



Número: **0802050-65.2017.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **23/11/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RISONALDO DA SILVA BARBOSA (AUTOR)		ROBERTA LIMA ONOFRE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36119445	30/10/2020 15:14	Petição	Petição
36119446	30/10/2020 15:14	2644539_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36119447	30/10/2020 15:14	2644539_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11549156

A/C: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170459001 ASL-0326159/17

Vítima: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Data Acidente: 03/10/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01857/01858 - carta_01



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **RISONALDO DA SILVA BARBOSA**

Nº Sinistro: **3170459001**
Vitima: **RISONALDO DA SILVA BARBOSA**
Data do Acidente: **03/10/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170459001**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12403054

Pag. 01791/01792 - carta_16 - INVALIDEZ



00020896





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

TÍTULO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Risonaldo da Silva Barbosa
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.953.594 EXPEDIDO POR SSDSI PB EM 12/04/2020
 COM O CPF 02498460455 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO MURADOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Risonaldo da Silva Barbosa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

De acordo com a Circular Basp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a programação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Contas salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta corrente quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL - operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scaneada, colada, exibida a mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de verificação.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0944-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 34.083-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS REAL, CESCOT, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA titularidade. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Mamanguape 04 de Março de 2020

LOCAL E DATA

Risonaldo da Silva Barbosa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (vítima) que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente, indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodoinsito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

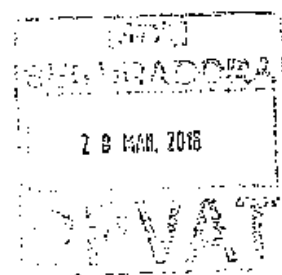


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:14:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015140839800000034489914

Número do documento: 20103015140839800000034489914

Num. 36119446 - Pág. 3





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO 3160229585

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

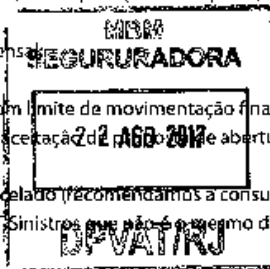
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, RISONALDO DA SILVA BARBOSAPORTADOR(A) DO RG Nº 1953594 EXPEDIDO POR SSP/PB EM / / ECPF 02498468455 / CNPJ - - , PROFISSÃO AGRICULTORE RENDA MENSAL DE R\$ RECEITA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RISONALDO DA SILVA BARBOSA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT Sinistros que não é o mesmo de conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprove os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 4984 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0944-X Nº da CONTA (com dígito, se existir) 14083-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PESSOA/PB, 20 de JULHO de 2017

LOCAL E DATA

Risonaldo da Silva Barbosa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodatransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

FC Risonaldo da Silva Barbosa
 POR(A) DO RG Nº 1.953.594 EXPEDIDO POR SS051 PB EM 30/04/2016
 CPF 024.908.460-94 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO TRABALHADOR
 RENDA MENSAL DE R\$ QUINQUA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Risonaldo da Silva Barbosa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta corrente quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanada, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Banco 003Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0944-XNº da CONTA (com dígito, se existir) 34.083-X

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRASILEIRO, ITALI, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Maringá, 04 de Março de 2016

