



Número: **0851717-79.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/10/2016**

Valor da causa: **R\$ 24.880,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|---|
| EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO (AUTOR) | RODOLFO NOBREGA DIAS (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |
| ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|--|-------------------|
| 36115 385 | 30/10/2020 12:50 | <u>Petição</u> | Petição |
| 36115 386 | 30/10/2020 12:50 | <u>2648295_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u> | Outros Documentos |
| 36115 387 | 30/10/2020 12:50 | <u>2648295_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u> | Outros Documentos |

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495767700000034485928>
Número do documento: 20103012495767700000034485928

Num. 36115385 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2016

Carta nº: 10065754

A/C: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160637470 ASL-1117293/16
Vitima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 26/12/2013
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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10320386

A/C: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160637470 ASL-1117293/16

Vitima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Data Acidente: 26/12/2013

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/12/2013**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2017

Carta nº 11273253

a/c: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160637470 ASL-1117293/16
Vitima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
Data Acidente: 26/12/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO 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 esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO, PORTADOR(A) DO RG Nº 2.586.011, EXPEDIDO POR 538173, EM 201.10.2003 E, CPF 044.407.194-65 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Recepcionista, E RENDA MENSAL DE R\$ 900,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO, 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;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 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/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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Poupança

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 819.08-7

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

João Pedro, 22 de agosto de 2016 Ednaldo Benedito do nascimento
LOCAL E DATA 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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929>
Número do documento: 20103012495901600000034485929

Num. 36115386 - Pág. 5



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA ~~SEGURADORA~~

00147

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, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO, EXPEDIDO POR 530773 EM 01/10/2016
 PORTADORA DO RG N° 29586017 / CNPJ 044407194-63 / PROFISSÃO Recebedor
 CPF 044407194 / NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO. 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;
- 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 923 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 comprovatório 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.

IMPORTANTES: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 81908-7

POUPANÇA

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 81908-7

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 Batista 22 de agosto de 2016 Ednaldo Benedito do Nascimento
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

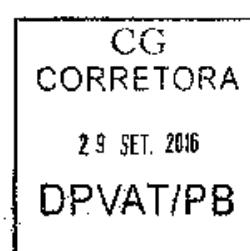
CORRETORA

DPVAT/PB

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos herdeiros, 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 médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA ~~SEGURADORA~~

00147

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, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO, EXPEDIDO POR 530773 EM 01/10/2016
 PORTADORA DO RG N° 29586017 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Recebedor
 CPF 044407194-63 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO. 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;
- 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 923 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 comprovatório 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.

IMPORTANTES: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 81908-7

POUPANÇA

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 81908-7

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 Batista 22 de agosto de 2016 Ednaldo Benedito do Nascimento
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

CORRETORA

CORRETORA

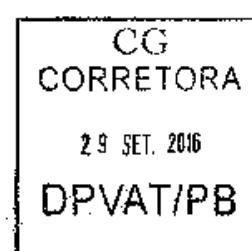
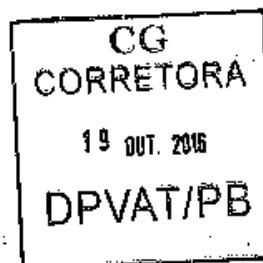
CORRETORA

CORRETORA

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos herdeiros, 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 médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

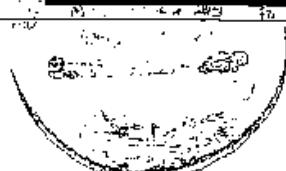






**GOVERNO
DA PARAÍBA**

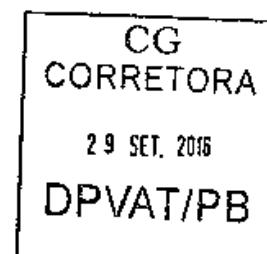
**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
6ª DELEGACIA DISTRITAL,**



C E R T I DÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1996/2016, na mesma continha o seguinte teor: Aos treze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **José Guedes Sobrinho**, às 19:30 horas, compareceu o Sr. **Ednaldo Benedito do Nascimento**, brasileira, solteiro, natural de Mataraca/PB, alfabetizado, portador da cédula de identidade nº 2 586 011 SEDS/PB, com 40 anos de idade, filho de Antonio Benedito do Nascimento e de Maria de Lourdes Conceição, residente à rua Flávio Cavalcante Rosário, s/n, Novo Horizonte, Mataraca/PB, o qual notificou que, na madrugada do dia 26 de dezembro do ano de dois mil e treze, se conduzia na moto Honda/BIZ, ano e modelo 2008, cor preta e placa NNJ 8637 / PB, na rua Aderaldo Silveira de Souza, cidade de Mataraca onde reside e, não sabendo explicar como, provavelmente sono, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa/PB e lá, foi diagnosticado Fratura na Clavícula, conforme Laudo Médico apresentado. **Diante o exposto, solicita providências.** O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 13 de junho de 2016.



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
6ª DELEGACIA DISTRITAL,

CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1996/2016, na mesma continha o seguinte teor: Aos treze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado José Guedes Sobrinho, às 19:30 horas, compareceu o Sr. Ednaldo Benedito do Nascimento, brasileira, solteiro, natural de Mataraca/PB, alfabetizado, portador da cédula de identidade nº 2 586 011 SEDS/PB, com 40 anos de idade, filho de Antonio Benedito do Nascimento e de Maria de Lourdes Conceição, residente à rua Flávio Cavalcante Rosário, s/n, Novo Horizonte, Mataraca/PB, o qual notificou que, na madrugada do dia 26 de dezembro do ano de dois mil e treze, se conduzia na moto Honda/BIZ, ano e modelo 2008, cor preta e placa NNJ 8637 / PB, na rua Adervaldo Silveira de Souza, cidade de Mataraca onde reside e, não sabendo explicar como, provavelmente sono, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa/PB e lá, foi diagnosticado Fratura na Clavícula, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 13 de junho de 2016.

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
6ª DELEGACIA DISTRITAL,

C E R T I DÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1996/2016, na mesma continha o seguinte teor: Aos treze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **José Guedes Sobrinho**, às 19:30 horas, compareceu o Sr. **Ednaldo Benedito do Nascimento**, brasileira, solteiro, natural de Mataraca/PB, alfabetizado, portador da cédula de identidade nº 2 586 011 SEDS/PB, com 40 anos de idade, filho de Antonio Benedito do Nascimento e de Maria de Lourdes Conceição, residente à rua Flávio Cavalcante Rosário, s/n, Novo Horizonte, Mataraca/PB, o qual notificou que, na madrugada do dia 26 de dezembro do ano de dois mil e treze, se conduzia na moto Honda/BIZ, ano e modelo 2008, cor preta e placa NNJ 8637 / PB, na rua Adervaldo Silveira de Souza, cidade de Mataraca onde reside e, não sabendo explicar como, provavelmente sono, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa/PB e lá, foi diagnosticado Fratura na Clavícula, conforme Laudo Médico apresentado. **Diante o exposto, solicita providências.** O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, E scrição que o digitei.

