



Número: **0810295-50.2018.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição: **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 11818.5**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA
AUTOR	ALISON FERREIRA DA SILVA
ADVOGADO	RENAN DE CARVALHO PAIVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18429 271	18/12/2018 14:31	<a href="#">1. PROCURAÇÃO</a>	Procuração
18429 295	18/12/2018 14:31	<a href="#">2. PAGAMENTO SINISTRO</a>	Outros Documentos
18429 305	18/12/2018 14:31	<a href="#">3. Comprovante de Residência</a>	Documento de Comprovação
18429 328	18/12/2018 14:31	<a href="#">4. RG E CPF</a>	Documento de Identificação
18429 348	18/12/2018 14:31	<a href="#">5. Cartão Conta</a>	Documento de Comprovação
18429 361	18/12/2018 14:31	<a href="#">6. DOCUMENTO AUTOMÓVEL</a>	Documento de Comprovação
18429 375	18/12/2018 14:31	<a href="#">7. INFORMAÇÕES VEÍCULO</a>	Informações Prestadas
18429 391	18/12/2018 14:31	<a href="#">8. AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO SINISTRO</a>	Outros Documentos
18429 427	18/12/2018 14:31	<a href="#">9. LAUDOS</a>	Documento de Comprovação
18429 414	18/12/2018 14:31	<a href="#">10. LAUDOS</a>	Documento de Comprovação
18429 447	18/12/2018 14:31	<a href="#">11. LAUDOS</a>	Documento de Comprovação
18429 464	18/12/2018 14:31	<a href="#">12. SINISTRO ALISON RODRIGUES</a>	Documento de Comprovação
18429 479	18/12/2018 14:31	<a href="#">13. B.O ALISON RODRIGUES</a>	Documento de Comprovação
18455 689	14/01/2019 18:26	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE(S):**

Alison Ferreira da Silveira, Brasileiro, solteiro, autônomo  
Rg: 28.353.65, Portador do CPF: 051.118.724-69, Residente  
e domiciliado à Rua: Princesa Edmara Leite Lins, Condomínio  
Olimpico, 01 Casa. Mangabeira V III

**OUTORGADOS:** RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicium et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sen. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

João Pessoa - PB, 5/ de Julho de 2018.

Alison Ferreira da Silveira  
OUTORGANTE

## SINISTRO 3180504476 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ALISON FERREIRA DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** ALISON FERREIRA DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 05111872469

### Posição em 15-12-2018 13:49:31

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para pagamento da fatura anterior, emitida em 06/11/2018, N° 015.074.608



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.085.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ALISON FERREIRA DA SILVA

RUA PROMA EDILMA LEITE CAVALCANTI OLÍMPIO S/N CASA 01

JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1799888-1

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

NOV/2018

06/11/2018

42

13/11/2018

R\$ 99,64

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE AQUI

ALISON FERREIRA DA SILVA

Roteiro: 02-005-822-3722

83680000000-9 99640149000-7 17998882018-1 11800005019-5

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

13/11/2018

R\$ 99,64

1799888-2018-11-8





VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1656312451

NOME  
ALISON FERREIRA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

2835365

SSDS

PB

CPF

051.118.724-69

DATA NASCIMENTO

16/10/1978

FILIAÇÃO

ISAAC SEVERINO DA  
SILVA  
MARIA DE LOURDES  
FERREIRA DA SILVA

PERMISSÃO

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

AB

Nº REGISTRO

07062316748

VALIDADE

29/05/2019

1ª HABILITAÇÃO

29/05/2018

OBSERVAÇÕES

EAR;

Alison Ferreira da Silva.

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

29/05/2018

45211946555

PB035090863

ASSINATURA DO EMISSOR



PARAÍBA



PROIBIDO PLASTIFICAR

1656312451



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DE TRAN - PB

N° 013914419897

71618615710

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PBT 20160000261126-4

1 0099633293-6 00199999999

ALISON FERREIRA DA SILVA  
R P EDILMA L C OLIMPIO SN CASA  
MANGABEIRA  
58059376 JOÃO PESSOA - PB

05111872469

NOH1862 / PB

VECTOC DIAZ ALVES E BARRETO

NOVO

PB

9CDNF4721EM256284

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

JTA/SUZUKI EN125 YES SE

2013 2014

CAPACIDADE

PARTIC

PRETA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

COMPRES PREVIDÊNCIA S/A

21 SET. 2013

N. Motor : F4D5-BR413534

PROTÓCOLO  
^G. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA - PB

DATA  
21/06/2018

41823



7236

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**NQH1882**

**2018**

**ALISON FERREIRA**

[Imprimir Consulta](#)

