome ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES	
Data de Nascimento 24/12/2005	Nº Boletim Emergência 1192800
Prontuário	
Material a examinar	
Data Prescrição: 26/09/2019 20:47:19	
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL) (acidente de moto.)	
<div><div>RAIOS-X</div><div>TIPO ... Joelho E</div><div>DATA ... 26/09/19</div><div>HORA ... 21:37</div><div>NOME TEC. RAD. ...</div><div>ASS.: ...</div></div>	

Reimpresso por:

dia:

Geovana C. de Freitas
pediatra
CRM/PB 4909

Assinatura e Carimbo do Profissional

Impressão em 30 dias após a emissão, para fins de controle e segurança.

Ortopedia



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

Atendimento: 201932368458

Data Nasc: 24/12/2005 - 13 anos

Paciente: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data Exame: 26/09/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Imagem sugestiva de fratura no plato tibial medial.
Moderada hemoartrose.

OBS: Exame de avaliação limitada devido a arteafos de movimento.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 27/09/2019 00:42.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839

80/cvb/pages/relatorioDetalhadoEvento.do

2/2





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

Atendimento: 201932314431

Data Nasc: 24/12/2005 - 13 anos

Paciente: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

Data Exame: 30/08/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Densidade óssea normal.

As estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Espaços articulares sacroilíacos preservados.

Espaços articulares dos quadris preservados.

Não há aumento significativo do líquido intra-articular no quadril.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/09/2019 18:27.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB

172 16 0 6-09-2019/cyb/pages/relatorioDetalhadoEvento.do

2/2





Requisição de Exames



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: <i>Alan Cristian da Silva redyner</i>			IDADE:		DATA: <i>02/12/2019</i>
SEXO: () MASC. () FEM.	COR: () B () P () A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF-LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: <i>1 x de glicose e A/D</i>					
<div style="text-align: center;"> Dr. Renato Soares de Castro 033.002833 / CRM-PE 2833 CPE: 181.633.594-00 Carimbo e Assinatura do Médico</div>					

F(NG).LAB 002-I






Requisição de Exames



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE – PRONTUÁRIO _____

NOME DO PACIENTE: <i>Alan Christian da Silva redyup</i>			IDADE: _____		DATA: <i>02/12/2019</i>
SEXO: () MASC. () FEM.	COR: () B () P () A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF-LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: <i>1 x de glicose e A/D</i>					
<div style="text-align: center;"> Dr. Rômulo Soares de Castro 033.002833 / CRM-PB 2833 CPF: 181.633.694-00 Carimbo e Assinatura do Médico</div>					

F(NG).LAB.007-1



DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNIO	SALA
Ret	15 dia		
04/11		7H	
	Plax e alta		
	Dr. Rômulo Soares de Castro 033.002831-6 / CRM/PB 2835 CPF: 181.533.594-68		
02/12		7H	
	Plax e alta		

F(NQ).APC.035-1

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAUDE
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Alan Cristian de Gelo

DATA DO ATENDIMENTO: 27/09/12

Nº PRONTUÁRIO: FIGUEIRA Filho

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Odilene de Almeida / Cir. Joelma

DIAGNÓSTICO: fract. epifisária

PROCEDIMENTO: ret. conservador

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

3214-2911

F(NQ).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNOS	SALA
Ret	15 clon		
01/11		7H	
		Plax e alta	
		Dr. Rômulo Soares de Castro 033.002883 / CRM-PA 2835 CPF: 181.533.594-68	
02/12		7H	
		Plax	
		alta	

F(NG).APC.035-1

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Alan Britian de Góes

DATA DO ATENDIMENTO: 27/09/18

Nº PRONTUÁRIO: FIGUEIRA Filho

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Odilene / Cir. João
CRM 6088 - TEOT 12957

DIAGNÓSTICO: Fratura lapineira

PROCEDIMENTO: fixação com placa

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

3214-2911

F(NG).APC.035-1



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.264.830 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/10/2014

NOME ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

FILIAÇÃO ALEXANDRO RODRIGUES DA COSTA
ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 24/12/2005