LOCAL E DATA

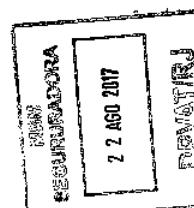
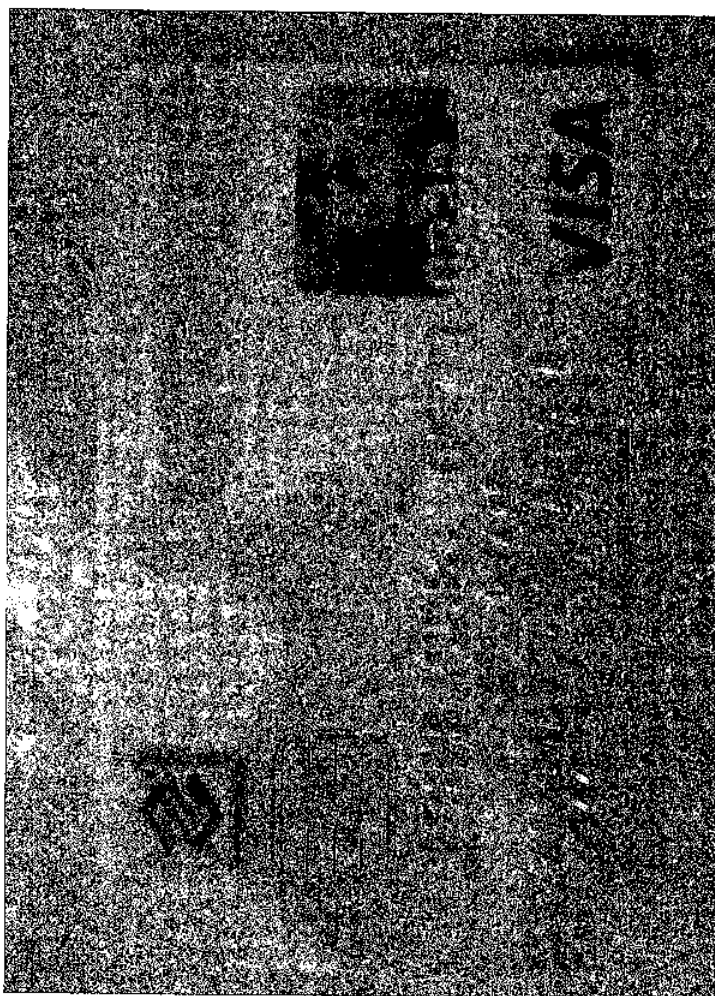
Risonaldo da Silva Barbosa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente).
- Em caso de acidente, indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.pvaseguradoueranosito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







ACI-0833938716
lucres distri.op.2000
22/08/2017 14:38:55

ACI-0833938716
lucres distri.op.2000
22/08/2017 14:38:55

ACI-0833938716
lucres distri.op.2000
22/08/2017 14:38:55

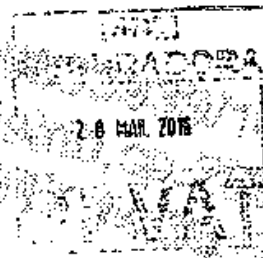
ACI-0833938716
lucres distri.op.2000
22/08/2017 14:38:55

ACI-0833938716
lucres distri.op.2000
22/08/2017 14:38:55

ACI-0833938716
lucres distri.op.2000
22/08/2017 14:38:55

ACI-0833938716
lucres distri.op.2000
22/08/2017 14:38:55

ACI-0833938716
lucres distri.op.2000
22/08/2017 14:38:55





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 007/2015

Ocorrência nº. 2.379/2015

Aos DEZESSEIS dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) ad-hoc Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 09h:59min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

RISONALDO DA SILVA BARBOSA, conhecido por _____, Identidade nº 1.953.594-SSP/PB, CPF nº 024.984.684-55, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Francisco Canidé Barbosa E De Luiza Da Costa Barbosa, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 06/12/1974 (40 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Alagoas, S/N, Zona Rural, tendo como ponto de referência: próximo a capela de São Sebastião, na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato: (83) 98807-8407.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 03 de 10 de 2015;
- 3) HORÁRIO: 13h:0min;
- 4) LOCAL: BR 101, próximo ao Sítio Camaratuba, nesta cidade;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Regional de Mamanguape;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

marca/modelo: FIAT/PALIO FIRE, ano: 2014/2015, placa: QFA 8969/PB, cor: vermelha, chassi: 9BD17122LF5969730 em nome da sua esposa ROSÁLIA CONRADO DE MELO BARBOSA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia 03/10/2015, na referida hora e local, estava se dirigindo da cidade de Mataraca em direção a sua residência no referido veículo o qual conduzia, quando o mesmo perdeu o controle deste e colidiu num canteiro depois de passar em um radar de controle de velocidade no local e ao colidir no canteiro o veículo capotou por diversas vezes; QUE assim sofreu acidente de trânsito; QUE segundo laudo do Hospital o noticiante deu entrada com relato e queixa de dor leve em região lombar e em MSE, QUE junto com ele e sua esposa estava a pessoa de SANDRA PESSOA; QUE foi socorrido por populares e conduzido para o Hospital Regional de Mamanguape, onde foi atendido conforme documentação anexa

9) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Risonaldo da Silva Barbosa
RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Comunicante

Frederico Figueiredo Brito da Silva / Matrícula nº 156.567-2

SECRETARIA

20 MAR 2015

OPVAT





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 007/2015

Ocorrência nº: 2.379/2015

Aos DEZESSEIS dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) ad-hoc **Frederico Figueiredo Brito da Silva**, ai, por volta 09h:59min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

RISONALDO DA SILVA BARBOSA, conhecido por , Identidade nº 1.953.594-SSP/PB, CPF nº 024.984.684-55, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Francisco Canidê Barbosa E De Luiza Da Costa Barbosa, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 06/12/1974 (40 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Alagoas, S/N, Zona Rural, tendo como ponto de referência: próximo a capela de São Sebastião, na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato: (83) 98807-8407.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 03 de 10 de 2015;
- 3) HORÁRIO: 13h:0min;
- 4) LOCAL: BR 101, próximo ao Sítio Camaratuba, nesta cidade;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Regional de Mamanguape;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTARIAS? SIM.

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

marca/modelo: FIAT/PALIO FIRE, ano: 2014/2015, placa: QFA 8969/PB, cor: vermelha, chassi: 9BD17122LF5969730 em nome da sua esposa ROSÁLIA CONRADO DE MELO BARBOSA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia 03/10/2015, na referida hora e local, estava se dirigindo da cidade de Mataraca em direção a sua residência no referido veículo o qual conduzia, quando o mesmo perdeu o controle deste e colidiu num canteiro depois de passar em um radar de controle de velocidade no local e ao colidir no canteiro o veículo capotou por diversas vezes; QUE assim sofreu acidente de trânsito; QUE segundo laudo do Hospital o noticiante teve entrada com relato e queixa de dor leve em região lombar e em MSE, QUE junto com ele e sua esposa estava a pessoa de SANDRÁ PESSOA, QUE foi socorrido por populares e conduzido para o Hospital Regional de Mamanguape, onde foi atendido conforme documentação anexa

9) OBSERVAÇÕES:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Risonaldo da Silva Barbosa
RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Comitente

Frederico Figueiredo Brito da Silva / Matrícula nº 156.567-2



20 MAR 2015

OPVAT



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de Identificação

Eu, Risonaldo da Silva Barbosa, portador da carteira de identidade nº 1.953.594 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.984.684-55, residente e domiciliado na Sítio Zalagoo Sino - Área Rural, Cidade Mamanguape, Estado PB, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

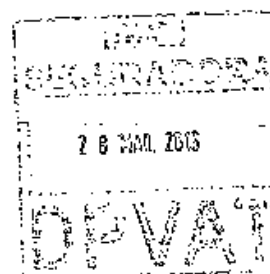
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Risonaldo da Silva Barbosa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mamanguape/PB - 04/07/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de Identificação

Eu, Risonaldo da Silva Barbosa, portador da carteira de identidade nº 1.953.594 e inscrito no CPF/MF sob o nº 024.984.684-55, residente e domiciliado na Sítio Zalagoo Sino - Área Rural, Cidade Mamanguape, Estado PB, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

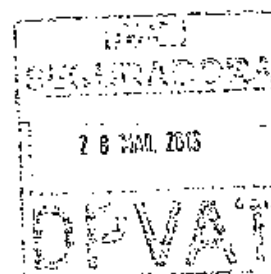
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Risonaldo da Silva Barbosa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mamanguape/PB - 04/07/2016

Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Risonaldo da Silva Barbosa, portador da carteira de identidade nº 3.953.594 e inscrito no CPF/MF sob o nº 034.984.684-55, residente e domiciliado na: Sítio Zalagoo S/nº - Área Rural, Cidade: Mamanguape, Estado PB, 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:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

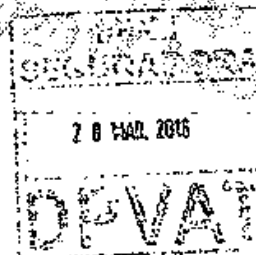
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Risonaldo da Silva Barbosa

Assinatura do declarante
com o documento de identificação

Mamanguape/PB - 04/07/2016

Local e data



Comp. Ao Declaração



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente RISONALDO DA SILVA BARBOSA, 40 anos, dando o primeiro atendimento no Hospital Geral de Mamanguape no dia 03/10/2015 às 14:02 horas, inscrito sob o BAM nº. 74101. Sua mãe chama LUZIA DA COSTA BARBOSA.

