



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	<a href="#"><u>2778238_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Pag. 00333/00334 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030167

Carta nº 15600638



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:06:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821065483400000036706339>  
Número do documento: 21011821065483400000036706339

Num. 38493293 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

Pag. 00577/00578 - carta\_25 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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](http://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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 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: 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:		
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0001 CONTA: <input type="text"/> 90203574 5 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>
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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцuro (na nasc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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.

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

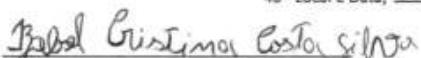
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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



41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43- Assinatura do Procurador (se houver)

EBC 004 V002/2019

TESTEMUNHAS





# 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:  707.941.844-82 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: <input type="text"/> ALAN CRISTIAN DA SILVA	6 - CPF: <input type="text"/> 707.941.844-82		
7 - Profissão: <input type="text"/> RECLUSO	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA SEVERINO RODRIGUES.	9 - Número: <input type="text"/> 514	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> Centro	12 - Cidade: <input type="text"/> SANTA TEREZINHA	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58720-000
15 - E-mail: <input type="text"/>	16 - Tel(DDD): <input type="text"/>		

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:  0000 27612 3  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 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 descreva o 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:  Sim  Não 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 (varíssimo)?  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital ou  
assinatura  
formato cartão  
não afastado

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:

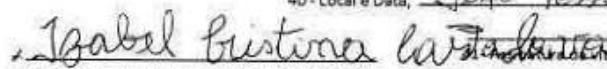
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,  10/10/2020

 41 - Assinatura do beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:06:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821065483400000036706339>  
Número do documento: 21011821065483400000036706339

Num. 38493293 - Pág. 10

## 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:  707.941.844-82 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: <input type="text"/> ALAN CRISTIAN DA SILVA	6 - CPF: <input type="text"/> 707.941.844-82		
7 - Profissão: <input type="text"/> RECLUSO	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA SEVERINO RODRIGUES.	9 - Número: <input type="text"/> 514	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> Centro	12 - Cidade: <input type="text"/> SANTA TEREZINHA	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58720-000
15 - E-mail: <input type="text"/>		16 - Tel(DDD): <input type="text"/>	

### 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: <input type="text"/> ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA	18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/> 011.978.994-99	19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text"/> 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: <input type="text"/> BANCO DO NORDESTE
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 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 de discordar do seu conteúdo.

### 23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/>
--	--

25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>
---	--	--

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varízico)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

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

**NÃO AFARENTADO**

34

Impressão digital da vítima  
Assinatura  
Formato cartão  
não afarentado

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,  10/10/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:06:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821065483400000036706339>  
Número do documento: 21011821065483400000036706339

Num. 38493293 - Pág. 12



**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 N° 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) Fato(s):**

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 Alexandre 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 ESD1, 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 ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

\_\_\_\_\_  
ALEXANDRO RODRIGUES DA COSTA  
Noticiante

Procedimento Policial: 01973.01.2020.1.00.401

1/1



# 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:  707.941.844-82 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: <input type="text"/> ALAN CRISTIAN DA SILVA	6 - CPF: <input type="text"/> 707.941.844-82		
7 - Profissão: <input type="text"/> RECLUSO	8 - Endereço: <input type="text"/> RUA SEVERINO RODRIGUES	9 - Número: <input type="text"/> 514	10 - Complemento: <input type="text"/>
11 - Bairro: <input type="text"/> Centro	12 - Cidade: <input type="text"/> SANTA TEREZINHA	13 - Estado: <input type="text"/> PB	14 - CEP: <input type="text"/> 58720-000
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel(DDD): <input type="text"/>

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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:  0000 27612 3  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 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 descreva o 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:  Sim  Não 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 (varízico)?  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital ou  
assinatura  
formato cartão  
não afastado

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,  10/10/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:06:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821065483400000036706339>  
Número do documento: 21011821065483400000036706339

Num. 38493293 - Pág. 15


**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Sesai/Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, sn - 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	Prontuário
Mãe IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA				Pai ALEXANDRO RODRIGUES DA COSA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) ALEXANDRO RODRIGUES - PAI
DDD Celular 83	Celular 986573429	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4264830	Nº Cns 898002311916906	Type MUNICÍPIO	UF PB
Local de procedência BAYEUX				CBO/R
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			
Endereço				
CEP 58306334	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro MILITAR DA AERONÁUTICA	
Número 243	Complemento RUA DA CHESF		Bairro AEROPORTO	PTA
Admissão				
Data e Hora 26/09/2019 20:34:33	Número da pulseira <b>100008021945</b>	Convênio SUS		
Especialidade PEDIATRIA				Clinica
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	
Méio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA	X mmHg	P脉	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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:06:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821065483400000036706339>  
Número do documento: 21011821065483400000036706339

Num. 38493293 - Pág. 17

# BÔLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsabilidade da conta.

Boleto para sempre pagamento da Fazenda Energisa da Energisa S/A.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 00.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.023-0