**NQH1882**

Último Licenciamento: **2018**  
Proprietário: **ALISON FERREIRA**  
Placa: **NQH1882**  
Combustível: **GASOLINA**  
Marca/Modelo: **JTA/SUZUKI EN125 YES SE**  
Espécie/Tipo: **PASSA / MOTOCICLETA**  
Ano de Fabricação: **2013**  
Ano Modelo: **2014**  
Categoria: **PARTICULAR**  
Cor Predominante: **PRETA**  
Vencimento Licenciamento: **30/04/2018**  
Observação:  
Restrição:  
Financeira:  
Município: **JOAO PESSOA**  
Situação: **IMPEDIMENTO ADMINIST**  
Data da Consulta: **20/07/2018**

**PASSA / MOTOCICLETA** **GASOLINA**  
**JTA/SUZUKI EN125 YES SE** **2013 2014**  
**PARTICULAR PRETA**

**30/04/2018**

**JOAO PESSOA**

**20/07/2018**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206  
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	051.118.724-69	ALISON FERREIRA DA SILVA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

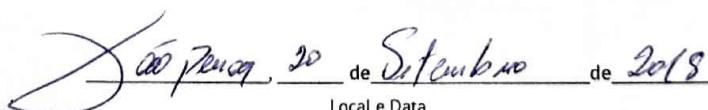
Nome completo ALISON FERREIRA DA SILVA	CPF titular da conta 051.118.724-69	Profissão RECUSO
Endereço RUA. WHEC. ALFREDO FERREIRA DA ROCHA	Número 158	Complemento
Bairro MANGABEIRA	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
Email	Telefone (DDD) (83) 98708-8728	

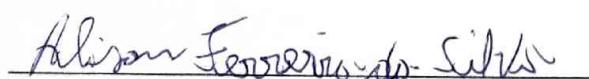
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 0904	D/V	CONTA NRO. 32422	D/V 8
(Informar dígito se existir)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome 2 NRO. 2 AGÊNCIA NRO. 2 CONTA NRO. 2 D/V			
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

  
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

**OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1096849 e PRONTUÁRIO nº 110087**

**PACIENTE: ALISON FERREIRA DA SILVA**

**DATA DE NASCIMENTO: 16.10.78**

**Data e Hora do Atendimento: 25.07.18**

**Horário: 10:20h**

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital procedente do hospital Arlinda Marques apresentando quadro de dor e limitação de movimentos no ombro esquerdo com diagnóstico de luxação acrômio-clavicular esquerda para tratamento especializado. Atendido pelo Dr. Bruno de Luna Roma CRM 10.075.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR  
ESQUERDA CID 10 S 43 1**

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

**Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx da clavícula esquerda AP e  
Perfil e tratamento cirúrgico em 03.08.18 de luxação acrômio-clavicular esquerda.**

**ALTA HOSPITALAR: 05.08.18 às 9:38h**

**Data da Emissão: 01.10.18**

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE  
AUDITOR CVBMEETSHL  
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920  
auditor

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

ORTO

CID



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1096849



## Identificação do paciente

ID 1299781	Nome ALISON FERREIRA DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 16/10/1978	Idade 39 anos 9 meses 9 dias	Estado civil
Mãe MARIA DE LOURDES FERREIRA DA SILVA		Pai ISAAC SEVERINO DA SILVA
Escolaridade		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988326761	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2835365	Nº Cns 704608188043526
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade RIO DE JANEIRO	UF PB
		CBO/R

## Endereço

CEP 58057034	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro COMERCIANTE JOÃO RIBEIRO DE LIMA
Número SN	Complemento RUA PROJETADA SN MANGABEIRA VIII BOMBE AR 48		Bairro MANGABEIRA

## Admissão

Data e Hora 25/07/2018 10:20:20	Número da pulseira 1000004803798	Convênio SUS
Especialidade ORTOPEDICO	Clinica	Origem do paciente RESIDENCIA
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente 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	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

## Exames complementares

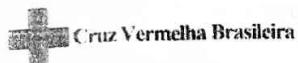
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonorografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

CID

Atendido por  
JULLYO CESAR FERREIRO DOS ANJOSTempo  
01min 34seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -  
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700



Impresso por: BRUNO DE  
LUNA ROMA  
Em: 04/08/2018 15:04:01

Paciente <b>ALISON FERREIRA DA SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1096849</b>	Data/Hora Entrada <b>25/07/2018 10:20:20</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>16/10/1978</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704608188043526</b>
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>	Prontuário <b>110087</b>	

### Evolução Médica (BRUNO DE LUNA ROMA - 04/08/2018 15:03:50)

#### **Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

1 DPO de tratamento cirúrgico de LAC esquerda

Paciente evolui estável, sem queixas

cd: vpm

Seção: HTOP - TRANSICAO Leito: LEITO EXTRA 01  
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Dr. Bruno de Luna Roma  
MÉDICO  
CRM-PB 10075

Número Conselho: 10075



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: EDSON  
DELGADO TINOCO  
Em: 26/07/2018 07:12:21