Santa Rita, 13 de junho de 2016.

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D

Contrato do Instituto do IMI.

-0004-

Eu, EDNAL DO BENEEDITO DO NASCIMENTO,
portador da carteira de identidade nº 2586014 e inscrito no
CPF nº 044 407 194-65, residente e domiciliado na
rua Flávio Cavalcante Rosário, 51/n,
Bairro Novo Horizonte, Mataraca,
Cidade Mataraca, 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:

- () 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
(X) 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 Lider 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.

Ednaldo Beneedito do NASCIMENTO

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2016
Local e data

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D

Eu, EDNALDO BENEEDITO DO NASCIMENTO, portador da carteira de identidade nº 9586014 e inscrito no CPF nº 044407194-65, residente e domiciliado na rua Flávio Cavalcante Rosário, 5/n, Bairro Novo Horizonte, Nataracá, Cidade Nataracá, 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:

- () 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
- (X) 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.

Ednaldo Beneedito do Nascimento

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2016

Local e data

CG
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D

Eu, Eduardo Benedito do Nascimento, portador da carteira de identidade nº 9586014 e inscrito no CPF nº 044407194-65, residente e domiciliado na rua Flávio Cavalcante Rosário, 5/n, Bairro Novo Horizonte, Nataracá, Cidade Nataracá, 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:

- () 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
- (X) 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.

Eduardo Benedito do Nascimento

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2016

Local e data

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



(ATO)

SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CONCEPÇÃO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE,S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone/(83)3214-1980
FAX/(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

FICHA DE ATENDIMENTO Nro: 603317 Atendido: Nao Pern. 1-0
Data: 26/12/2013
Hora: 17:00:44
Recepção: 1
Recepção: 1
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CNPJ: 892000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 36127201
CNS: 892000507218479
Natural: MATARACA/PB Data Nasc: 05/01/1976 Id: 38 anos(s)
End: BAIRRO DO ALEMÃO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 54
Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB
Pais: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Respo: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
Tel/Doc. Responsável: 88304236 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR A

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS
Vitima de violencia por: PROX ALDEIA CUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO
[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

PRE-CONSULTA

ATEN: Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FRC: FRG:
PC: TP:
Peso: Altura:
Glicemias: IMC:
Circ. Abd: 02%

[] Aparentemente B[] em] Grave
[] Politraumatizado[] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispnéia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observação

*Algo a dor de mds
se al*

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Frente de dor?

Conduta

Algo a dor

Diagnóstico

Horário da medicacão CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

Prescrição

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929
Número do documento: 20103012495901600000034485929