O referido paciente deu entrada no serviço após acidente automobilístico e queixando-se de dor leve em região lombar e em MSE.

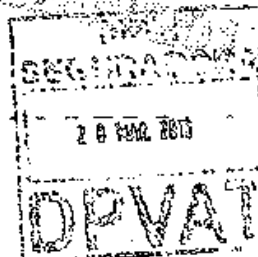
Feito propranolol 40mg vo e diclofenaco 50mg oral e liberado para casa.

CID: M79.6; M54.3

Mamanguape, 29 de Outubro de 2015

Francilino Rodrigues Leite Rangel

Diretor Técnico do HGM



RISONALDO DA SILVA
SIT ZALAGOA, S/N - AREA RURAL
MAMANGUAPE / PB CEP: 58200000 [AG 14]

Class/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Faturam: 18 - 14 - 181 - 3888
Nºmedidor: 00000291813

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A
R. ZALAGOA, S/N - C. 14 - 181 - 3888 - MAMANGUAPE / PB - CEP: 58200000
CNPJ: 08.055.183/0001-49 Ins. Est. 16.015.823-0
Endereço: Rua de Energia Elétrica Nº 01, 170-502
Código para o cliente: 0001100128

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

1503 MF, 14.46, 2074 8265 8833 8953, 8974.

Conta referente a CDC (Código do Consumidor): 5/1165072-8

Canal de contato

Ago / 2015

Apresentação

28/08/2015

Data prevista da
próxima leitura

28/09/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
2439489455

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
24/07/16	5077	28/08/16	8181	33

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 21/08/2015 PAGAS,
OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	84	3,37886	283,88
Adic. 12 Vermilha			4,82

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIB	0,04
COFIM	2,84
CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA	8,28
ICMS (Base de Cálculo R\$ 53,44) Alíquota 25,00%	13,36

Histórico de Consumo (kWh)

Jul/16	82
Jun/16	82
Mai/16	88
Abr/16	81
Mar/16	73
Fev/16	76
Jan/16	92
Dez/15	74
Nov/15	67
Out/15	65
Sep/15	89
Ago/15	96

Média dos últimos meses
74 kWh

VENCIMENTO

03/09/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 59,70

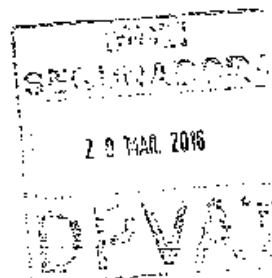
Indicadores de Qualidade 2015-Rio Tuba

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIENHESAL	13,20	9,42	ADONAL 220
DIENHESAL	25,34		
DIENHESAL	32,69		
DIENHESAL	8,50	2,00	CONTRATADA
DIENHESAL	17,09		LIMITE SUPERIOR 201
DIENHESAL	30,19		LIMITE SUPERIOR 201
DIENHESAL	7,20	5,17	
DIENHESAL	18,80		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	84,42	25,18
Consumo de Energia	17,84	29,55
Serviço de Transmissão	1,37	2,06
Encargos Sociais	3,22	5,39
Impostos, Oneros e Encargos	22,30	36,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	149,15	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Art. 6º 2015) R\$ 17,84

ATENÇÃO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rosalia Conrado de Melo Barbosa,

RG nº 2.213.779, data de expedição 11/05/2010

Órgão SSDP/PB, portador do CPF nº 982473364-72, com

domicílio na cidade de Mamanguape, no Estado de PB,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Alagoas, nº 5110,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mençãoado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Risonaldo da Silva Barbosa o condutor era