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
<b>ALISON FERREIRA DA SILVA</b>	<b>1096849</b>	<b>25/07/2018 10:20:20</b>	
Data de nascimento <b>16/10/1978</b>	Idade <b>39</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>704608188043526</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Prontuário <b>110087</b>
			Plantão <b>DIURNO</b>

**EVOLUÇÃO MEDICA (EDSON DELGADO TINOCO - 26/07/2018 07:12:09)****EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

**ORTOPEDIA**

#LAC GV A ESQUERDA

EXAMES LABORATORIAIS OK

CD: AGUARDA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

OPME: FK 1,5 ; ETBOND 5

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0001

Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

Dr. Edson D. TINOCO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DA MÃO E MICOcirurgia  
086977242

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓKESSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número: 1234567890  
Paciente: MILSON FERREIRA DA SILVA  
Procedimento: TTO. LAC (E)  
SUS:  Não SUS ( )  
Médico: DR. FERNANDO (E)

Prontuário: 1096849  
Data: 03/08/38  
Reposição:

Date: / /

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	1000 mg 50 mm	01		

**ASSINATURA DO MÉDICO - CRM**

~~ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN~~

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			<b>Folha 1/2</b>	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			2 - CNES				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES				
<i>MTD.P</i>							
Identificação do Paciente			5 - N.º DO PRONTUÁRIO				
6 - NOME DO PACIENTE			7 - CAPTAO NACIONAL DE SAUDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
<i>Alison Ferreira da Silva</i>						/ /	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO			12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)	
			N.º DO TELEFONE				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD IBGE MUNICÍPIO			15 - UF	15 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)							

<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>							
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL							
27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL							
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
31 - DTDE				32 - DTDE			
33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				34 - DTDE			
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
37 - DTDE				38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
<i>Fil. de Krishmar - 2,5 - 62 - 2,0 - 01</i>							

<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>							
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE							
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO				41 - DOCUMENTO			
42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO SÓNSELHO)			
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF		<i>03/08/18</i>			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR							
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
47 - DOCUMENTO				48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			
				49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF					



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHI

Nome: Alisson Pereira da Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Clínica/Setor: Uropeadic EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de LAC

Cirurgião: Dr. Frederico 1º Assistente: Dr. Lemos

2º Assistente: Bruno Roma R1 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_:\_\_\_\_ Término \_\_\_\_:\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação acrônio-clavicular</u>	
<u>esquerda</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de LAC</u>	
<u>esquerda</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. R. B. da Silva  
MÉDICO  
CRM-PB 10035

João Pessoa, 03/08/2018

F(NG).ASCIR.009-1

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Descrição da Cirurgia	
<b>Posição e Preparo:</b>	Posição em DDT em cadeira de plástico Antebracos Limpeza + antiséptico Aposição de campo cirúrgico
<b>Incisão:</b>	Longitudinal em gelpe de sobre
<b>Achados:</b>	Luxação acetabulo - ilíaco-lateral
<b>Conduta:</b>	Dissecção por planos Redução e fixação com 2 pinos Estilométricos (com mola) Posição de Bo R na 2ª etapa da cirurgia - Genuo - ilíaco-lateral Luxação acetabular em SP 0,97. Sutura por planos Caudas esterilizadas
<b>Fechamento:</b>	
<b>Observação:</b>	Riso x luxação Presença de 2 molas durante a cirurgia.

Médico/CRM:

 Dr. R. J. P. R. S.  
 MÉDICO  
 CRM-PB 1021

João Pessoa, 03/08/2008

F(NG).ASCIR.009-1

### Nota de Sala Cirúrgica

B. BRAUN - AGUILA BUR FLEXO 50MM - 01

SEETSHL

## FICHA DE ANESTESIA



DATA: 03/10/2011

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Ausente		SEXO: M	COR:	IDADE: 33								
PRESSÃO ARTERIAL PULSO 120/80 RESPIRAÇÃO 18/MIN TEMPERATURA 36,5°C PESO 70KG GRUPO SANGUÍNEO												
ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO												
EXAMES COMPLEMENTARES VFM												
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO										
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL										
PRÉ-ANESTÉSICO		DROGAS EM USO										
DOSE/HORA		ESTADO FÍSICO (ASA)										
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO ABC (R)												
CIRURGIA REALIZADA Tumor no reto												
CIRURGÃO Dr. Presidente		AUXILIARES Dr. Nogueira										
INÍCIO DA ANESTESIA 06:15		TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA								
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES R\$									
ANESTESISTA Dr. Ana Luisa Souto		CPF 000.000.000-00	CRM-PB									
AGENTE/HORA: 06:00 06:15 06:15												
O <sub>2</sub> N <sub>2</sub> O												
LÍQUIDOS VENOSOS												
CÓDIGOS CHURGIA	PULSE	ARTERIASISTOLICA\ DISTÓLICA\										
		220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20
ANESTESIA	P	P										
		P										
ESTOQUE												
<input checked="" type="checkbox"/> P ARTERIAL <input checked="" type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> <input checked="" type="checkbox"/> CEFALO												
ANOTACOES												
→ Chock existiu no contexto de crises. → paciente não dispõe de antecedentes												
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOQ PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS												
TECNICA												
LÍQUIDOS Volume em ml												
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO												
1 Ringer Lactato 1000ml 2 Ringer Lactato 500ml 3 Sanguinose 1000ml 4 Ringer Lactato 500ml 5 Ringer Lactato 500ml 6 Ringer Lactato 500ml 7 Ringer Lactato 500ml 8 Ringer Lactato 500ml 9 Sanguinose 500ml 10 Ringer Lactato 500ml												
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20												
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES												
1. A paciente apresenta quadro de hipertensão arterial crônica com crises de hipertensão arterial sistólica acima de 200 mmHg. 2. A paciente apresenta quadro de hipertensão arterial crônica com crises de hipertensão arterial sistólica acima de 200 mmHg. 3. A paciente apresenta quadro de hipertensão arterial crônica com crises de hipertensão arterial sistólica acima de 200 mmHg.												
ASSINATURA DO ANESTESISTA												
Ana Luisa Souto Anestesiologista CRM-PB 9190 F (NG) ASCR CRM-PB 9190												





## Receituário Médico



HEETSHL

PF. A. J. J. N. FERREIRA DA SILVA  
H. V. D.

PRIMEIRO SUSPEITO A  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CDO. SA3.1  
H. V. D. 08 SEM. , EVOLUÍ COM DIFÍCIL  
DO CERVICAL LATERAL. NECESSITA  
AGRAVAMENTO COM FÍLIOTOMIA.

Data:

26/09/18

Dr. Frederico Boulleau  
Ortopedia / Cir. do Joelho  
CRM-PB 9301

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE



A A A O

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa**

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas  
[\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)  
 Documentos Invalidez Permanente  
[\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)  
 Documentos Morte  
[\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)  
 Dicas Indispensáveis  
[\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

### PAGUE SEGURO



Como Pagar  
[\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)  
 Consulta a Pagamentos Efetuados  
[\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)  
 Informações Gerais  
[\(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

### SINISTRO 3180504476 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ALISON FERREIRA DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previ

**BENEFICIÁRIO** ALISON FERREIRA DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 05111872469

**Posição em 17-12-2018 12:51:37**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor a

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

10/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/11/2018	Exigência Documental	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqDPF8F1VNy1wwoN5i">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqDPF8F1VNy1wwoN5i</a> )
30/10/2018	Aviso de Sinistro	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqDPF8F1VNy1wwoN5i">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/api_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqDPF8F1VNy1wwoN5i</a> )

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>

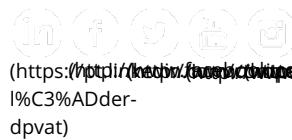


<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>

### ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))



## Serviços

- ```
> (/Pages/Acompanhe-o-Processo-  
or) de-Indenizacao.aspx)  
>  
(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-  
Efetuados.aspx)  
DPVAT/Como-Pagar(/Pages/Salva-  
como-pagar.aspx)  
> (/Pontos-  
de-Atendimento)  
> (/Seguro  
DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)
```

## Dúvidas e Respostas

- > (/Pages/Quem-Somos.aspx)
  - > (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
  - > (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
  - > (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
  - > (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
  - > (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

## Atendimento

- > (/Contato/Chat-e-Atendimento-Line)
  - > (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-Sugestoes)
  - > (/Contato/telefones-de-contato)
  - > (/Contato/Ouvidores)
  - > (/Contato/canal-de-Denuncias)
  - > (/Mapa-do-Site)
  - > (/Seguro-DPVAT/Download)