DOC ORIGEM NASC.N.11385 FLS.185 LIV.A 19
CARTORIO 8 DE JOÃO PESSOA PB

CPF 708.941.844-82

ASSINATURA DO TITULAR



REGISTRO
DE REGISTRO
2.425.236 - 2 VIA
DATA DE
EXPIRAÇÃO 05/07/2010

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME
IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

FLACAO
ANTONIO COSTA DA SILVA NETO

NATURALIDADE
MARIA CRISTINA DE LUNA SILVA

ITATUBA-PB

NASC.N. 7827 FLS. 81 LIV. 14

CARTORIO ITATUBA

CPF 011.978.994-99

DATA DE NASCIMENTO
09/09/1973

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P38

IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

09/09/1973

05/07/2010



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200106508 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 26/09/2019 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.
P-1-5-9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO.

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 JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima:

708.941.844-82

ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

ALAN CRISTIAN DA SILVA

708.941.844-82

REUSO

RUA SEVERINO RODRIGUES

S/N

Centro

SANTA TEREZINHA

58720-000

(83) 98708-8728

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:

IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

011.938.994-99

REUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vulgarmente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa-B, 19 DE MARÇO DE 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

708.941.844-82

4 - Nome completo da vítima:

ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

ALAN CRISTIAN DA SILVA

6 - CPF:

708.941.844-82

7 - Profissão:

REUSO

8 - Endereço:

RUA SEVERINO RODRIGUES

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

SANTA TEREZINHA

13 - Estado:

14 - CEP:

58720-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 98708-8728

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:

IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

011.928.994-99

19 - Profissão do Representante Legal:

REUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vulgarmente)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 19 DE MARÇO DE 2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0084520/20

Vítima: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

CPF: 708.941.844-82

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 26/09/2019

Titular do CPF: ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA : 011.978.994-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES : 708.941.844-82

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: 09/03/2020
Nome: ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA
CPF: 011.978.994-99

ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL
Nº 0041/2020/DPVAT/ADITAMENTO



Natureza da ocorrência: SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 28.10.2019 HORARIO: 01H00min
Data de noticia do fato a Depol: 11.02.2020
PRESENTE O DEL. POL. PLANTONISTA

DECLARANTE: RUBENS PEREIRA CANDIDO, BRASILEIRO(A), SOLTEIRO(A), AGRICULTOR(A), COM 43 ANOS, NASCIDO EM 27.01.1977, FILHO DE FRANCISCO DE ASSIS CANDIDO E APOLONIA PEREIRA CANDIDO, RESIDENTE NA RUA JOSÉ FRANCISCO DE ANDRADE FILHO, 83, CENTRO - BERNADINO BATISTA - PB. RG 2.579.109 SSP/PB. CPF 055.222.204-65.

VÍTIMA: A PROPRIA DECLARANTE.

HISTORICO DO FATO

O (a) notificante, depois de cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: AFIRMA A DECLARANTE QUE NO HORARIO E DATA SUPRA MENCIONADO ENCONTRAVA-SE CONDUZINDO O VEÍCULO HONDA NXR160 BRS ESDD, ANO FAB/MOD 2014/2015, VERMELHA, PLCA PMG4644/CE, CHASSI 9C2KD0810FR413887, RENAVAL 1050590209, MATRICULADA EM NOME DE MARIA ANA SILVANA CORREIA QUANDO NA CIDADE DE LIMAS CAMPOS-CE, NA ESTRADA DA CIDADE VEIO A COLIDIR EM UM ANIMAL EQUINO, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI EM JUAZEIRO DO NORTE-CE, ONDE SOFREU FRATURAS EM AMBOS OS BRAÇOS E TCE, ALÉM DE OUTROS TRAUMAS PELO CORPO.. QUE DIANTE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRENCIA E PEDIR CERTIDÃO. Seguindo determinação da portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registradas em qualquer Delegacia deste Estado. Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal pela declaração que deu origem a este registro, ficando ciente das penas cominadas no artigo nº 299 do Código Penal Brasileiro. Nada mais a consignar.

Cajazeiras-PB, 19 de FEVEREIRO DE 2020.

 <input type="checkbox"/> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada	<div>POLEGAR DIREITO</div>
Assinatura do Policial Responsável pelo Registro ELISANGELA NASCIMENTO SANTOS Escrivã de polícia Civil		

