



Número: **0804474-49.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **24/07/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado   |
|---|---|
| HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA (AUTOR)                       | DANIEL QUEIROZ DE FREITAS (ADVOGADO)<br>ALMIR DE ARAUJO MEDEIROS (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)  |

| Documentos |                    |  |                   |
|------------|--------------------|--|-------------------|
| Id.        | Data da Assinatura | Documento  | Tipo              |
| 34374 891  | 16/09/2020 11:18   | <a href="#"><u>Petição</u></a>                                       | Petição           |
| 34374 893  | 16/09/2020 11:18   | <a href="#"><u>2664031_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>       | Outros Documentos |
| 34374 894  | 16/09/2020 11:18   | <a href="#"><u>2664031_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a> | Outros Documentos |

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611181743800000032873387>  
Número do documento: 20091611181743800000032873387

Num. 34374891 - Pág. 1



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE PATOS/PB**

**Processo: 08044744920198150251**

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

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

**Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.**

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

PATOS, 11 de setembro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182035200000032873389>  
Número do documento: 20091611182035200000032873389

Num. 34374893 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182035200000032873389>  
Número do documento: 20091611182035200000032873389

Num. 34374893 - Pág. 2



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

---

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190286168**

**Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

**Data do Acidente: 10/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14231249



Pag. 01241/01242 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

---

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286168

Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

Data do Acidente: 10/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

DUT ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00433/00434 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14235166



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182077200000032873390>  
Número do documento: 20091611182077200000032873390

Num. 34374894 - Pág. 2



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

---

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190286168      Vítima: HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

Data do Acidente: 10/01/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO CESAR COSTA DIAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01467/01468 - carta\_04 - INVALIDEZ



00070734

Carta nº 14324809



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182077200000032873390>  
Número do documento: 20091611182077200000032873390

Num. 34374894 - Pág. 3



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|   |                           |                                 |           |            |
|---|---------------------------|---------------------------------|-----------|------------|
| Nº do sinistro ou ASL:  | CPF da vítima:            | Nome completo da vítima:        |           |            |
|   | 048 894 681 - 61          | HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA |           |            |
| INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                           |                                 |           |            |
| Nome completo:  |                           | CPF:                            |           |            |
| Profissão:  | REWJO                     | Número:                         | SN        |            |
| Endereço:   | RUA WIHA CAMPOS           | Complemento:                    | CASA      |            |
| Bairro:   | VITORIA                   | Cidade:                         | TATOS     | Estado: PB |
|   |                           | CEP:                            | 58206-330 |            |
| E-mail:   | Tel.(DDD): (83)99133-7273 |                                 |           |            |

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

**RENDIMENTO:**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (003)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4982 CONTA: 7384 Dígito: 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (velho/a)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

22 ABR. 2019

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do integral teor da contestação, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

101/2018



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL.  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de Patos - Setor de  
Boletim de Ocorrência



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00660.01.2019.3.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00660.01.2019.3.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:11 horas do dia 02 de abril de 2019, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Patos - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Ronis Fernandes Feitosa, matrícula 1562665, e lavrado por Hernando Barbosa Rodrigues, Agente de Investigação, matrícula 1685481, ao final assinado, compareceu **Hallyson Moraes de Araújo Costa**, CPF nº 048.894.681-61, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vendedor, filho(a) de Inalda Mortais de Araújo Costa e Antônio Zenazies da Costa Silva, natural de Patos/PB, nascido(a) em 15/11/1994 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Lima Campos, Nº s/n, bairro São Sebastião, tendo como ponto de referência De Frente a Campina Sportes, na cidade de Patos/PB, telefone(s) para contato (83) 98114-0870.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Rua Pedro Firmino, Ao Lado do Supermercado Guedes, Patos/PB, bairro Liberdade; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/01/19 12:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo CG 125 FAN KS, marca HONDA, tipo de veículo PASSAGEIRO, cor VERMELHA, ano 2012/2013, placa OFG-2714, chassi 9C2JC4110DR404082, renavam 00498171760

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia (10/01/19) por volta de 12h20min. o declarante estava pilotando sua motocicleta próximo ao supermercado Guedes, quando um caminhão que vinha ao seu lado fez uma conversão sem fazer a sinalização, trancou o declarante; Que o declarante foi surpreendido pela manobra do condutor do veículo, e na sequencia perdeu o controle da moto vindo a cair; Que o declarante afirma que o SAMU prestou os primeiros socorros e em seguida uma ambulância do corpo de bombeiros o encaminhou ao HRP da cidade de Patos/PB; Que no HRP foi constatada uma fratura no pé direito.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Patos/PB, 02 de abril de 2019.