Risonaldo da Silva Barbosa

Veículo: FIAT/PALIO FIRE

Modelo: 2014

Ano: 2015

Placa: 9FA 8969/PB

Chassi: 9BD17122LF5969730

Data do Acidente: 03/10/2015

Local e Data: _____

Rosalia Conrado de Melo Barbosa
Assinatura do Declarante

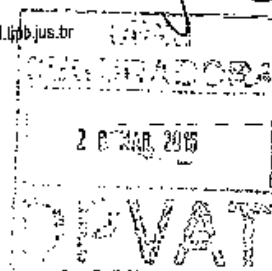
Risonaldo da Silva Barbosa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TERESA RAMOS LINS
Teresa Ramos Lins
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
ROSALIA CONRADO DE MELO BARBOSA
Em test., da verdade. Mamanguape-PB 16/11/2015 10:35:34
Teresa Ramos Lins - Titular
[2015-001611]EJUL:R 87,75 FAPER:R 0,23 FEPJ:R 8,23
SELO DIGITAL: AC170005-XPRH
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape, 47 - CPMO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
RISONALDO DA SILVA BARBOSA
Dou fé. Mamanguape/PB - 16/11/2015
Escrivente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI
Selo Digital: ACK08346-480F
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Rosalba Connado de Melo Barbosa
RG nº 2.213.779 data de expedição 11/05/2010
Órgão SSDPB portador do CPF nº 982473364-32 com
domicílio na cidade de Mamanguape no Estado de
PB onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
sítio Alagoas nº 5100

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Risonaldo da Silva Barbosa o condutor era
Risonaldo da Silva Barbosa

Veículo: Fiat Palio Fire
Modelo: 2014
Ano: 2015
Placa: GFA 8969/PB
Chassi: 9B017122LF5969730
Data do Acidente: 03/10/2015
Local e Data: _____

Rosalba Connado de Melo Barbosa
Assinatura do Declarante

Risonaldo da Silva Barbosa

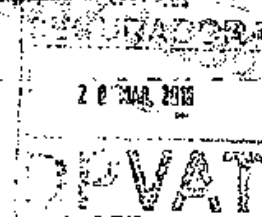
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima reclamante do sinistro)

TERCEIRA FIANÇA LÍQUIDA
Reconheço, com autenticidade, a(s) seguinte(s) assinatura(s):
ROSALBA CONNADO DE MELO BARBOSA
Em test. de Verdade, Mamanguape-PB 16/11/2015 10:53:34
Teresa Ramos Lins - Titular
[2015-001611]TERRA:04 07 75 FAX:04 07 23 FAX:04 07 23
SELO DIGITAL: 66170005-EPBA
Confira a autenticidade no <https://seledigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape, 47 - PB

Reconheço, com autenticidade, a(s) seguinte(s) assinatura(s):
RISONALDO DA SILVA BARBOSA
Doc. Id.: Mamanguape/PB - 16/11/2015
Escritório: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTE
Selo Digital: 66170005-EPBA
Acesse o site <https://seledigital.tjpb.jus.br>





BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DO BVL: 001

DATA: 3/10/15 HORA DO ATENDIMENTO: 14:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

NOME DA MÃE: LUIZ DA COSTA BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 06/12/1974 IDADE: 40 anos SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: *professor*

ENDEREÇO: ALGODRES

UF: ALAGOAS

TELEFONE: 8807 8407

ORÇÃO DO SUS: 704307548267199

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUBJEATIVO)

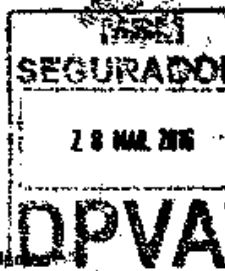
*Doença crônica de caráter
entrançalado, com dor leve em joelho
esquerdo e AS.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Propionato de Fenil - VO
Doloponto 500mg - VO



Paciente/Responsável

Médico Assistente

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:14:08



FORMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (Versão 1.00) - 03/04/2015

4/14

Data: 03/10/2015 14:17

HOSPITAL GERAL DE MARACAJUPE - PB

PACIENTE: 7311 RSCA ALEIA DA SILVA MARQUES DT NASC: 08/12/1974
USUÁRIO: edfrans ATENDIMENTO: 14746 IDADE: 40 anos, 9 meses e 22 dias.
DT ATENDIMENTO: 03/10/15 14:02