de e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha N° 603337

data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

DPVAT/PB
29 SET. 2016
CORRETORA
CG

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Itens | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução |
|-------|--------------|------|---------|----------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |
| 32 | | | | |
| 33 | | | | |
| 34 | | | | |
| 35 | | | | |
| 36 | | | | |
| 37 | | | | |
| 38 | | | | |
| 39 | | | | |
| 40 | | | | |
| 41 | | | | |
| 42 | | | | |
| 43 | | | | |
| 44 | | | | |
| 45 | | | | |
| 46 | | | | |
| 47 | | | | |
| 48 | | | | |
| 49 | | | | |
| 50 | | | | |
| 51 | | | | |
| 52 | | | | |
| 53 | | | | |
| 54 | | | | |
| 55 | | | | |
| 56 | | | | |
| 57 | | | | |
| 58 | | | | |
| 59 | | | | |
| 60 | | | | |
| 61 | | | | |
| 62 | | | | |
| 63 | | | | |
| 64 | | | | |
| 65 | | | | |
| 66 | | | | |
| 67 | | | | |
| 68 | | | | |
| 69 | | | | |
| 70 | | | | |
| 71 | | | | |
| 72 | | | | |
| 73 | | | | |
| 74 | | | | |
| 75 | | | | |
| 76 | | | | |
| 77 | | | | |
| 78 | | | | |
| 79 | | | | |
| 80 | | | | |
| 81 | | | | |
| 82 | | | | |
| 83 | | | | |
| 84 | | | | |
| 85 | | | | |
| 86 | | | | |
| 87 | | | | |
| 88 | | | | |
| 89 | | | | |
| 90 | | | | |
| 91 | | | | |
| 92 | | | | |
| 93 | | | | |
| 94 | | | | |
| 95 | | | | |
| 96 | | | | |
| 97 | | | | |
| 98 | | | | |
| 99 | | | | |
| 100 | | | | |
| 101 | | | | |
| 102 | | | | |
| 103 | | | | |
| 104 | | | | |
| 105 | | | | |
| 106 | | | | |
| 107 | | | | |
| 108 | | | | |
| 109 | | | | |
| 110 | | | | |
| 111 | | | | |
| 112 | | | | |
| 113 | | | | |
| 114 | | | | |
| 115 | | | | |
| 116 | | | | |
| 117 | | | | |
| 118 | | | | |
| 119 | | | | |
| 120 | | | | |
| 121 | | | | |
| 122 | | | | |
| 123 | | | | |
| 124 | | | | |
| 125 | | | | |
| 126 | | | | |
| 127 | | | | |
| 128 | | | | |
| 129 | | | | |
| 130 | | | | |
| 131 | | | | |
| 132 | | | | |
| 133 | | | | |
| 134 | | | | |
| 135 | | | | |
| 136 | | | | |
| 137 | | | | |
| 138 | | | | |
| 139 | | | | |
| 140 | | | | |
| 141 | | | | |
| 142 | | | | |
| 143 | | | | |
| 144 | | | | |
| 145 | | | | |
| 146 | | | | |
| 147 | | | | |
| 148 | | | | |
| 149 | | | | |
| 150 | | | | |
| 151 | | | | |
| 152 | | | | |
| 153 | | | | |
| 154 | | | | |
| 155 | | | | |
| 156 | | | | |
| 157 | | | | |
| 158 | | | | |
| 159 | | | | |
| 160 | | | | |
| 161 | | | | |
| 162 | | | | |
| 163 | | | | |
| 164 | | | | |
| 165 | | | | |
| 166 | | | | |
| 167 | | | | |
| 168 | | | | |
| 169 | | | | |
| 170 | | | | |
| 171 | | | | |
| 172 | | | | |
| 173 | | | | |
| 174 | | | | |
| 175 | | | | |
| 176 | | | | |
| 177 | | | | |
| 178 | | | | |
| 179 | | | | |
| 180 | | | | |
| 181 | | | | |
| 182 | | | | |
| 183 | | | | |
| 184 | | | | |
| 185 | | | | |
| 186 | | | | |
| 187 | | | | |
| 188 | | | | |
| 189 | | | | |
| 190 | | | | |
| 191 | | | | |
| 192 | | | | |
| 193 | | | | |
| 194 | | | | |
| 195 | | | | |
| 196 | | | | |
| 197 | | | | |
| 198 | | | | |
| 199 | | | | |
| 200 | | | | |
| 201 | | | | |
| 202 | | | | |
| 203 | | | | |
| 204 | | | | |
| 205 | | | | |
| 206 | | | | |
| 207 | | | | |
| 208 | | | | |
| 209 | | | | |
| 210 | | | | |
| 211 | | | | |
| 212 | | | | |
| 213 | | | | |
| 214 | | | | |
| 215 | | | | |
| 216 | | | | |
| 217 | | | | |
| 218 | | | | |
| 219 | | | | |
| 220 | | | | |
| 221 | | | | |
| 222 | | | | |
| 223 | | | | |
| 224 | | | | |
| 225 | | | | |
| 226 | | | | |
| 227 | | | | |
| 228 | | | | |
| 229 | | | | |
| 230 | | | | |
| 231 | | | | |
| 232 | | | | |
| 233 | | | | |
| 234 | | | | |
| 235 | | | | |
| 236 | | | | |
| 237 | | | | |
| 238 | | | | |
| 239 | | | | |
| 240 | | | | |
| 241 | | | | |
| 242 | | | | |
| 243 | | | | |
| 244 | | | | |
| 245 | | | | |
| 246 | | | | |
| 247 | | | | |
| 248 | | | | |
| 249 | | | | |
| 250 | | | | |
| 251 | | | | |
| 252 | | | | |
| 253 | | | | |
| 254 | | | | |
| 255 | | | | |
| 256 | | | | |
| 257 | | | | |
| 258 | | | | |
| 259 | | | | |
| 260 | | | | |
| 261 | | | | |
| 262 | | | | |
| 263 | | | | |
| 264 | | | | |
| 265 | | | | |
| 266 | | | | |
| 267 | | | | |
| 268 | | | | |
| 269 | | | | |
| 270 | | | | |
| 271 | | | | |
| 272 | | | | |
| 273 | | | | |
| 274 | | | | |
| 275 | | | | |
| 276 | | | | |
| 277 | | | | |
| 278 | | | | |
| 279 | | | | |
| 280 | | | | |
| 281 | | | | |
| 282 | | | | |
| 283 | | | | |
| 284 | | | | |
| 285 | | | | |
| 286 | | | | |
| 287 | | | | |
| 288 | | | | |
| 289 | | | | |
| 290 | | | | |
| 291 | | | | |
| 292 | | | | |
| 293 | | | | |
| 294 | | | | |
| 295 | | | | |
| 296 | | | | |
| 297 | | | | |
| 298 | | | | |
| 299 | | | | |
| 300 | | | | |
| 301 | | | | |
| 302 | | | | |
| 303 | | | | |
| 304 | | | | |
| 305 | | | | |
| 306 | | | | |
| 307 | | | | |
| 308 | | | | |
| 309 | | | | |
| 310 | | | | |
| 311 | | | | |
| 312 | | | | |
| 313 | | | | |
| 314 | | | | |
| 315 | | | | |
| 316 | | | | |
| 317 | | | | |
| 318 | | | | |
| 319 | | | | |
| 320 | | | | |
| 321 | | | | |
| 322 | | | | |
| 323 | | | | |
| 324 | | | | |
| 325 | | | | |
| 326 | | | | |
| 327 | | | | |
| 328 | | | | |
| 329 | | | | |
| 330 | | | | |
| 331 | | | | |
| 332 | | | | |
| 333 | | | | |
| 334 | | | | |
| 335 | | | | |
| 336 | | | | |
| 337 | | | | |
| 338 | | | | |
| 339 | | | | |
| 340 | | | | |
| 341 | | | | |
| 342 | | | | |
| 343 | | | | |
| 344 | | | | |
| 345 | | | | |
| 346 | | | | |
| 347 | | | | |
| 348 | | | | |
| 349 | | | | |
| 350 | | | | |
| 351 | | | | |
| 352 | | | | |
| 353 | | | | |
| 354 | | | | |
| 355 | | | | |
| 356 | | | | |
| 357 | | | | |
| 358 | | | | |
| 359 | | | | |
| 360 | | | | |
| 361 | | | | |
| 362 | | | | |
| 363 | | | | |
| 364 | | | | |
| 365 | | | | |
| 366 | | | | |
| 367 | | | | |
| 368 | | | | |
| 369 | | | | |
| 370 | | | | |
| 371 | | | | |
| 372 | | | | |
| 373 | | | | |
| 374 | | | | |
| 375 | | | | |
| 376 | | | | |
| 377 | | | | |
| 378 | | | | |
| 379 | | | | |
| 380 | | | | |
| 381 | | | | |
| 382 | | | | |
| 383 | | | | |
| 384 | | | | |
| 385 | | | | |
| 386 | | | | |
| 387 | | | | |
| 388 | | | | |
| 389 | | | | |
| 390 | | | | |
| 391 | | | | |
| 392 | | | | |
| 393 | | | | |
| 394 | | | | |
| 395 | | | | |
| 396 | | | | |
| 397 | | | | |
| 398 | | | | |
| 399 | | | | |
| 400 | | | | |
| 401 | | | | |
| 402 | | | | |
| 403 | | | | |
| 404 | | | | |
| 405 | | | | |
| 406 | | | | |
| 407 | | | | |
| 408 | | | | |
| 409 | | | | |
| 410 | | | | |
| 411 | | | | |
| 412 | | | | |
| 413 | | | | |
| 414 | | | | |
| 415 | | | | |
| 416 | | | | |
| 417 | | | | |
| 418 | | | | |
| 419 | | | | |
| 420 | | | | |
| 421 | | | | |
| 422 | | | | |
| 423 | | | | |
| 424 | | | | |
| 425 | | | | |
| 426 | | | | |
| 427 | | | | |
| 428 | | | | |
| 429 | | | | |
| 430 | | | | |
| 431 | | | | |
| 432 | | | | |
| 433 | | | | |
| 434 | | | | |
| 435 | | | | |
| 436 | | </ | | |

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia ...
 Alta a pedido

Transferido
 Enfermaria

5.1 Resistencia

F. J. HUTCHINS

[] SVO [] IMU

[]

五

卷之四

tag

[]

840

[3] IN

11

now there are only 2 lessons

Anatomia e Carimbo do Medico

Assinatura do Paciente/Responsável

A CARÉGO DO SUS



(ATO)



100007

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA DE ATENDIMENTO Nr: 603317 Atend. Nao Pago 120
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Data: 26/12/21
R. 49, FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N Horas: 17:00:44
58056-324 JOAO PESSOA Fone(83)3214-1980 Recepçãoista: 10005
FAX(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28 Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. Prontuario: 2013.12.003128
Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201
CNPJ: 998000507218477
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Idade: 38 ano(s)
End.: BAIRRO DO ALEMÃO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 54
Bairros: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
Tel/Doc. Responsavel: 88304236 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente para: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS
Vitima de violencia por: PROX ALDEIA CUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

ATEN
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FRI
FC: TPI
Peso: 70kg Altura: 170cm
Glicemias: 100mg/dl
Circ. Abd: 02%

Queixa Principal:

[] Aparentemente B[] em] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarréia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observação:

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

Algo acido de mds
se ad

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Frio *Conduta*

Algo ad

Diagnóstico

Conduta

CG CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

Prescrição

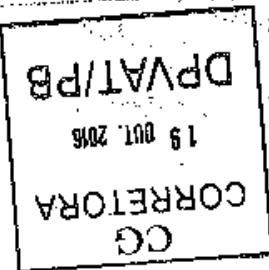
RECEBIMENTO NO NACIONAL
DATA: 29/09/2016 HORA: 17:00:44
CNPJ: 10.202.434/0001-28
CEP: 58056-324

CG CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB



| | | | |
|---|--|--|--|
|   | | ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM <i>Site a Hora : PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)</i> | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO <i>Assinatura da Enfermagem</i> | | | |
| DESTINO DO PACIENTE <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Desestabelecida <input type="checkbox"/> Transfeto <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Atestado <input type="checkbox"/> SVU <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> UTI a pedida | | | |
| ASSINATURA DO PACIENTE <i>Assinatura e Carimbo do Medico</i> | | | |
| A CARGO DO SUS | | | |

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento está válido. Escritura
Documento não é originalidade da escrita.
Escritura para comprovar pagamento da regra fiscal/alteração da escrita cível nº : NP 000.571.863

DADOS DO CLIENTE
GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO S/N
MATA RACA

EBC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

<http://www.ams.org/amsmtgs/2020-1024-1>

| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL PAGÁ |
|------------|--------------|---------|------------|------------|
| JUL/2016 | 15/07/2016 | 0 | 22/07/2016 | R\$ 13,36 |

Acesse: www.energia.com.br

energisa

GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
Roteiro: 09-016-300-6840
CONTA RAGA - Data de Pagamento: 15/08/

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA
22/07/2016 R\$ 13,98 1007106-2016-07-5

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301249590160000034485929>
Número do documento: 2010301249590160000034485929

Núm. 36115386 - Pág. 20

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNALDO BENEDETO DO NASCIMENTO

RG nº 2586014, data de expedição 20/10/2003,

Órgão SSP/PB, CPF nº 044.407.194-65, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|--|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Flávio Cavalcante</u> <u>Rosário</u> |
| Número | <u>s/nº</u> |
| Aptº / Complemento | |
| Bairro | <u>Novo Horizonte</u> |
| Cidade | <u>Matacaca</u> |
| Estado | <u>Paraíba</u> |
| CEP | <u>58292-000</u> |
| Telefone de contato | <u>(83) 994807807 / 987778821</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB , 22/08/2016.

Ednaldo Benedito do NASCIMENTO
Assinatura do Declarante



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Este documento tem valor fiscal.
Este documento não é devidamente selado.
Número para qualquer retenção da nota fiscalizada da energia elétrica: N° 000.671.663

ENR
Gr 234, Km 36 - L
Comunicação de uso de energia elétrica

-0015-

NÚMERO DO CLIENTE
GLEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
RUA FLÁVIO CAVALCANTE ROSÁRIO SIN
MATA RACA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1007106-6

REFERÊNCIA
JUL/2016

APRESENTAÇÃO
15/07/2016

CONSUMO
0

VENIMENTO
22/07/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 13,36

Acesse: www.energisa.com.br

energisa
SAÚDE, COMFORTO, SUSTENTABILIDADE

GLEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
Roteiro: 08-016-300-6640
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2016

VENIMENTO P/ TOTAL A PAGAR
22/07/2016 R\$ 13,36 1007106-07-5

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929>

Número do documento: 20103012495901600000034485929

Num. 36115386 - Pág. 22

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, EDNALDO BENEDETO DO NASCIMENTO

RG nº 2586014, data de expedição 20/10/2003,
Órgão SSP/PB, CPF nº 044-407.194-65, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segulndo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Flávio Cavalcante</u> <u>Rosário</u> | |
| Número | <u>s/n</u> | <u>CG</u> CORRETORA |
| Aptº / Complemento | | <u>19 OUT 2016</u> |
| Bairro | <u>Novo Horizonte</u> | |
| Cidade | <u>Matacaca</u> | <u>DPVAT/PB</u> |
| Estado | <u>Paraíba</u> | |
| CEP | <u>58292-000</u> | |
| Telefone de contato | <u>(83) 991807807 / 987778821</u> | |
| E-mail | | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB 22/08/2016

Ednaldo Benedito do NASCIMENTO

Assinatura do Declarante



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Este documento tem valor fiscal.
Este documento não é devidamente selado.
Número para qualquer reclamação da conta: N° 000.671.663

ENR
Gr 234, Km 36 - L
Comunidade de São Joaquim, PB

-0015-

Nº DPO DO CLIENTE
GLEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO SIN
MATA RACA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1007106-6

REFERÊNCIA
JUL/2016

APRESENTAÇÃO
15/07/2016

CONSUMO
0

VENIMENTO
22/07/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 13,36

Acesse: www.energisa.com.br

energisa
SAÚDE, LUMINA E SUSTENTABILIDADE

GLEUDA MARCOLINO DOS SANTOS
Roteiro: 08-016-300-6640
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2016

VENIMENTO P/ TOTAL A PAGAR
22/07/2016 R\$ 13,36
MATECULADA
1007106-07-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929>

Número do documento: 20103012495901600000034485929

Num. 36115386 - Pág. 24

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EDNALDO BENEDETO DONASMENTO

RG nº 2586014, data de expedição 20/10/2003,
Órgão SSP/PB, CPF nº 044-407.194-65, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segulndo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Flávio Cavalcante</u> <u>Rosário</u> | |
| Número | <u>s/n</u> | <u>CG</u> CORRETORA |
| Aptº / Complemento | | <u>19 OUT 2016</u> |
| Bairro | <u>Novo Horizonte</u> | |
| Cidade | <u>Matacaca</u> | <u>DPVAT/PB</u> |
| Estado | <u>Paraíba</u> | |
| CEP | <u>58292-000</u> | |
| Telefone de contato | <u>(83) 991807807 / 987778821</u> | |
| E-mail | | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB 22/08/2016

Ednaldo Benedito do NASCIMENTO

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Berenice Pessoa da Silva,
RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____,
portador do CPF nº 646.436.704-87, com Domicílio na
cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio da Souza Falcão,
nº 208, 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 Ednaldo Benedito do Nascimento,
cujo o condutor era Ednaldo Benedito do Nascimento

Veículo: HONDA Biz 125 ES
Ano: 2008 / 2008
Modelo: Honda/3IZ 125 ES
Placa: NNJ 8637/PB
Chassi: 9C2TA04208R437050
Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena/PB - 23/10/2016

Berenice Pessoa da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

1. ASSINATURA DE NOTAS E DE PROTESTO DE TITULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE TITULOS
Reconheço por autenticidade a firma indicada de
Berenice Pessoa da Silva
Lucena, 23 de outubro de 2016.