HERMANDO BARBOSA RODRIGUES  
Agente de Investigação

HALLYSON MORAES DE ARAÚJO COSTA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00660.01.2019.3.00.401

22 ABR. 2019

1/1

22 ABR. 2019





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|   |                           |                                 |           |            |
|---|---------------------------|---------------------------------|-----------|------------|
| Nº do sinistro ou ASL:  | CPF da vítima:            | Nome completo da vítima:        |           |            |
|   | 048 894 681 - 61          | HALLYSON MORAIS DE ARAÚJO COSTA |           |            |
| INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                           |                                 |           |            |
| Nome completo:  |                           | CPF:                            |           |            |
| Profissão:  | REWJO                     | Número:                         | SN        |            |
| Endereço:   | RUA WIHA CAMPOS           | Complemento:                    | CASA      |            |
| Bairro:   | VITORIA                   | Cidade:                         | TATOS     | Estado: PB |
|   |                           | CEP:                            | 58206-330 |            |
| E-mail:   | Tel.(DDD): (83)99133-7273 |                                 |           |            |

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

**RENDIMENTO:**

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                   | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (003)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4982 CONTA: 7384 Dígito: 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (velho/a)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

22 ABR. 2019

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do integral teor da contestação, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

101/2018





# PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



## FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 147-01

### IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

|   |               |                             |       |   |
|---|---------------|-----------------------------|-------|---|
| Data  | Ocorrência nº | Paciente / Usuário          | Idade | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| 16/01/2019  |               | H. Helyne Ferreira de Souza | 21    |   |
| Local da Ocorrência   |               | Bairro                      |       | Médico Regulador  |
| Cidade Ferreira Lacerda   |               |                             |       |   |
| Apóio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro |               |                             |       |   |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encorajado <input type="checkbox"/> Outro                              |               |                             |       |   |

### TIPO DE AGRADO:

|  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO                  |
| <input type="checkbox"/> AGRESSÃO                        | <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO                 |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO                         | <input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO |
| <input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO        | <input type="checkbox"/> QUEDA METROS                |
| <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO                    | <input type="checkbox"/> QUEMADURAS                  |
| <input type="checkbox"/> F.A.B.                          | <input type="checkbox"/> OUTROS                      |
| <input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.E.)                 |  |
| <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO               |  |
| <input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS                 |  |

### ANTECEDENTES:

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AIDS                      | <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL            |
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO                | <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL             |
| <input type="checkbox"/> AVC                       | <input type="checkbox"/> DROGA                    |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS      | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL     |
| <input type="checkbox"/> CONVULSÕES                | <input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES |
| <input type="checkbox"/> DIABETES                  | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS             |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA           | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS  |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA | <input type="checkbox"/> OUTROS                   |

### DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO  SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE  TRANSFERÊNCIA SIMPLES

OUTRO: \_\_\_\_\_

### TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

### EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

### DADOS VITAIS:

VVA:  LIVRE  OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO:  >30rpm  <30rpm / PULSO RADIAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mmHg

< 90mmHg

P.A.: X FC: FR: TEMP: °C GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: SpO2c/O2:

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

#### DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade  Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída  Comunicação verbal Prejudicada  Confusão Aguda  Desambulação Prejudicada  
 Débito Cardíaco Diminuído  Desobstrução Ineficaz das VVA  Disreflexia Autônoma  Dor Aguda  Hipertensão  Hipotensão  Integridade da Pele Prejudicada  Integridade Tissular Prejudicada  Medo  Intolerância à Atividade  Mucosa Oral Prejudicada  Padrão Respiratório Ineficaz  
 Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz  Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz  Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz  Perfusion Tissular Renal Ineficaz  Termoregulação Ineficaz  Troca de Gases Prejudicada  Ventilação Espontânea Prejudicada  Volume de Líquidos Deficientes  Volume Excessivo de Líquidos  Náuseas  Relação Urinária  Percepção Sensorial Perturbada  Intereração Social Prejudicada  Incontinência Intestinal  
 Eliminação Urinária Prejudicada  Constipação  Outros: \_\_\_\_\_