**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**DADOS DO ACIDENTE**

|                                                                                                    |                                      |                                                                             |                                                    |                                                   |                                      |                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| Nº BOAT<br>0446- 2018                                                                              |                                      | Responsável pelo Levantamento do Acidente:<br><b>JOSE AUGUSTO FERNANDES</b> |                                                    |                                                   |                                      | Posto/Graduação:<br><b>CB/PM</b> |  |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:<br><b>Av. Presidente Epitacio Pessoa</b> |                                      | Hora<br><b>22:30</b>                                                        | Bairro<br><b>Expedicionários</b>                   |                                                   | Município:<br><b>João Pessoa</b>     | UF<br><b>PB</b>                  |  |
| Data/Ocorrência<br><b>21/06/2018</b>                                                               | Dia da Semana<br><b>Quinta-Feira</b> | C/S Vítima (QT)<br><b>Com (01)</b>                                          | Natureza do Acidente<br><b>Colisão Transversal</b> | Tipo de pavimento<br><b>Asfalto</b>               | Condições/Via<br><b>Seca</b>         | Tempo<br><b>Bom</b>              |  |
| Envolvidos no acidente (Quantidade)<br><b>02 Veículos</b>                                          |                                      | Controle do tráfego no local<br><b>Semáforo sem defeito</b>                 |                                                    |                                                   |                                      |                                  |  |
| <b>CONDUTOR 01</b>                                                                                 |                                      |                                                                             |                                                    |                                                   |                                      |                                  |  |
| Nome<br><b>Severino Henrique de Lima</b>                                                           |                                      | Sexo<br><b>Masculino</b>                                                    | Nascimento<br><b>02/03/1980</b>                    |                                                   | RG<br><b>2307586</b>                 |                                  |  |
| Endereço<br><b>Rua Luiz Oliveira da Silva, 83, Tambia, PB – Tel.(083) 98808-0253</b>               |                                      | U.F.<br><b>PB</b>                                                           | Ex.méd./Dia<br><b>Sim</b>                          | Data Vencimento<br><b>29/07/2021</b>              | Usava cinto<br><b>-</b>              | Usava Capacete<br><b>-</b>       |  |
| 1ª Habilidaçāo<br><b>11/01/2007</b>                                                                |                                      | Categoria<br><b>AD</b>                                                      | Registro CNH N.º<br><b>04016656420</b>             | Destino do Condutor<br><b>Permaneceu no local</b> |                                      |                                  |  |
| Exame de Embriaguez Alcoólica<br><b>Sim (0,00 mg/l)</b>                                            |                                      |                                                                             |                                                    |                                                   |                                      |                                  |  |
| <b>VEÍCULO 01</b>                                                                                  |                                      |                                                                             |                                                    |                                                   |                                      |                                  |  |
| Marca/Modelo<br><b>V. Benz/M. Polo</b>                                                             |                                      | Espécie<br><b>Ônibus</b>                                                    | Placa<br><b>NPV-9762</b>                           | Categoria<br><b>Aluguel</b>                       | Município<br><b>João Pessoa</b>      | U.F.<br><b>PB</b>                |  |
| Nome do Proprietário<br><b>Unidas Transportes e Turismo LTDA</b>                                   |                                      |                                                                             |                                                    |                                                   |                                      |                                  |  |
| Seguradora<br><b>DPVAT</b>                                                                         |                                      | Bilhete Nº<br><b>013930803266</b>                                           | Renavan Nº<br><b>0046089977-5</b>                  |                                                   | Data da Emissão<br><b>03/05/2018</b> |                                  |  |
| Defeitos<br><b>Nada constatado</b>                                                                 |                                      |                                                                             |                                                    |                                                   |                                      |                                  |  |

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: Transitava na Via A na faixa da direita no sentido Centro/Praia, quando o V2 que transitava no meio da Via entre os veículos e no momento que ia cruzando o V2 tentou entrar na frente do V1, não sendo possível evitar o acidente, tentou frear, mas não conseguiu evitar o impacto.

**CONDUTOR 02**

|                                                                                      |  |                                                     |                                        |                                |                                      |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Nome<br><b>Alison Ferreira da Silva</b>                                              |  | Sexo<br><b>Masculino</b>                            | Nascimento<br><b>16/10/1978</b>        |                                | RG<br><b>2835365</b>                 |                                      |
| Endereço<br><b>Rua Projetada, Casa 01, Mangabeira VIII, PB – Tel.(083)98832-3761</b> |  |                                                     |                                        |                                |                                      |                                      |
| 1ª Habilidaçāo<br><b>29/05/2018</b>                                                  |  | Categoria<br><b>AB</b>                              | Registro CNH N.º<br><b>07062316748</b> | U.F.<br><b>PB</b>              | Ex.méd./Dia<br><b>Sim</b>            | Data Vencimento<br><b>29/05/2019</b> |
| Exame de Embriaguez Alcoólica<br><b>Não</b>                                          |  | Destino do Condutor<br><b>Socorrido ao Hospital</b> |                                        |                                |                                      |                                      |
| <b>VEÍCULO 02</b>                                                                    |  |                                                     |                                        |                                |                                      |                                      |
| Marca/Modelo<br><b>Suzuki Yes</b>                                                    |  | Espécie<br><b>Motocicleta</b>                       | Placa<br><b>NQH-1882</b>               | Categoria<br><b>Particular</b> | Município<br><b>João Pessoa</b>      | U.F.<br><b>PB</b>                    |
| Nome do Proprietário<br><b>Alison Ferreira da Silva</b>                              |  |                                                     |                                        |                                |                                      |                                      |
| Seguradora<br><b>DPVAT</b>                                                           |  | Bilhete Nº<br><b>013814419897</b>                   | Renavan Nº<br><b>0099633293-6</b>      |                                | Data da Emissão<br><b>21/06/2018</b> |                                      |
| Defeitos<br><b>Nada constatado</b>                                                   |  |                                                     |                                        |                                |                                      |                                      |