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO AMARELO
TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 01:10:10
RISCO: MODERADO

DATA: 03/10/15 14:15
USUÁRIO: MARIA EDFRANAA

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDÍACA: 90 bpm
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA: 120 mmHg
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: 20 rpm
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA: 80 mmHg
HEMOGLICOTESTE (HGT): 0
SATURAÇÃO (SpO2): 98%
COR DA PELE: ROSA
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: LUC
TEMPERATURA CORPORAL: 36,5°C
ESCALA DE DOR: 0 - MODERADA
QUEIXO PRINCIPAL: paciente relata dor na
região abdominal

DATA: 03/10/15 14:10
USUÁRIO: MARIA EDFRANAA



Paciente/Responsável

Dr. Suelio Moreira

Médico Atm



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: ☐ AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR

PRONOME DO PACIENTE: Sr. / Sra. / Sr. / Sra.

DATA DO ATENDIMENTO: 28/03/2018

Insuís

Carla

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA

☐ APLICADA

LOCAL DE ATENDIMENTO

☐ CONSULTÓRIO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ INTERNAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTROS

☒ ALTA HOSPITALAR

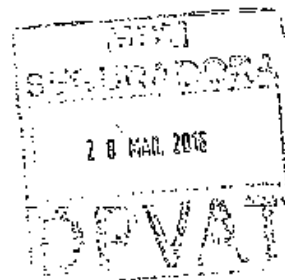
☐ EVADIR-SE

ASSINADO POR: DR. LUCAS BASILIO ARAÚJO

DR. Lucas Basilio Araujo
Médico - Clínico Geral
CRM - PB 11745

ASSINADO POR: PACIENTE / COMPROVANTE

ASSINADO POR: DIRETOR





BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

NÚMERO DO BOM: 0001

DATA: 3/10/15 HORA DO ATENDIMENTO: 14:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

NOME DA MÃE: LUIZ DA COSTA BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 06/12/1974 IDADE: 40 anos SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: *professor*

ENDEREÇO: ALGODRES

CEP: 571 - ALAGÓIS

TELEFONE: 8807 8407

ORÇÃO DO SUS: 704307548267199

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUBJEATIVO)

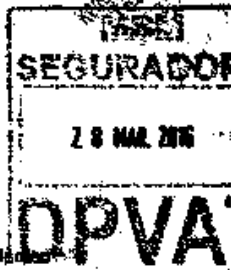
*Doença crônica de caráter
entranquecido, com dor leve em joelho
esquerdo e AS.*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Propionato de Fenil - VO
Doloponto 500mg - VO



Paciente/Responsável

Médico Assistente

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:14:08



FORMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO (Versão 1.00 - 01/01/2015)

414

Data: 03/10/2015 14:17

HOSPITAL GERAL DE MARACAJUPE - PB

PACIENTE: 7311 RSCA MORAES DA SILVA, MARIA ROSA
USUÁRIO: edfranc
ATENDIMENTO: 16746
DT ATENDIMENTO: 03/10/15 14:02
IDADE: 46 anos, 9 meses e 22 dias.

CLASSIFICAÇÃO

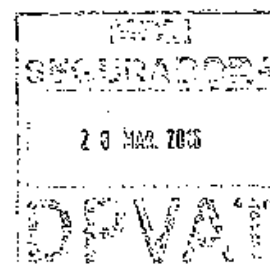
CLASSIFICAÇÃO AMARELO
TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO: 01:10:10
RISCO: INTERMEDIÁRIO

DATA: 03/10/15 14:15
USUÁRIO: MARIA EDFRANILIA

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDÍACA: 90 bpm
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA: 120 mmHg
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: 20 rpm
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA: 80 mmHg
HEMOGLOBINÓTESTE (HGT): 9
SATURAÇÃO (SpO2): 95
COR DA PELE:
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:
TEMPERATURA CORPORAL: 36,5
ESCALA DE DOR: 1 - MODERADA
QUEIXO PRINCIPAL: edema bilateral na
extremidade inferior