### INTERVENÇÕES:

### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Pr. Latino pr. - Edilson volta com coroa, a proximidade mata no Rio, fez a hidrálise e cintagem para H.R.P. Delas no Bem-Bem

22/03/2019





CAGEPA

**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA**  
Rua Peláezano Cleto, 326 - Jardim das Rosas - João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.129.654/0001-87

PROYECTO  
MATRÍCULA  
66706997  
REFERENCIA  
1AN/2019

#### CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAN/2919

**INALDA MORAIS DE ARAUJO**  
**RUA LIMA CAMPOS, S/N - VITORIA PATOS PB 58706- 310**

| Inscrição               | SMS                | Quantidade de Economias | Responsável                  |                                 |         |           |
|-------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------|-----------|
| 1175.013.290 (1239.000) | IMM                | 0                       |                              |                                 |         |           |
| Hidrômetro              | Data de Instalação | Localização             | Situação Água                | Situação Engoto                 |         |           |
| V-UN043840              | 01/06/2010         | MXT LAGN                | LIGADO                       | POTENCIAL                       |         |           |
| ANTERIOR                | ATUAL              | CONSUMO (m3)            | NUM DE DIAS                  | PROXIMA LEITURA                 |         |           |
| 787                     | 798                | 11                      | 32                           | 21/02/2019                      |         |           |
| MIST.                   | CONS./ANOR.        | LEIT.                   | QUALID.                      | AGUA-ANexo 20 PORT. 05/2017 MS- |         |           |
| DEZ/2018                | 7                  |                         | PARAMETROS                   | EXIG.                           | ANALIS. | CONFORMES |
| NOV/2018                | 12                 |                         | TURBIDEZ                     | 0                               | 0       | 0         |
| OUT/2018                | 8                  |                         | CLORO                        | 0                               | 0       | 0         |
| SET/2018                | 9                  |                         | COL.TERMO                    | 0                               | 0       | 0         |
| AGO/2018                | 12                 |                         | COR                          | 0                               | 0       | 0         |
| JUL/2018                | 9                  |                         | COL.TOTAIS                   | 0                               | 0       | 0         |
| MEDIA(0)                | 9                  |                         | DADOS REFERENTES A: NOV/2018 |                                 |         |           |

DATA DA IMPRESSÃO: 14/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 12:02:25

| DESCRICAÇÃO                        | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|------------------------------------|---------|------------|
| <b>AGUA</b>                        |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)           |         |            |
| ATE 10 M3 - R\$ .37,91 POR UNIDADE | 10 M3   | 37,91      |
| 11 M3 A 28 M3 - R\$ 4,89 POR M3    | 1 M3    | 4,89       |
| <b>ESGOTO</b>                      |         |            |

RECORDED IN THE OFFICE OF THE CLERK OF THE STATE OF KANSAS AT 3:00 P.M. ON DECEMBER ELEVEN, TWENTY-THREE HUNDRED TWENTY-THREE.

Total à Page:

VENCIMENTO: 24/01/2019 R\$ 42,90



 CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
XO DO SATURAMENTO: INÉS

ANSWER

#### **ESTRUTURAS GERAIS:**

**INFORMAÇÕES GERAIS:**  
**\*\*AVISO\*\* A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/4/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12.807/08.**



| MATRÍCULA | REFERENCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 557700003 | 74440010   | 24/01/2019 | R\$ 42,86     |



22 APR 2010



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009161118207720000032873390>  
Número de documento: 2009161118207720000032873390

Núm. 34374894 - Pág. 8

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recurso para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 022.598.415



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-48 - Insc. Est. 16.015.821-0

## DADOS DO CLIENTE

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO  
RUA ANTONIO BARRETO, 41  
PATOS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/451385-9**

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

**MAR/2019**

**28/03/2019**

**50**

**04/04/2019**

**R\$ 41,43**

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



DESTEJAQUE AQUI

VANESSA SAMARA FERREIRA LEANDRO

Roteiro: 18-118-485-8300

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA        |
|------------|---------------|------------------|
| 04/04/2019 | R\$ 41,43     | 451385-2019-03-1 |