Eu testesunha da 001 - veridade
Selite Sales de Oliveira Santos

II Selo 60030894-2735 II



Autenticidade
e
veracidade
em
https://selodigital.tjpb.jus.br/

Selite Sales de Oliveira Santos

Declaracão do Proprietário do Veiculo

Eu, Berenice Pessoa da Silva,
RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____,
portador do CPF nº 646 436 704-87, com Domicílio na
cidade de Lucena, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio de Souza Falcão,
nº 208, complemento, _____, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado (era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Edinaldo Benedito do Nascimento,
cujo o condutor era Edinaldo Benedito do Nascimento.

Veículo: HONDA Biz 125 ES
Ano: 2008 / 2008
Modelo: Honda / 3IZ 125 ES
Placa: NNT 8637 / P3
Chassi: 9C2JA04208R137050
Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena PB - 23/10/2016

X Berenice Pessa de Silveira
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

X _____ Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

ASSINAR E RECOMMITAR - 11/01/2019
INSTITUTO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS - 2
RECONHECIMENTO DE AUTENTICIDADE E FIRMA INDICATIVA DE
Berenice Passos da Silva
não confere o nº padrão Reg. desta serventia. Por fl.
Lucena, 11 de Janeiro de 2019.
Berenice Passos da Silva
Berenice Passos da Silva
11 Selo AAB388904-8735 #
Autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

symbolic



Declaracão do Proprietário do Veiculo

Eu, Berenice Pethor da Silva, RG nº _____, data de expedição 1/1, Órgão _____, portador do CPF nº 646 436 704-87, com Domicílio na cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio de Souza Falcão, nº 208, complemento, _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Edinaldo Benedito do Nascimento, cujo o condutor era Edinaldo Benedito do Nascimento.

Veículo: HONDA Biz 125 ES
Ano: 2008 / 2008
Modelo: Honda / 3IZ 125 ES
Placa: NNT 8637 / P3
Chassi: 9C2JA04208R137050
Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena PB - 23/10/2016

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

X Berenice Pessa de Silveira
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

X _____ Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

ASSINAR E RECONHECER A FOLHA DE AUTENTICO
ASSINATURA DE NOTAS E DE PROTESTO DE TITULOS E OFICIO DE REGISTRO DE TITULOS E
RECONHECER POR AUTENTICIDADE A FOLHA JUDICIALE DE
Berenice Pessosa da Silva
que confere o nº padrão Reg. desta serventia. Por fl.
Luzemburgo, 10 de outubro de 2018.
Berenice Pessosa da Silva
Selo Gatos de Berenice Santos
11 Selo #3838904-9735 #
Autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

symbolic



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA DE ATENDIMENTO Nro 603317 Atd: Nao Regulat
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Data 26/12/2013
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, 6/N Horas 17:00:44
58056-384 JOAO PESSOA Fone(83)3214-1980 Recepçãoista: 
FAX(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28 Clinica: TRAUMATO

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2013.12.003128
CNPJ: 892000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Idade: 38 ano(s)
End.: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 54
Bairros: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB
Pais: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
Tel/Doc. Responsável: 88304236 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR a

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS

Vitima de violencia por: PROX ALDEIA CUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

ATEN

Tipo de Classificatio de Risco: AMARELO

PA: FRI: Aparentemente B[] em] Grave
PC: TPI: Politraumatizado [] Convulsao
- Peso: Altura: Hemorragia [] Disponivel
Glicemias: IMC: Diarréia [] Agitado
Circ. Abd: 02%: Regular [] Chocado
 Vomito

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

Observação: *Algo a dor de m^l*
se d^l

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicacão

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

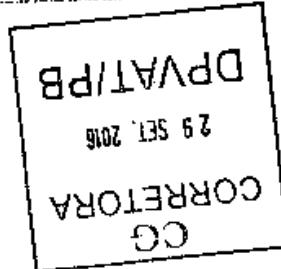
Sociedade Brasileira do Nascitudo
ORTOGENOL CRM/PB 1595
CR 023537-470900



Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nro: 603317

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Itens | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|-------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

: Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE
 Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Maria da Conceição dos Santos

Assinatura e Carimbo do Medico

Assinatura do Paciente/Responsavel

A CARGO DO SUS





CERTIDÃO

Nº. 1365/2014

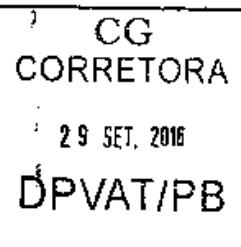
Atendendo solicitação da senhora, EVELYNE BARROS RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarciso Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortoprâuma no dia 26/12/2013 às 17H00min, vítima de queda de moto, com dor em ombro direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em clavícula direita. Realizado procedimento cirúrgico em 16.01.2014. Dado alta hospitalar em 17.01.2014.

E para constar eu, CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| Nome: <i>Edson de Souza do Prado</i> | | | | Registro: |
|---|-------------------------------------|--|-----------------------------------|---|
| Idade: | Sexo: <i>M</i> | Cor: <i>AA</i> | Clinical: | EMP: _____ |
| Data: <i>16/11/14</i> | Cirurgião: <i>Dra. Roseli Jales</i> | | 1º Assistente: <i>Dra. Evelyn</i> | LR: _____ |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | Instrumentador: _____ | | |
| Anestesista: <i>Dra. Ana</i> | Tipo Anestesia: <i>Alcina</i> | | Horário: <i>10:00</i> | T: _____ |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID |
| <i>Fratura clavicular</i> | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID |
| <i>Deferro clavicular</i> | | | | _____ |
| <i>Coluna fratura</i> | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO |
| | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| | | | | _____ |
| | | | | CG CORRETORA 29 SET. 2016 DPVAT/PB |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não | Descreva: _____ | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pré-para e desbravar

Incisão:

Incisão longitudinal

Achados:

exsicose da glândula
de reto.

Conduta:

Exsicose cirúrgica e
remoção de fio de
fermento no 2.0

ligar os fios

descartar
acesse fio

cer fio

Fechamento:

CG

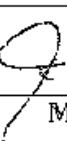
CORRETORA

29 SET 2016

OBS:

DPVAT/PB

Data: 16/11/19


Dr. Roberto A. Santos
TRIGONOMATOGIA
1970-1980

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA DE ATENDIMENTO Nr: 603317 Atd: Nao Regulac
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Data: 26/12/2013
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE,S/N Hora: 17:00:44
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980 Repcionista: 
FAX:(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28 Clinica: TRAUMATO

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. Frontuario: 2013.12.00312B
CNS: 998000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)
End.: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 34
Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF :PB
Pais: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
Tel./Doc. Responsavel: 08304236 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS
Vitima de violencia por: PROX ALDEIA JUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

ATEN
Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO
PA: FRC
PC: FPI
Peso: Altura:
Glicemias: TMC
Circ. Abd: 024

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

- [] Aparentemente BD: em) Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispnexia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