DATA: 03/10/15 14:10
USUÁRIO: MARIA EDFRANILIA



Paciente/Responsável

Dr. Suelio Moreira

Médico Atm



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: _____

PRONOME DO PACIENTE: _____

DATA DO ATENDIMENTO: _____

Insuís

Carla

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA

☐ APLICADA

LOCAL DE ATENDIMENTO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ INTERNAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTROS

☒ ALTA HOSPITALAR

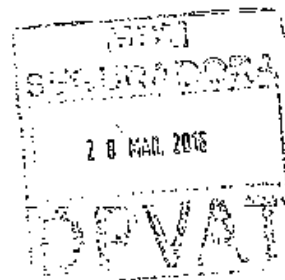
☐ EVADIR-SE

ASSINADO POR: _____

DR. Leônidas Bastião Alves
Médico - Clínico Geral
CRM - PS 11745

ASSINADO POR: _____

ASSINADO POR: _____





GOV. DO ESTADO
ALAGOAS

HGM
HOSPITAL GERAL DE MACEIO



BOLETIM DE ATENDIMENTO MEDICO

NÚMERO DE BAIXA: 001

DATA: 11/03/2020

3/10/15

HORA DO ATENDIMENTO: 14:02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

NOME DA MÃE: JULIA DA COSTA MATEUS

DATA DE NASCIMENTO: 06/12/1974

IDADE:

40 anos

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO: ALAGOAS

CEP:

- ALAGOAS

TELEFONE: 8807 8407

INSCRIÇÃO DO SUS:

704307548267193

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com trauma de acidente
automobilístico, com lesões em
tórax e abdômen.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS AMBULATORIAIS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Propranolol 40mg - VO

Dolopir 100mg - VO

SEGURADOR

28 MAR 2020

DPVA

Paciente Responsável

Médico Atendimento

Dr. Paulo Roberto
Mendes
CRM - 14.753





FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO PACIENTE

4/4

Data 03/10/2015 14:12

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE - PB

PACIENTE 02171
USUÁRIO 02171
ATENDIMENTO 14745
DT ATENDIMENTO 03/10/15 14:05

DATA: 03/10/15 14:05
USUÁRIO: MARIA ECFRANIA

CLASSIFICAÇÃO

CLASSIFICAÇÃO AMARELO
TEMPO DE CLASSIFICAÇÃO 00:00:00

DATA: 03/10/15 14:12:15
USUÁRIO: MARIA ECFRANIA

SINAIS VITAIS

FREQUÊNCIA CARDÍACA
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA
FREQUÊNCIA RESPIRATORIA
PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA
HEMOGLOBINÓMETRO (HGT)
SATURAÇÃO (SpO2)
COR DA PELE
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA
TEMPERATURA CORPORAL
ESCALA DE DOR
QUEIXO PRINCIPAL

MODERADA
Acidente isêmico cerebral

DATA: 03/10/15 14:10
USUÁRIO: MARIA ECFRANIA

Paciente Responsável

Dr. Suelio Moreira Torres

Médico



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:14:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015140839800000034489914>

Número do documento: 20103015140839800000034489914

Num. 36119446 - Pág. 25



BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO: ☐ AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR

Tracius

MEDICAÇÃO

☒ PRESCRITA

☐ APLICADA

☐ INTERNAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ OUTROS

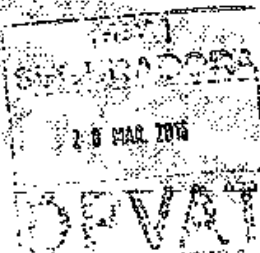
☒ ALTA HOSPITALAR

☐ EVADIR-SE

Dr. Lincoln Bezílio Alves
Médico - Clínica Geral
CRM - PB 4745

ASSINADO DO AGENTE/COORDENADOR

SELO DO LUGAR DIRETO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-004

Risonaldo da Silva Barbosa

ASSINATURA NOTÍCIA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.953.594 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 12/04/2010

NOME RISONALDO DA SILVA BARBOSA

FILIAÇÃO FRANCISCO CAMILO BARBOSA
LUIZA DA COSTA BARBOSA

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PR DATA DE NASCIMENTO 06/12/1974