## DADOS DO CLIENTE

RITA FIRMINO LEITE  
RUA SEVERINO RODRIGUES S/N  
SANTA TERESINHA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1458998-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	24/10/2019	132	31/10/2019	R\$ 96,60

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007900682	001458998201910	31/10/2019	R\$ 96,60	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:06:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821065483400000036706339>  
Número do documento: 21011821065483400000036706339

Num. 38493293 - Pág. 18

# BÔLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsabilidade da conta.

Boleto para sempre pagamento da Fazenda Energisa da Energisa S/A.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 00.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.023-0

## DADOS DO CLIENTE

RITA FIRMINO LEITE  
RUA SEVERINO RODRIGUES S/N  
SANTA TERESINHA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1458998-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	24/10/2019	132	31/10/2019	R\$ 96,60

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007900682	001458998201910	31/10/2019	R\$ 96,60	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:06:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821065483400000036706339>

Número do documento: 21011821065483400000036706339

Num. 38493293 - Pág. 19

## 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 PRONTUÁRIO

**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

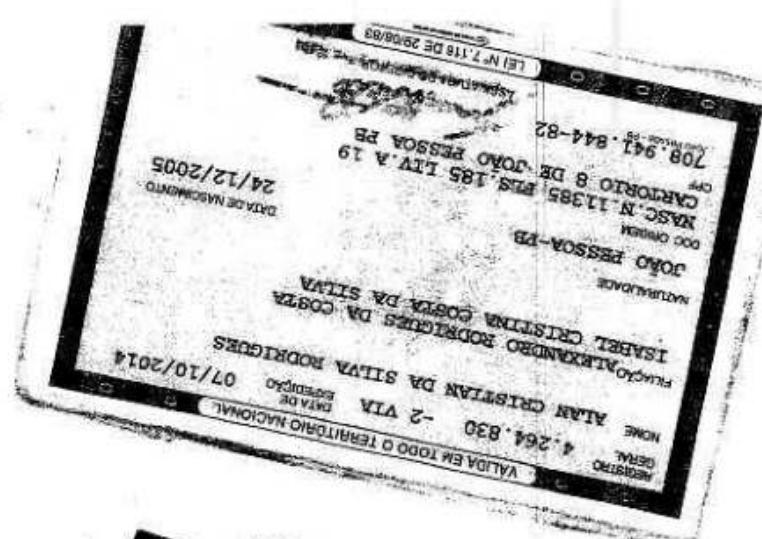
**DATA DA EMISSÃO:** 14/02/20

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.







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

Paciente <b>ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES</b>	BAE <b>1192600</b>	Data/Hora Entrada <b>26/09/2019 20:34:33</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>24/12/2005</b>	Idade <b>13a 9m 2d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 986573429</b>
Mãe <b>IZABEL CRISTINA COSTA DA SILVA</b>			Prontuário
Endereço <b>MILITAR DA AERONÁUTICA, 243 - RUA DA CHESF</b>	Bairro <b>AEROPORTO</b>	Município <b>BAYEUX</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GEOVANA CLAUDIA ROCHA DE FREITAS</b>	Nº Cons. Regional <b>4909/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>26/09/2019 20:34:53</b>		Data/Hora Prescrição <b>26/09/2019 20:47:19</b>	

## 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, vomitos. 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

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

Enfermeiro

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

## ANAMNESE

PRE ADOLESCENTE, 13 ANOS, COM HISTÓRIA 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

*Gustavo F. Mendonça*  
GUSTAVO FARIA MENDONCA  
ORTOPEDISTA (CRM-PB)  
CRM-PB 6786/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 GONDRM, 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	Idade	Sexo	Telefone de Contato
24/12/2005	13a 9m 3d	Masculino	(83) 988573429
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	ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO	6688/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
26/09/2019 20:34:33		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, vomitos. 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-GEDVANA CLAUDIA ROCHA DE FREITAS)

PRE ADOLESCENTE, 13 ANOS, COM HISTÓRIA 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 aceitável tala em extensão 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 tibia  
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 - TEOF 12551





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Samarco - São Paulo

GOVERNO  
DA PARAÍBA  
segue  
o trabalho

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº. 523527

Nome <b>ELIAN CRISTIAN DA SILVA FREIRE</b>		Data de Nascimento <b>14/12/2005</b>		Nº Boletim Emergência <b>1192800</b>	Prontuário	Data Prescrição: <b>26/09/2019 23:14:24</b>
Material a examinar						

**EXAME DE IMAGEM**  
**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO**  
**(FRATURA?)**

TOMOGRAFIA	
TRIO	26/09/1999
DATA	23:59
HORA	
ANESTEC.MD.	
ASS:	

Ripreso por:

dia:

Dr. Gustavo Mendonça  
Ortopedia  
CRM-PE 6796 TEDT 13240

Assinatura é Garimbo do Profissional

CEALET 8.0/2010 2010-07-01



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº. 523465

Nome	ALAN CRISTHIAN DA SILVA RODRIGUES		
Data de Nascimento	24/12/2005	Nº Boletim Emergência	1192800
Material a examinar			
		Data Prescrição:	26/09/2019 20:47:19

EXAME DE IMAGEM  
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)  
(acidente de moto.)