22 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182077200000032873390>  
Número do documento: 20091611182077200000032873390

Num. 34374894 - Pág. 9



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Lacerda Costa Dias

inscrito (a) no CPF/CNPJ 013.617.231 / 85, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Hallyson Moreira de Araújo Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.894.681 / 61

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Hallyson Moreira de Araújo Costa

inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.894.683 / 61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|           |                     |         |       |                            |
|-----------|---------------------|---------|-------|----------------------------|
| Endereço: | Rua Antônio Barreto | Número: | 45    | Complemento:               |
| Bairro:   | Monte Castelo       | Cidade: | Patos | Estado: PB CEP: 58 707-180 |
| E-mail:   |                     |         |       | Tel.(DDD): (83) 9 935-7273 |

Local e Data: Patos-PB, 35 de abril de 2019.

Paulo Lacerda Costa Dias

Assinatura do Declarante

22 ABR. 2019

DUDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182077200000032873390>  
Número do documento: 20091611182077200000032873390

Num. 34374894 - Pág. 10

COMPLEXO HOSPITALAR  
REGIONAL DEPUTADO  
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE  
ESTADO DA SAÚDE

SUS PB

### FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473 CNPJ 08.778.268.0023/76  
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
ENDERECO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N  
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE  
DRIGEM PROPRIA RESIDENCIA  
PACIENTE MALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA  
NOME SOCIAL  
FILIAÇÃO I INALDA MORAIS DE ARAUJO COSTA  
NASCIMENTO 15/11/1994  
PROFISSÃO VENDEDOR  
ENDERECO RUA LIMA CAMPOS  
CIDADE PATOS  
TELEFONE (83)9972-6261  
CNS 700007940401790  
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

FILIAÇÃO II ANTONIO ZENAZIES DA COSTA SILVA  
IDADE 24a 1m COR PARGO GÊNERO M  
Bairro SAO SEbastiao  
CEP 58704000  
CELULAR  
CPF 048.894.681-61  
REG. NASC.

F.A.A 25441 PRONTUÁRIO 15251  
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)  
DATA 10/01/2019 Horário: 13:19  
CARATER 02 - URGENCIA  
CONVÉNIO SUS AMBULATORIO  
TRANSPORTE CORPO DE BOMBEIROS  
MÉDICO BRUNO NOBRE E FARIA

OPERADOR DALVES  
TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGÊNCIA

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL *Rodrigo de M. Soárez*

PESO= PA= X MING TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) *Painel vitâneo de evolução de moto  
esforço dos braços N.I.D.  
- TEP-BEG, apert, espasmos, claudicação*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO) *Tudo feito, tomografia, Rx de tórax, Rx de abdômen*

SOLICITAÇÃO DE PARECER *Ortopedista = Trauma M.I.D*

DIAGNÓSTICO *Trauma de MID*

PROCEDIMENTO (DESCRICAÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS *1. Voltaren 10g 5ml*

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS *BRUNO NOBRE FARIA CRM-PB 105477*