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor foi ouvido na sala do setor de BOAT do BPTRAN no dia 29/06/2018 e declarou que: Trafegava a Via A no sentido Centro/Praia, na faixa da direita, quando sentiu um impacto na traseira do V2, não podendo evitar o acidente.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 23/07/2018

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0446 - 2018

VÍTIMA 01

Nome

Alison Ferreira da Silva

Endereço

Rua Projetada, Casa 01, Mangabeira VIII, PB – Tel.(083)98832-3761

Sexo  
Masculino

Nascimento  
16/10/1978

Viajava no Veículo N°

V2

Usava Cinto

Conduzida Para  
Hospital

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: Através de vestígios das sedes de impacto e das posições dos veículos que o acidente ocorreu no lado direito da Via A onde trafegava o V1; vítima foi socorrido pelo resgate do CBM para o Hospital de Trauma; V1 liberado no local; V2 removido ao BPTRAN; não foi possível identificar testemunhas no local; o fato foi registrado na DP (ficha em anexo).

João Pessoa – PB, 11 de Julho de 2018.

BAHIA DE TRÂNSITO  
Órgão de Contingência e Controle  
EM: 23/07/2018  
JOSE AUGUSTO FERNANDES CB PM  
Assinado

*JOSE AUGUSTO FERNANDES CB PM*  
JOSE AUGUSTO FERNANDES CB PM

Responsável pelo Levantamento





**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0446 - 2018**

**DANOS NO V1**

|                                       |                           |                                                        |                            |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|
| Marca/Modelo:<br><b>M Bnez/M Polo</b> | Placa:<br><b>NPV-9762</b> | Responsável pelo Preenchimento:<br><b>CB Fernandes</b> | Data:<br><b>21/06/2018</b> |
|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|

**ÔNIBUS E MICROÔNIBUS**

**AVARIAS NO ACIDENTE**

| Item | Descrição do componente                                                                                                                                                                                 | Valor | Sim | Não | N |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|---|
| 01   | Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.                                                                                                                               | M     | x   |     |   |
| 02   | Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria.                                                                                                                                                | M     | x   |     |   |
| 03   | Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.                                                                                                                            | M     | x   |     |   |
| 04   | Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas). | M     | x   |     |   |
| 05   | Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.                                                         | M     | x   |     |   |
| 06   | Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi.                                                          | M     | x   |     |   |
| 07   | Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.                                                                                    | M     | x   |     |   |
| 08   | Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.                                                                                                                                   | M     | x   |     |   |
| 09   | Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.                                                                                                                                    | M     | x   |     |   |
| 10   | Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.                                                                                                                   | M     | x   |     |   |
| 11   | Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.                                                                                                                                        | G     | x   |     |   |
| 12   | Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.                                                                                                                                         | G     | x   |     |   |
| 13   | Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina.                                                                                                                                          | G     | x   |     |   |
| 14   | Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.                                                                                                                                     | M     | x   |     |   |
| 15   | Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.                                                                                                                                                    | M     | x   |     |   |
| 16   | Avaria em qualquer um dos eixos.                                                                                                                                                                        | M     | x   |     |   |
| 17   | Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.                                                                                                                                                       | M     | x   |     |   |
| 18   | Região do Chassi termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.                                                                                                              | G     | x   |     |   |

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.

**Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade**

|                                     |                                                                                                                |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Dano de Pequena Monta: quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"                      |
| <input type="checkbox"/>            | Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M  |
| <input type="checkbox"/>            | Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G |

Observações: FOI AVARIADO A LATERAL ESQUERDA.

DANO DE PEQUENA MONTA.

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi danificado ou não no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente; NÃO = Item não danificado no acidente; NA = Impossibilidade de avaliar o dano (Não avaliado)

**DANOS NO V2**

|                                    |                           |                                                        |                            |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|
| Marca/Modelo:<br><b>Suzuki Yes</b> | Placa:<br><b>NQH-1882</b> | Responsável pelo Preenchimento:<br><b>CB Fernandes</b> | Data:<br><b>21/06/2018</b> |
|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|

**MOTOCICLETA**

**PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE**

| Item | Nome da Peça                         | Avaliação |     |    | Nome da Peça                | Avaliação |
|------|--------------------------------------|-----------|-----|----|-----------------------------|-----------|
|      |                                      | Sim       | Não | NA |                             |           |
| 01   | Garfo dianteiro                      | x         |     |    | 05 Chassi                   | x         |
| 02   | Mesa superior da suspensão dianteira |           | x   |    | 06 Garfo traseiro           | x         |
| 03   | Mesa inferior da suspensão dianteira |           | x   |    | 07 Eixo traseiro (triciclo) | x         |
| 04   | Coluna de direção                    |           | x   |    | Total Geral (Sim + NA)      | 01        |

Observações: FOI AVARIADO AS CARENAGENS LATERAIS.

