



Número: **0810489-85.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 675,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MILENA KELLY DA SILVA (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39088 762	04/02/2021 11:46	<u>Petição</u>	Petição
39088 764	04/02/2021 11:46	<u>2699931_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
39088 767	04/02/2021 11:46	<u>2699931_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102041146024010000037261861>
Número do documento: 2102041146024010000037261861

Num. 39088762 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000376

Vítima: MILENA KELLY DA SILVA

Data do Acidente: 26/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MILENA KELLY DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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 15325865





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200000376

Vítima: MILENA KELLY DA SILVA

Data do Acidente: 26/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MILENA KELLY DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: MILENA KELLY DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000114320-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 337.369.704-07 4 - Nome completo da vítima: Bruno Amorim dos S. Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Bruno Amorim dos S. Ferreira 6 - CPF: 337.369.704-07
 7 - Profissão: RECLUSE 8 - Endereço: R. Manoel Luiz de O. Jr.
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bananeiras 9 - Número: 50 10 - Complemento:
 15 - E-mail: 16 - Tel/DDDI: 83986034900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSE INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 589.26

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro/jerônimo? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos? Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

testemunha
Assinatura
Nome
Data

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

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

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

40 - Local e Data,

John Pessoa - PB 12/12/19

Bruno Amorim dos Santos Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

810.397.224-10 Milena Kelly da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÍRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Milena Kelly da Silva 6 - CPF: 810.397.224-10
 Profissão: Ricuço 7 - Endereço: R- idos Carteiroes 9 - Número: 280 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-310
 15 - E-mail: (83)986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLICO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (informar número da conta bancária, anexar uma cópia):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3033 CONTA: 114.320.9

Informar o dígito de escrita Informar o dígito de escrita Informar o dígito de escrita Informar o dígito de escrita

CONTA CORRENTE (informar o banco):
 Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Informar o dígito de escrita Informar o dígito de escrita

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, desse jeito e somente para a efetivação do crédito, autorização total do valor recebido.

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

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

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

Peço motivo adiante, coloco o seguinte, minto da melhor maneira de informar a indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na sua autorização apresentada, com o intuito de evitar a execução médica da custa da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões, conforme os termos de pagamento de "Término", conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não vige na previsão contida em contrário, na qual ação, medida ou tentativa seja dada de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data da óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não
 teve filhos? Não Falecidos? Não Falecidos? Não Falecidos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte acima estabelecidos que se apresentarem e em virtude dessa condição, estando morto, ainda, se sua ou sua filha ou seu irmão não verificada, o credor poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido além de responsabilidade civil, por infração ao artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o roteiro/pedido:

36 - CPF legível de quem assina o roteiro/pedido:

37 - (**) Assinatura de quem assina o roteiro/pedido:

João Pessoa - PB 12/12/19

Milena Kelly da Silva

(Assinatura da vítima/beneficiário/documento)

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

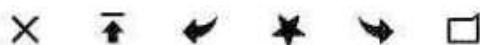
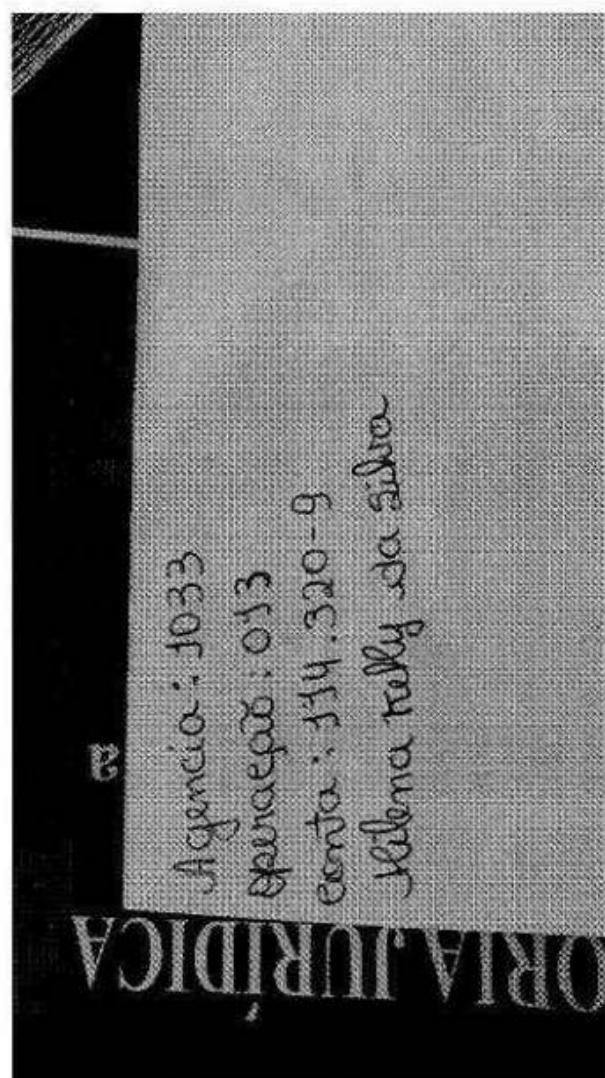
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