*Plano ou dor de mhd
se al*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

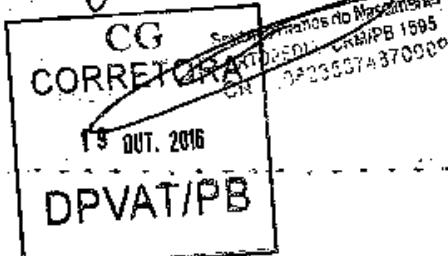
Diagnostico

Conduta

Obs dor

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nro: 603317

Assinatura e Carimbo

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

DPVAT/PB
29 SET 2016
CORRETORA
CG

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Atde: Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao

CG
CORRETORA
19 OUT 2016
DPVAT/PB

: Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Maria Gorete de Oliveira Lessa
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS





CERTIDÃO

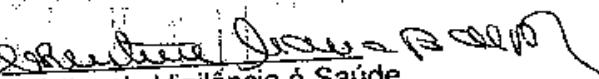
Nº.1365/2014

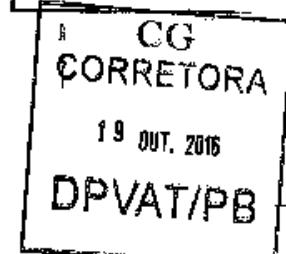
Atendendo solicitação da senhora EVELYNE BARROS RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarciso Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 26/12/2013 às 17H00min, vítima de queda de moto, com dor em ombro direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em clavícula direita. Realizado procedimento cirúrgico em 16.01.2014. Dado alta hospitalar em 17.01.2014.

E para constar eu, CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, Médica da Vigilância à saúde, declaro e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014


Christine Maria Batista de Brito Lyra
CRM/PB 3137





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| Nome: <i>E. Paraíba (Sexo: M) 01/01/2018</i> | | | | Registro: <i>1234567890</i> | | |
|---|----------------|--|---------------------|---------------------------------|-------------------|--|
| Idade: <i>16/11/14</i> | Sexo: <i>M</i> | Cor: <i>W</i> | Clínica: <i>001</i> | EMP: _____ | LR: _____ | |
| Data: <i>16/11/14</i> | | Cirurgião: <i>D. Roberto Soletti</i> | | 1º Assistente: <i>D. Eraldo</i> | | |
| 2º Assistente: _____ | | 3º Assistente: _____ | | Instrumentador: _____ | | |
| Anestesista: <i>D. Jota</i> | | Tipo Anestesia: <i>Alucinante</i> | | Horário: <i>10:00</i> | I: _____ T: _____ | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO | | | | CID | | |
| <i>Fractura clavicular</i> | | | | <i>D1</i> | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | | |
| <i>Deleção clavicular</i> | | | | <i>D1</i> | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO | | |
| | | CG CORRETORA | | CG CORRETORA | | |
| | | 19 OUT. 2016 | | 29 SET. 2016 | | |
| | | DPVAT/PB | | DPVAT/PB | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não | Descriva: _____ | | | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Prejuízo e acetate rupim

do corpo grande

Incisão:

Intervenção feita de

anterior da clavícula

Achados:

De acesso difícil

visando o fio de

flimônio no 2.0

Conduta:

Após a tentativa

de corte

de fio

Fechamento:

CG

CORRETORA

CG

CORRETORA

19 OUT 2016

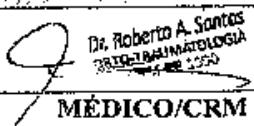
OBS:

29 SET 2016

DPVAT/PB

DPVAT/PB

Data: 16/10/2016


Dr. Roberto A. Santos
DR. ROBERTO A. SANTOS
CRM-PB 00000000000000000000

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA DE ATENDIMENTO Nr: 603317 Atd: Nao Regulac
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Data: 26/12/2013
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE,S/N Hora: 17:00:44
58056-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1980 Repcionista: 
FAX:(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28 Clinica: TRAUMATO

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. Frontuario: 2013.12.00312B
CNS: 998000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)
End.: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 34
Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF :PB
Pais: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS
Tel./Doc. Responsavel: 08304236 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS
Vitima de violencia por: PROX ALDEIA JUNAR CONDUTOR DA MOTO MORENO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

ATEN
Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO
PA: FRC
PC: FPI
Peso: Altura:
Glicemias: TMC
Circ. Abd: 024

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

- [] Aparentemente BD: em) Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispnexia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

*Plano ou dor de mhd
se a*

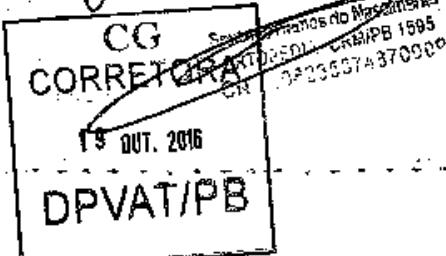
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nro: 603317

Assinatura e Carimbo

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

DPVAT/PB
29 SET. 2016
CORRETORA
CG

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Atde: Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao

CG
CORRETORA
19 OUT. 2016
DPVAT/PB

: Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Maria Gorete de Oliveira Lessa
Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS





CERTIDÃO

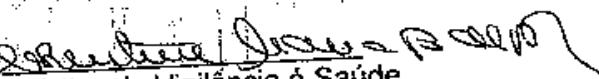
Nº.1365/2014

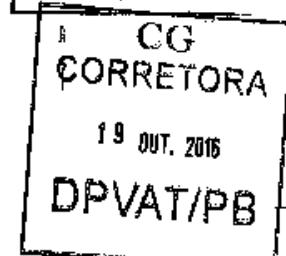
Atendendo solicitação da senhora EVELYNE BARROS RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarciso Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 26/12/2013 às 17H00min, vítima de queda de moto, com dor em ombro direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em clavícula direita. Realizado procedimento cirúrgico em 16.01.2014. Dado alta hospitalar em 17.01.2014.

E para constar eu, CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, Médica da Vigilância à saúde, declaro e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014


Christine Maria Batista de Brito Lyra
CRM/PB 3137





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| Nome: <i>E. Paraíba (Sexo: M) 01/01/2018</i> | | | | Registro: <i>1234567890</i> |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Idade: <i>16</i> | Sexo: <i>M</i> | Cor: <i>W</i> | Clínica: <i>001</i> | EMP: <i></i> LR: <i></i> |
| Data: <i>16/11/14</i> | Cirurgião: <i>D. Roberto Soletti</i> | 1º Assistente: <i>D. Eraldo</i> | | |
| 2º Assistente: <i></i> | 3º Assistente: <i></i> | Instrumentador: <i></i> | | |
| Anestesista: <i>D. Jota</i> | Tipo Anestesia: <i>Alucinante</i> | Horário: <i>10:00</i> | I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO | | | | CID |
| <i>Fratura clavicular</i> | | | | <i>95.02.00</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID |
| <i>Relevo das clavículas</i> | | | | <i>95.02.00</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO |
| | | CG | | |
| | | CORRETORA | | |
| | | 19 OUT. 2016 | | |
| | | DPVAT/PB | | |
| | | | | |
| CG | | | | |
| CORRETORA | | | | |
| 29 SET. 2016 | | | | |
| DPVAT/PB | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim | Descreva: | |
| | | 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim | | |
| | | 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | |
| 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Prejuízo e acetate rupim
do corpo grande