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

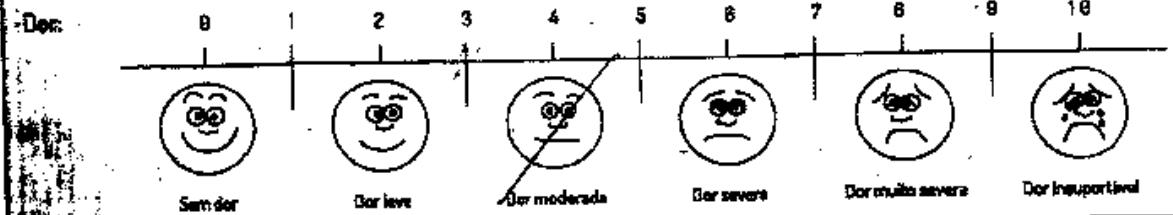
*0301060061 - 0301010072*

22 ABR. 2019

27

## ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

38

Data 10/04/2019 Hora 12 h 45 Gênero H  
Nome Social Hallisson Moreira de Oliveira Costa  
Organização Vila Pública Registrado?  Sim  Não  
Sintoma principal/História atual da doença/Início dos sintomas Dor em MDP Encaminhado?  Sim  Não  
Motivo do atendimento Curvatura de trânsito (motorcicleta)  
Glicose Pato  
Transporte Bombeiro  
Alergia?  Não  Sim  
Uso de medicação?  Não  Sim  
Doença prévia?  Não  Sim  
Temp. \_\_\_\_\_ °C Pulso \_\_\_\_\_ bpm Resp. \_\_\_\_\_ iprm SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % PA 120x80 mmHg HGT \_\_\_\_\_ mg/Dl  
Dor:   
0 Sem dor      1 Dor leve      2 Dor moderada      3 Dor severa      4 Dor muito severa      5 Dor insuportável

Classificação de Risco:  Vermelho  Amarelo  Verde  Azul

Especialidade Médica Cirurgião

Acompanhante:  S/ Acomp. (Setor Crítico)  S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
 Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60  Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

\* Consultar tabela para preencher

  
SUELIO MOREIRA TORRES  
SUELIO MOREIRA/TORRES/CARIMBO  
SUELIO MOREIRA/TORRES/CARIMBO  
SUELIO MOREIRA/TORRES/CARIMBO

22 ABR. 2019



22 ABR. 2019

22 ABR. 2019

HOSPITAL REGIONAL  
DE JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE  
ESPECIALIZADAS

SUSPE

COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) Hallyson Nunes, portador(a) da identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje; às 15:00 horas, portador(a) da patologia CID-10 M99, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 50 (TRI MTA) dias, a partir desta data.

Patos-PB 10/02/19

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

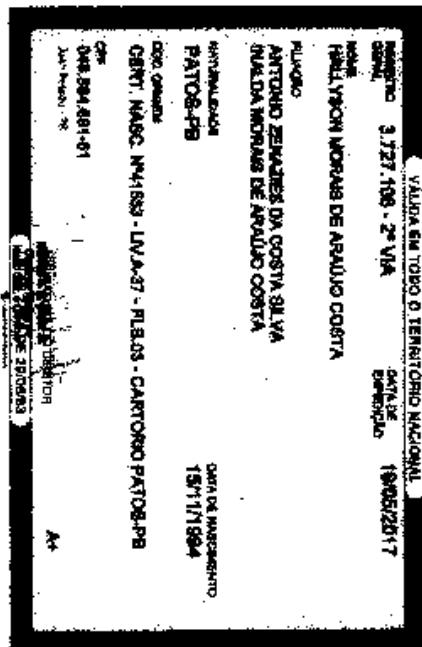
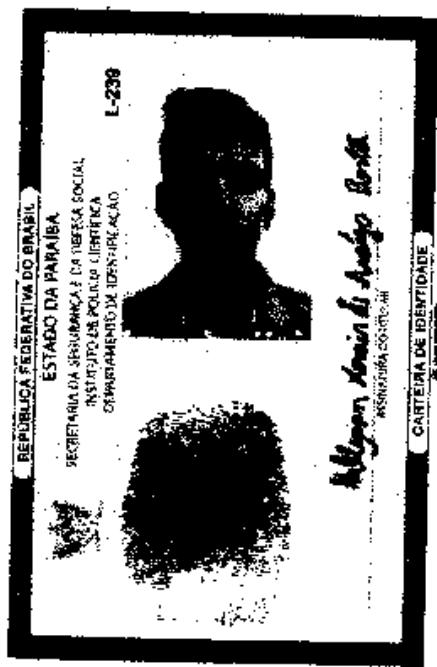
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO FONTEVÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 00.778.263/0001-88  
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE  
PATOS - PARAÍBA