RAIO-X	
TIPO	Joelho E
DATA	26/09/19
HORA	24:33
NOME TÉC. RAD.	Suelio
ASS.	Suelio

Reimpresso por:

Geórgia C. R. de Freitas  
Geórgia de Freitas  
CRM 178  
CRM 178

Assinatura e Garimbo do Profissional

dia:

Assinatura e Garimbo do Profissional



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:**

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

**OBS:** Exame de avaliação limitada devido a artefatos 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





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 multipianar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Densidade óssea normal.

As estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Espaços articulares sacroiliacos 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**





## Requisição de Exames



### REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: <i>Alan Christian da Silva Neto</i>		IDADE:	DATA: <i>02/12/2019</i>		
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF-LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: <i>1 folha folha e APP</i>					
<p style="text-align: center;"><i>Dr. Raimundo Soárez de Castro 033.002833 CRM/PB 2833 CPF: 181.533.894-666</i></p> <p style="text-align: center;">Carimbo e Assinatura do Médico</p>					

F(NG).LAB.007-1





## Requisição de Exames



### REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE – PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

NOME DO PACIENTE: <i>Alan Cugtian da silva nedypus</i>		IDADE:	DATA: <i>02/12/2019</i>		
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF-LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: <i>1 fala jolho e APP</i>					
<p style="text-align: center;"><i>Dr. Raimundo Soares da Cunha 033.002833 / CRM/PB 2833 CPF: 181.423.884-00 Carimbo e Assinatura do Médico</i></p>					

F(NG).LAB.007-1



 <p>GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA</p>				
<b>CARTÃO DE RETORNO</b>				
PACIENTE: <u>Alan Guittan</u> <u>de Souza</u>				
DATA DO ATENDIMENTO: <u>20/09/19</u>				
N° PRONTUÁRIO: <u>Dr. Odílio GOMES Filho</u> MÉDICO (CARIMBO): <u>Dr. Odílio GOMES Filho</u> / Crm: 12957 DIAGNÓSTICO: <u>Vias Lámpadas</u> PROCEDIMENTO: <u>Atenc. Odílio GOMES</u>				
SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO				
<u>3214-2911</u> <span style="float: right;">F(NG).APC.035-1</span>				

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
<u>Ret 15 dia</u>	<u>7H</u>		
<u>09/11</u>	<u>7H</u>		
<u>02/12</u>	<u>7H</u>		
<u>02/12</u>	<u>7H</u>		

Dr. Rômulo Soárez de Castro  
033.002823/CRN/PPB 2835  
CPF: 181.533.594-68

Alan Guittan  
3214-2911 F(NG).APC.035-1



 <p>GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA</p>	
<b>CARTÃO DE RETORNO</b>	
<b>PACIENTE:</b> <u>Alan Britan</u> <u>de Souza</u>	<b>DATA DO ATENDIMENTO:</b> <u>27/01/19</u>
<b>Nº PRONTUÁRIO:</b> <u>00000000000000000000</u>	
<b>MÉDICO (CARIMBO):</b> <u>Dr. Odílio Góes Filho</u> <u>Ortopedista / Cir. Pediatria</u> <u>CRM 6688 - TECR 12957</u>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b> <u>Teste de punho</u>	
<b>PROCEDIMENTO:</b> <u>Teste de punho</u>	
<b>SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO</b>	
<u>3214-2911</u>	
<b>F(NG) A.P.C. 035-1</b>	

DATA DE RETORO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
07/11	15 clín	7H	7H
09/11	Max e oft	7H	7H
08/11	Max e oft	7H	7H





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  
CARTÓRIO 8 DE JOÃO PESSOA PB

CPF 708.941.844-82

RESIGNATURA DE ORIGEM





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:06:55  
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101182106548340000036706339>  
Número do documento: 2101182106548340000036706339

Núm. 38493293 - Pág. 35

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200106508      **Cidade:** Bayeux      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALAN CRISTIAN DA SILVA      **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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° 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 N° 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:  510 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:  ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA 18 - CPF do Representante Legal:  011.978.994-99 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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <input type="text"/> BANCO DO NORDESTE
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <input type="text"/> 239 CONTA: <input type="text"/> 1391 (8)
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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:  Sim  Não 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

40 - Local e Data,  João Pessoa PB, 19 de Março de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - 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

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/09/2019

**Titular do CPF:** ALAN CRISTIAN DA SILVA RODRIGUES

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ISABEL CRISTINA COSTA DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 21:06:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011821065483400000036706339>  
Número do documento: 21011821065483400000036706339

Num. 38493293 - Pág. 39



**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 notícia 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 VEICULO HONDA NXR160 BRS ESDD, ANO FAB/MOD 2014/2015, VERMELHA, PLCA PMG4644/CE, CHASSI 9C2KD0810FR413887, RENAVAM 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	<b>POLEGAR DIREITO</b>
Assinatura do Policial responsável pelo registro ELISANGELA NASCIMENTO DE MORAES Escrivã de polícia Civil		