DANO DE MEDIA MONTA.

21 SET. 2013  
PROTÓCOLO

**AVALIAÇÃO POR DANO:**

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

João pessoa-PB, 11 de Julho de 2018.

*CB Fernandes*  
JOSE AUGUSTO FERNANDES CB PM

Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Copia de Conformeado com o Boletim  
Ent: 23/07/2018



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0446/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



23.07.2013

PROTÓCOLO

José Augusto Fernandes CB PM  
Responsável pelo Levantamento

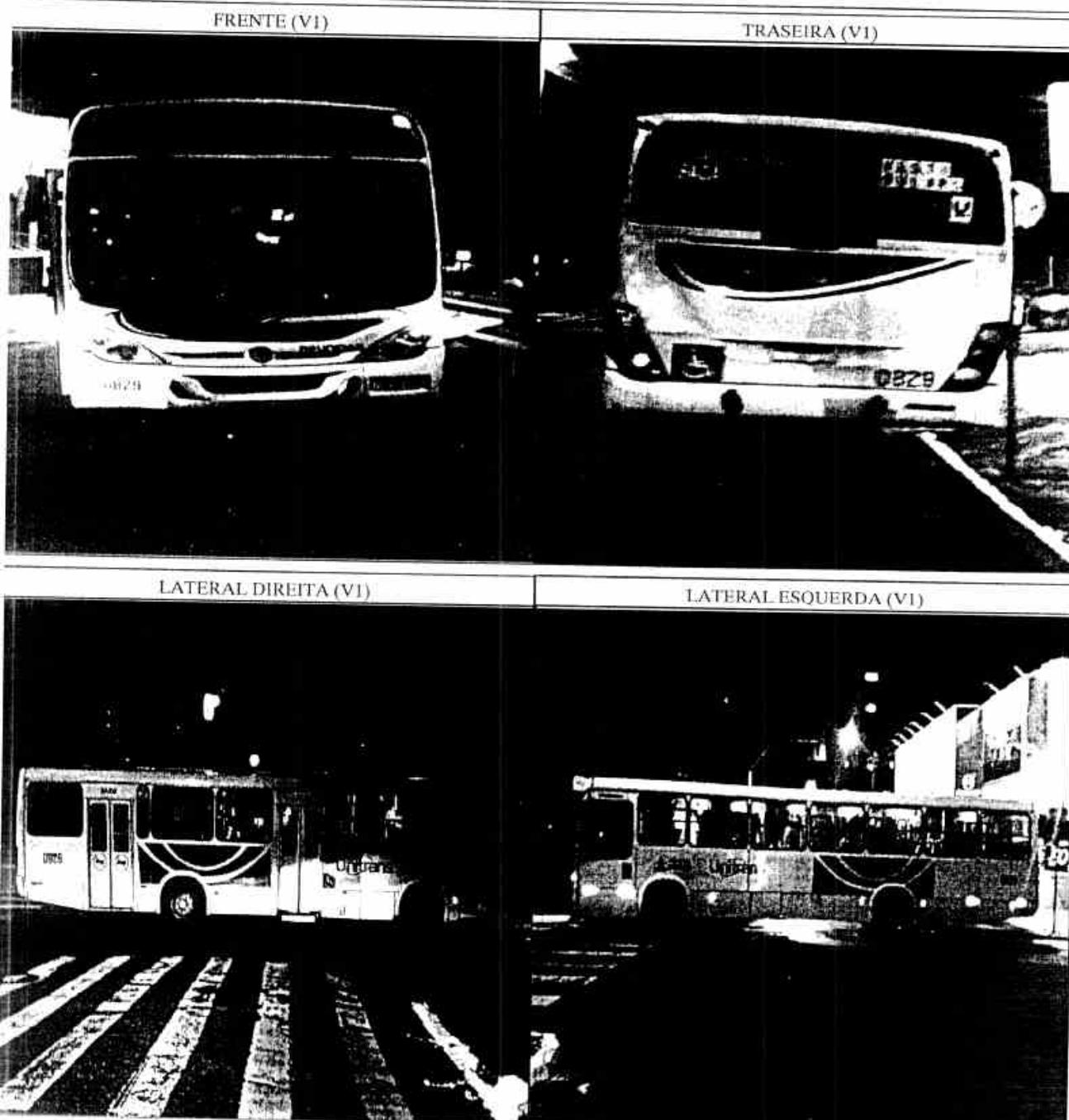


POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0446/ 2018

FOTOS DO V1



*23/07/2018*  
José Augusto Fernandes CB PM  
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