22 ABR. 2019





Número  
048.884.881-61

Nome  
**HALLYSON MORAIS DE ARAUJO COSTA**

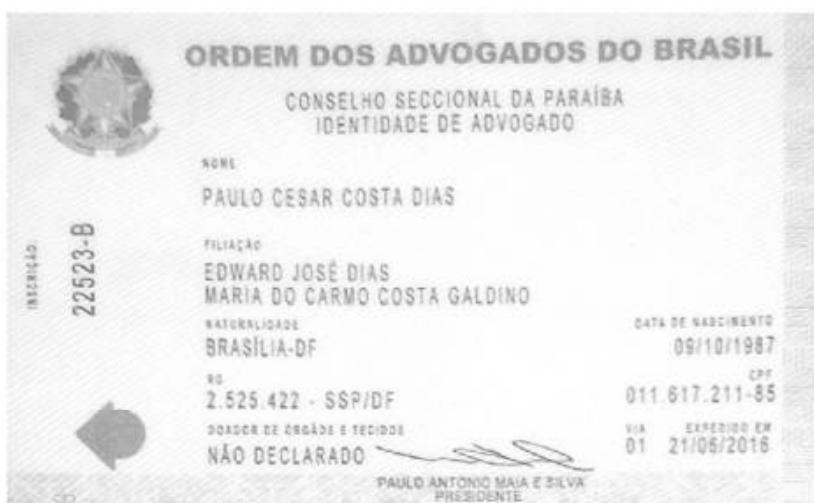
Naascimento  
15/11/1994

22 ABR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182077200000032873390>  
Número do documento: 20091611182077200000032873390