Incisão:

Incisão longitudinal

Achados:

Incisão cicatrizada
e rústica

Conduta:

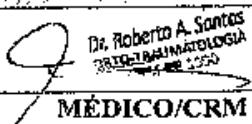
De acesso cirúrgico
lateralizado e fixo de
fissuras no 2.º e 3.º
músculos da face

Grande
descoloração

ceratose

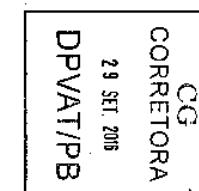
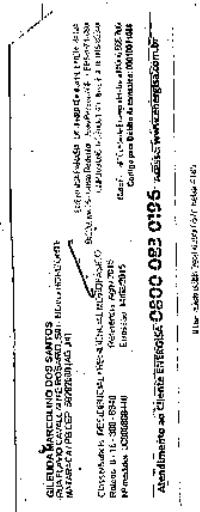
| | | |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Fechamento: | CG CORRETORA | CG CORRETORA |
| OBS: | 29 SET 2016 DPVAT/PB | 19 OUT 2016 DPVAT/PB |
| | | |

Data: 16/10/2016


Dr. Roberto A. Santos
DIRETOR DE ORTOPEDIA
CRM-PB 00000000000000000000

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Conta referente a: Cód. Código do Consumidor: 510071068

Canal de contato:

Ago / 2015

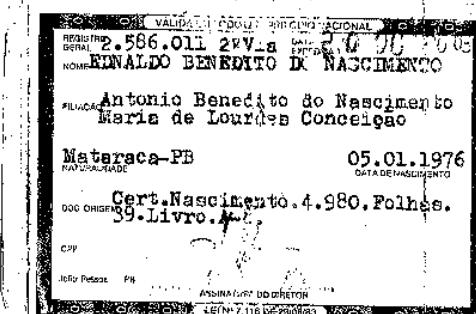
Apresentação:

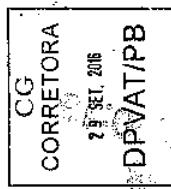
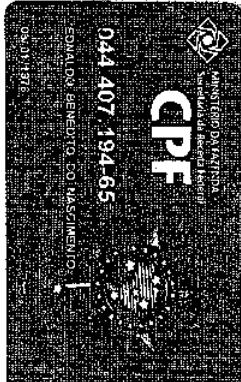
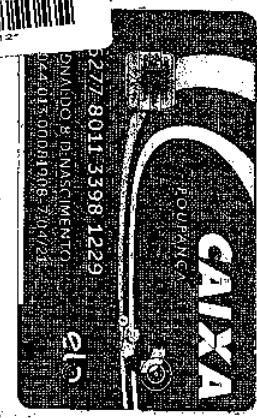
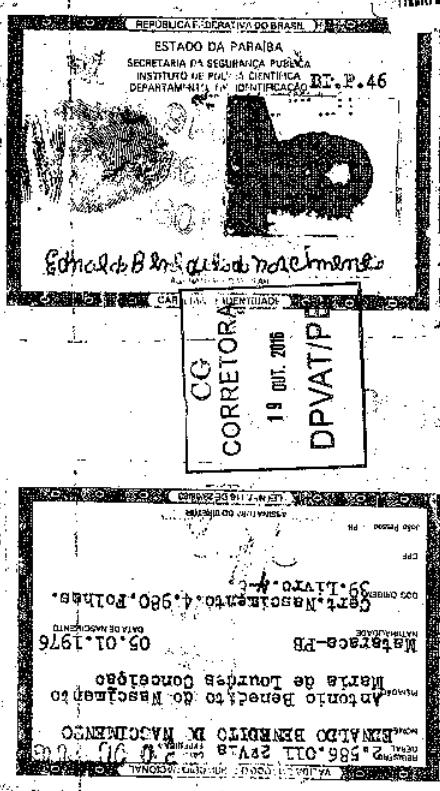
14/08/2015

Data prevista da

Próxima fatura:

15/09/2015





CDC (Código do Consumidor): 5/1007106-6

Digitized by srujanika@gmail.com

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301249590160000034485929>
Número do documento: 2010301249590160000034485929

Num. 36115386 - Pág. 45

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

| | | |
|--|--------------------------|---|
| SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAL AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO | | 0007* |
| PB Nº 012299199582 - BILHETE DE SEGURO DPVAT | | |
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br | | |
| SAC DPVAT 0800 022 1204 | | |
| EXERCÍCIO 2015 | | DATA EMISSÃO 17/12/2015 |
| VIA | CPF/CNPJ | PLACA |
| | 64643670487 | NNJ8637/PB |
| PLACA/ANO | MARCA/MODELO | |
| 1231234613 | HONDA/BIZ 125 ES | |
| ANO FAB. | CHASSI | Nº CHASSI |
| 2008 | | 9C2JA04208R137050 |
| PRÉMIO TARIFÁRIO | | |
| PRE (R\$) ***** | DESPATIVA (R\$) ***** | CUSTO DO SEGURO (R\$) ***** |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | | VALOR DO PRÉMIO (R\$) 100,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> PAGAMENTO COTA ÚNICA | | <input type="checkbox"/> PAGAMENTO PARCELADO |
| | | DATA DE OUTURAÇÃO 16/12/2015 |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 08.248.999/0001-04 www.seguradoralider.com.br | | |
| 17043-1053132-20151217 | | |





local do acidente: Em frente a Praça de Motonaveas,
perdeu o controle da moto e caiu ao solo.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
CNPJ: 20150000520015
CÓD. FABRICA: 1 0098380461-3-00/000000000
DATA: 2015

BERENICE PESSOA DA SILVA

6464367/PE

PLACA: NNJ8637 KM: 9C2JA04208R137050

ESPECIE: PAS / MOTONETA / KAO APLIC COPIA

MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 ES ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008

CAP / POT / C: 2 P / 124 / C1 CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA: COTACAO: 03/05/2003 1^o FADA: 1/24 PAGAMENTO: COTAS: 2^o 3^o

PRÉMIO TARIFÁRIO: 105,00 PRÉMIO TOTAL (R\$): 105,00 DATA DE PAGAMENTO: 15/11/2015

SEGURADOR: PAG 015/11/2015

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LUCENA - PB

2194 1043-1053132-20151217048

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS A AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE TRANSPORTADAS OU NAO

PB Nº 012298100582 - BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatasegurodotranhito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPEDIÇÃO: 2015 DATA EMISSÃO: 17/12/2015

PLACA: NNJ8637/PE

MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 ES

ANO FAB: 2008 COTAS: 9 N° CHASSI: 9C2JA04208R137050

PRÉMIO TARIFÁRIO

PRÉMIO (R\$): 105,00 DESENTRAL (R\$): 105,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 105,00