DOC ORIGEM CASAM N.4426 PLS.26EV. LIV.AUX13

CARTÓRIO MAMANGUAPE PB

CPF 024.984.664-55 *assinado*

Assinatura do Titular João Pessoa - PB João do Socorro V. Camargo

LEI Nº 7.1

0012

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Nº de Inscrição
024984684-55

Data de Nascimento
06/12/74

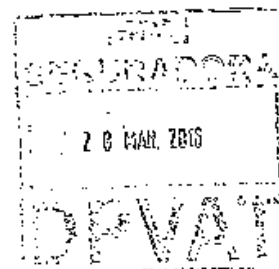
Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, validade e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
RISONALDO DA SILVA BARBOSA

S
E
R
V
I
D

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 28/11/97



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-004

Risonaldo da Silva Barbosa

ASSINATURA DETENTOR

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ALCEIAS FERREIRA

1.953.594 - 2 VIA

DATA DE EMISSÃO 12/04/2010

ALCEIAS

RISONALDO DA SILVA BARBOSA

FILIAÇÃO FRANCISCO CANDE BARBOSA

LUÍZA DA COSTA BARBOSA

NATURALIDADE MAMANGOAPE-PB

DATA DO NASCIMENTO 06/12/1974

DOC ORIGINAL

LIBER N. 4426 PLS-468V-LIV-AUX13

CARTÃO MAMANGOAPE PB

CPF 024.984.684-55

Assinatura

Edna do Socorro V. Cavalcanti

Assinatura

Documentos de Identificação

LENT

0012

MINISTÉRIO DA FAZENDA

RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

RISONALDO DA SILVA BARBOSA

Nº de inscrição

024984684-55

Data de Nascimento

06/12/74

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a utilização por terceiros, sob as penas previstas na Legislação vigente.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitida em: 28/11/97

ASL-08222017

1005339136

22/08/2017 14:36:37

ASL-08222017

1005339136

22/08/2017 14:36:37

ASL-08222017

1005339136

22/08/2017 14:36:37

7 8 MAR 2015

DE VAT



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Risonaldo da Silva Barroso

DATA DO ACIDENTE 03/10/2016 CPF DA VÍTIMA 024.984.694-55

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL (CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA)

ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Zalagosa

Nº 517 COMPLEMENTO BAIRRO Ana Rural

CIDADE Mamanguape UF PB CEP 58280-000

E-MAIL TELEFONE 83 98907.8407

MARQUE X OU PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ ATUALIZAÇÃO DO LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) OU LAUDO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELO VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ LAUDO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ LAUDO DE INVALIDEZ PERMANENTE DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TMS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DMS

- ☐ CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) ASSINADA PELO VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ LAUDO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ LAUDO DE INVALIDEZ PERMANENTE DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TMS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DMS

- ☐ CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, HOUVERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04/03/2016

CPF 024.984.694-55

ASSINATURA Risonaldo da Silva Barroso

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04/03/2016

CPF 024.984.694-55

ASSINATURA Risonaldo da Silva Barroso



PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

Seguradora Líder dos
Condições do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-053379/2016

Natureza: Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: RISONALDO DA SILVA BARBOSA
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
CPF da Vítima: 024.984.684-55Dependência: 2015
PróprioData de Nascimento: 06/12/1974
Data do Sinistro: 03/10/2015
Titular do CPF: RISONALDO DA SILVA BARBOSA

DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	07/03/2016	Entregue	

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

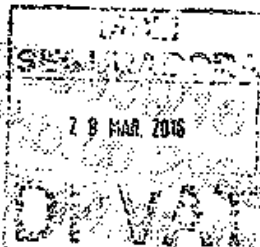
Nome:

Telefone: (83) 99938-1223
Celular:

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados na anexa, ficam aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 07/03/2016

MBM-558258





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MAMANGUAPE/PB

Processo: 08020506520178150231

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RISONALDO DA SILVA BARBOSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MAMANGUAPE, 28 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 15:14:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103015140920100000034489915>
Número do documento: 20103015140920100000034489915