Num. 34374894 - Pág. 14



22 ABR. 2019

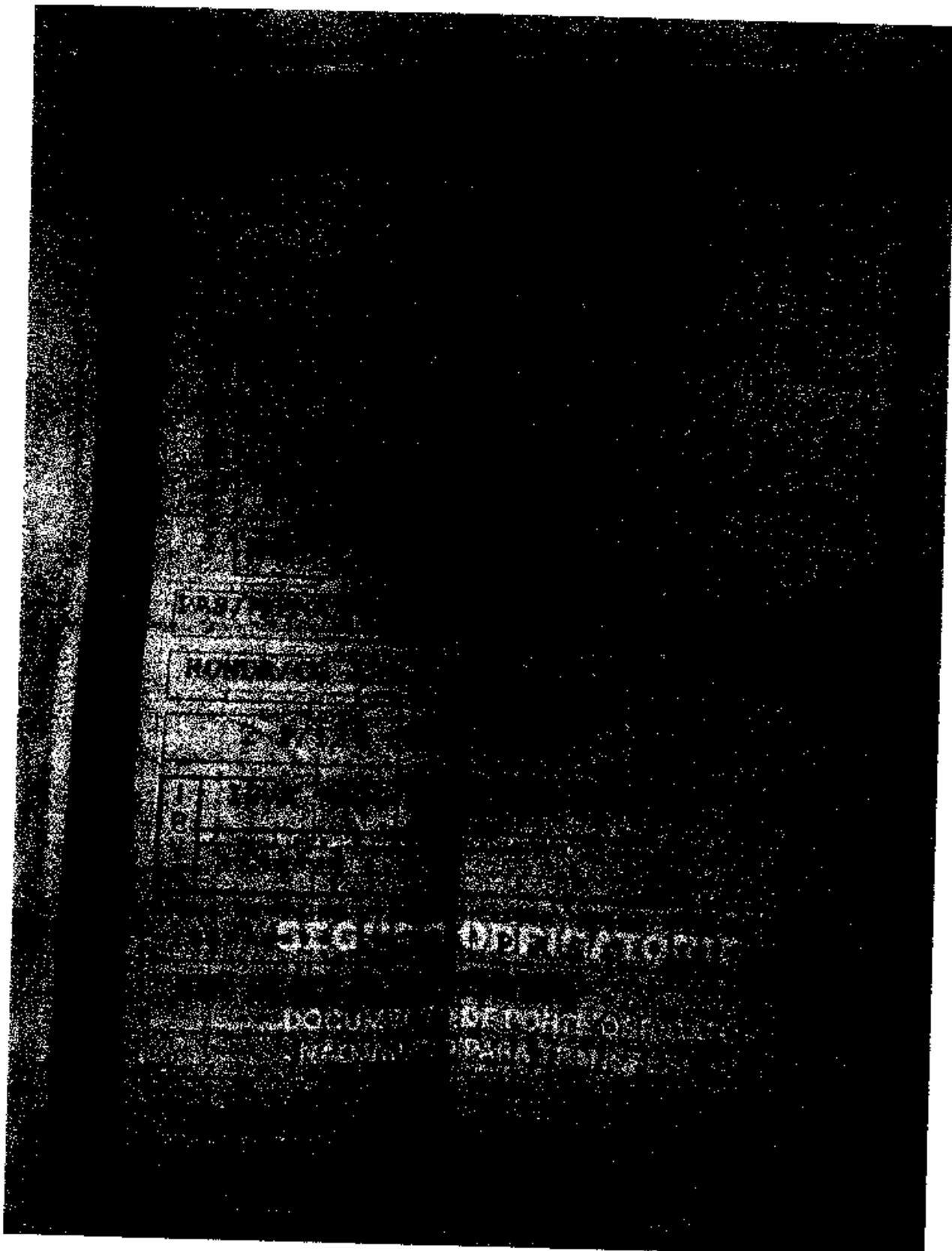


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182077200000032873390>  
Número do documento: 20091611182077200000032873390

Num. 34374894 - Pág. 15

13/03/2019

Email – Almir de Araújo Medeiros – Outlook



22 ABR. 2019

<https://outlook.office365.com/mail/inbox/id/AQQkADAwATY0MDABL1oxY2YlZTc1Mj0wMAjIMDAKABAAJG3iEQoAEkmKB6sC7EBpCw%3D%3D/sxs/A...> 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182077200000032873390>  
Número do documento: 20091611182077200000032873390

Num. 34374894 - Pág. 16

|  |  |
|--|--|
| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL   |  |
| MINISTÉRIO DAS CIDADES   |  |
| DETAN - PB<br>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO<br>VIA: 0049817176-0 00/00000000 2018 | V. 013814328336<br>PER. 20180400013345-R |
| HALLYSON MORAES DE ARAUJO COSTA  |  |
| 04889468161  | OFG2714/PB                               |
| NOVO PE  | 9C2JC4110DR404082                        |
| PAS/MOTOCICLE/NAU APLIC  | GASOLINA                                 |
| HONDA/CG 125 FAN KS  | 2012 2013                                |
| 2 P/124 /CI  | PARTIC                                   |
| IPVA PAGO EM 00/00/0000  | 1*                                       |
| IPVA PAGO EM 00/00/0000  | 2*                                       |
| IPVA PAGO EM 00/00/0000  | 3*                                       |
| ***** * 0 ***** * SEGURO PAGO 18/06/2018   |  |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO   |  |
| PATOS-PB 20/06/2018 36838  |  |
| 9999999  |  |

**CONTRAN**

**DETAN**

**SEGURADORALIDER.COM.BR**

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT**

**PB N° 013814328336 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXIBIDO - DATA EMITIDO -  
 2018 20/06/2018

|   |             |                     |       |                         |                   |
|---|-------------|---------------------|-------|-------------------------|-------------------|
| VIA:  | 04889468161 | OFG2714/PB          |       |                         |                   |
| INSCRIÇÃO:  | 00498171760 | HONDA/CG 125 FAN KS |       |                         |                   |
| ANO/FABR.   | 2012        | CAT. FABR.          | 9     | PLACA:                  | 9C2JC4110DR404082 |
| <b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>   |             |                     |       |                         |                   |
| VALOR PREMIOS:  | *****       | VALOR DA COBERTURA: | ***** | QUANTO NO SEGURO (R\$): | *****             |
| VALOR DO SEGURO (R\$):  | *****       | VALOR PAGO (R\$):   | ***** | DATA DE PAGAMENTO:      | 10/06/2018        |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT<br>CNPJ 00.240.601/0001-04<br>36838-0806326-20180620 |             |                     |       |                         |                   |

02-2017

08 MAIO 2019



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190286168      **Cidade:** Patos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HALLYSON MORAIS DE ARAUJO      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS  
COSTA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  |  |           |                       |
|                             |  |  | Total     | 0 %                   |
|                             |  |  |           | R\$ 0,00              |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/09/2020 11:18:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091611182077200000032873390>  
Número do documento: 20091611182077200000032873390

Num. 34374894 - Pág. 18

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190286168      **Cidade:** Patos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HALLYSON MORAIS DE ARAUJO      **Data do acidente:** 10/01/2019      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS  
COSTA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  |  |           |                       |
|                             |  |  | Total     | 0 %                   |
|                             |  |  |           | R\$ 0,00              |