VALOR DO BILHETE (R\$): 105,00 SEGURO: PAG 015/11/2015

DATA DE PAGAMENTO: 15/11/2015 PARCELADO: 015/11/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ: 00.214.690/0001-04

www.seguradoraliderseguro.com.br

1043-1053132-20151217

CG
CORRETORA

19 OUT 2016

DPVAT/PB

CG
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
CNPJ: 20150000520015
CÓD. FABRICA: 1 0098380461-3-00/000000000
DATA: 2015

BERENICE PESSOA DA SILVA

6464367/PE

PLACA: NNJ8637 KM: 9C2JA04208R137050

ESPECIE: PAS / MOTONETA / KAO APLIC COPIA

MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 ES ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008

CAP / POT / C: 2 P / 124 / C1 CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA: COTACAO: 03/05/2003 1^o FADA: 1/2/2015 PAGAMENTO: COTAS: 2^o 3^o

PRÉMIO TARIFÁRIO: 105,00 PRÉMIO TOTAL (R\$): 105,00 DATA DE PAGAMENTO: 15/11/2015

SEGURADO: PAG 015/11/2015

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LUCENA - PB
2194 15/11/2015 7043-1053132-20151217

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS A AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE TRANSPORTADAS OU NAO

PB Nº 012298188582 - BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatasegurodotranhito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPEDIÇÃO: 2015 DATA EMISSÃO: 17/12/2015

PLACA: NNJ8637/PE

MARCA / MODELO: HONDA / BIZ 125 ES

ANO FAB: 2008 COTAS: 9C2JA04208R137050

PRÉMIO TARIFÁRIO: 105,00 CUSTO DO SEGURO (R\$): 105,00

DATA DE PAGAMENTO: 15/11/2015 PAGAMENTO: 105,00

DATA DE OUTAÇAO: 16/12/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ: 00.214.690/0001-04

www.seguradoraliderseguro.com.br

7043-1053132-20151217

CG
CORRETORA
19 OUT 2016
DPVAT/PB

CG
CORRETORA
29 SET. 2016
DPVAT/PB

Seguradora Líder - DPVAT

DPVAT SEGURO

EXCEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA EDNALDO BENEDETTI DO NASCIMENTO
DATA DO ACIDENTE 26/12/2013 CPF DA VITIMA 044.407.194-65

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VITIMA É

ENDERÉSCO DO PORTADOR RUA FLAVIO CAVALCANTE REGSARIO
Nº 511 COMPLEMENTO BAIRRO Novo Horizonte
CIDADE MATARACA UF PA CEP 58290-000
E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA 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 É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA 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 6.194/74.
 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, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FÓRMULÁRIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/08/16

IDENTIDADE 2586071

ASSINATURA Ednaldo Benedito do

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/08/16

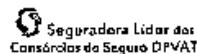
NOME CORRETORA

ASSINATURA 22/08/16

DPVAT/PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1090320/16

Vítima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF: 044.407.194-65

CPF de: Próprio Titular do CPF: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 26/12/2013

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO : 044.407.194-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

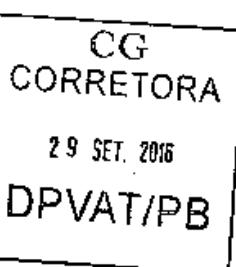
Data: 29/09/2016
Name: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 044.407.194-65

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 29/09/2016
Nome: Aldabéth Patrício da Silva
CPF: 892.881.734-04

Aldabéth Patrício da Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGUR

EXCEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA EDNALDO BENEDETO DO NASCIMENTO
DATA DO ACIDENTE 26/11/2013 CPF DA VITIMA 044.407.194-65

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VITIMA É RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO
ENDERÉSCO DO PORTADOR Nº 5/A - COMPLEMENTO: Bairro Novo Horizonte
CIDADE MATARACA UF PB CEP 58290-000
E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA 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)
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- PARA REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

MORTE - R\$ 33.500,00
INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR MÁXIMO CONFORME A TABELA DE DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOSO ATÉ R\$ 1.700,00 (REIMBOSO) 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, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES NÃO LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/10/16

IDENTIDADE 2586011

ASSINATURA Ednaldo Benedito do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

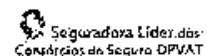
DATA 22/10/16

NOME Ednaldo Benedito do Nascimento

ASSINATURA Ednaldo Benedito do Nascimento

DPVAT/PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1117293/16

Vítima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF: 044.407.194-65

Data do Acidente: 26/12/2013

CPF de: Próprio Titular do CPF: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO : 044.407.194-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
 - A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.
- Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

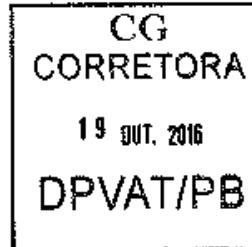
Data: 19/10/2016
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 044.407.194-65

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 19/10/2016
Nome: Aldabech Patrício da Silva
CPF: 392.881.734-04

Aldabech Patrício da Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGUR

EXCEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA EDNALDO BENEDETO DO NASCIMENTO
DATA DO ACIDENTE 26/11/2013 CPF DA VITIMA 044.407.194-65

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VITIMA É RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO
ENDERÉSCO DO PORTADOR Nº 5/A - COMPLEMENTO: Bairro Novo Horizonte
CIDADE MATARACA UF PB CEP 58290-000
E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA 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 É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS.
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

MORTE - R\$ 33.500,00
INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR NÃO CONSIDERA AVALIAÇÃO DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
DESPESSAS MÉDICAS (DAMS) - REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DO DOCUMENTO COMPLETO
COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADO DOCUMENTOS COMPLEMENTARES NESTE FORMÁRIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/10/16

IDENTIDADE 2586011

ASSINATURA Ednaldo Benedito do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

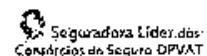
DATA 22/10/16

NOME Ednaldo Benedito do Nascimento

ASSINATURA DPVAT/PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1117293/16

Vítima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF: 044.407.194-65

Data do Acidente: 26/12/2013

CPF de: Próprio Titular do CPF: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO : 044.407.194-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
 - A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.
- Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

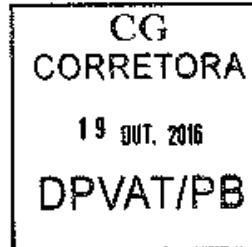
Data: 19/10/2016
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 044.407.194-65

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 19/10/2016
Nome: Aldabech Patrício da Silva
CPF: 392.881.734-04

Aldabech Patrício da Silva





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08517177920168152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO**, 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:

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendencia, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

"A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial".

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

"AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inéria do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violão ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:50:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301249599200000034485930>
Número do documento: 2010301249599200000034485930

Num. 36115387 - Pág. 1

(...) 4. Agravo regimental desprovido" (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transscrito:

"Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)"

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inherência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

DO LAUDO

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

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 12:50:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010301249599200000034485930>
Número do documento: 2010301249599200000034485930

Num. 36115387 - Pág. 2

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 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 12:50:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495992000000034485930>
Número do documento: 20103012495992000000034485930

Num. 36115387 - Pág. 3