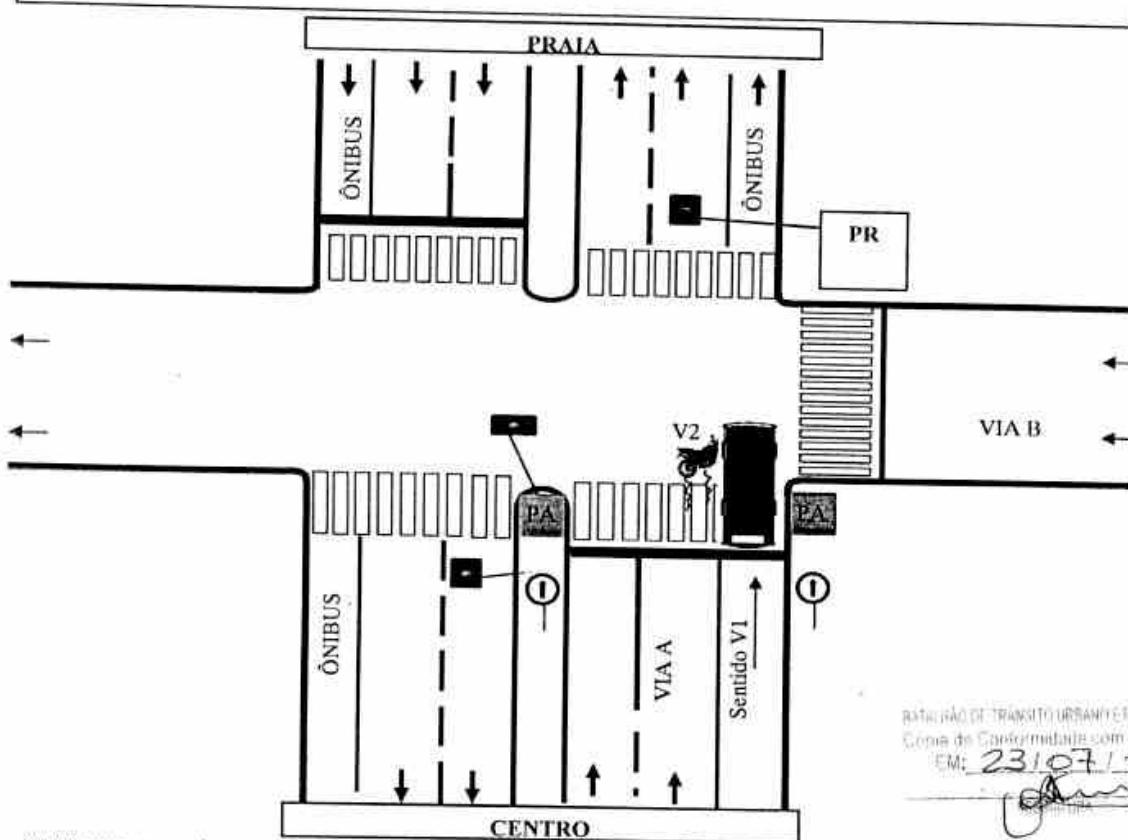
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0446/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Epitácio Pessoa 09,00metros  
VIA "B" - Avenida Mar Esperidião Rosas 07,00metros

PR (Ponto de Referência) Igreja Universal  
PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 03.20 e Traseiro Direito 00.00 metros para (PA)  
V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 08.40 e Traseiro Direito 07.35 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECER ESCALA

A V A R I A S

21 SET. 2013

PROTÓCOLO  
AO. JOÃO PESSOA

José Augusto Fernandes CB PM  
Responsável pelo Levantamento

V1 V2

**PROCESSO NÚMERO - 0810295-50.2018.8.15.2003**

**CLASSE:** PROCEDIMENTO COMUM (7)

**ASSUNTO(S):** [SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

**AUTOR: ALISON FERREIRA DA SILVA**

Advogados do(a) AUTOR: RENAN DE CARVALHO PAIVA - PB21393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA - PB23263

**RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**

Advogado do(a) RÉU:

---

## **DESPACHO**

Vistos.

**Defiro o pedido de gratuidade de justiça.**

O art. 334, do CPC estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destaqueamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócuia. A parte autora busca no Judiciário a revisão do ato que deferiu em parte o pedido no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juízo sem a complementação de provas, trazendo os mesmos exames já levados à perícia administrativa.

No que pese entendimento anterior, a experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

Por outro lado, ressalte-se que fazia sentido a designação de audiência prévia de conciliação quando, ante a realização da perícia médica, designada para a mesma data, com o grau de invalidez estabelecido no laudo respectivo, restava o feito com todos os elementos que possibilitariam a conciliação, prescindindo, inclusive, da formação do contraditório.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o sentido a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

Desta feita, cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344, do CPC.

Servirá esse despacho como mandado.

Cumpra-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
Juiz de Direito