PPS.001 V002/2019



07/03/2021 09:32

Evanandro



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00314.01.2019.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00314.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:54 horas do dia 06 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Bruno Amorim dos Santos Correia**, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Seminformação, filho(a) de Maria da Luz Amorim dos Santos e João Batista Laurcentino Ferreira, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 23/12/1995 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Munocel de Oliveira Junior, N° S/N, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Igreja Assembleia, na cidade de Bananeiras/PB.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua de Jatoba, Pb 105, Bananeiras/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/07/18 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

Local: Pb 105 - Rua do Jatobá, Outros, Bananeiras/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/07/18 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que vinha de carona na motocicleta, no qual quem pilotava era a pessoa de Fabiano Alvino Barbosa;QUE vinha de carona em uma motocicleta, marca e modelo: YAMAHA /YS 150 FAZER ED ,ano e modelo:2013/2014 de cor preta, placa: NQD 7931/PB,Chassi: 9C6KG0660E0010378, registrado em nome de Luiz Sérgio Francisco Ramos-CPF 689.814.494-49;QUE relata que seguia normalmente em sua mão, quando um veículo/automóvel veio na contra mão e colidiu (piloto e carona) ;QUE relata que não sabe especificar marca e modelo, nem condutor do veículo , pois esse evadiu-se do local sem prestar socorro;QUE O notificante foi socorrido para o H.E.T.S.H.L , e no dia 14/07/2018 foi encaminhado para o complexo Hospitalar de Mangabeira conforme certidão 1579/2008, assinado pela médica de Vigilância a Saúde CRM 2959/PB Dr: Sonia Maria Maciel Pontes de Oliveira;QUE não quer representar criminalmente.

ADENDO(S):

Que na data 06/12/2019, à(s) 11:19 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: OBS: A ONDE SE LER: BRUNO AMORIM DOS CORREIA É PARA SE LER: BRUNO AMORIM DOS SANTOS FERREIRA . Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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, expoço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00314.01.2019.1.00.420

1/2



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



João Pessoa/PB, 06 de —

[Signature]

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

[Signature]

BRUNO AMORIM DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00314.01



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 8

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00307.01.2019.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00307.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:56 horas do dia 04 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Millena Kelly da Silva**, CPF nº 710.197.224-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de **Joseneide Francisca da Silva** e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/11/2000 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) **Luiz Carlos Prestes**, Nº 280, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Outros, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

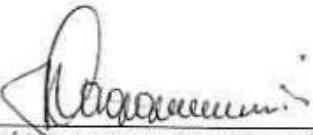
Local: Dois de Novembro, Outros, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/04/18 13:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

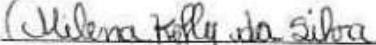
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante relata que trafegava na sua mão com o veículo/motocicleta, marca e modelo: HONDA/XR 250 TORNADO, ANO E MODELO: 2003 DE COR AZUL DE PLACA: MMP0365/PB, registrado em nome: Elysson Cunha Lourenço, CPF 104.233.784-57, Chassi: 9C2MD34003R104134; QUE relata que seguia normalmente quando um motoqueiro que estava em uma moto Honda FAN, de cor preta, não sabendo especificar marca e modelo, nem condutor pois esse logo após evadiu-se do local; QUE segundo a notificante esse condutor não esperando um veículo que passava no local, saiu de uma rua fazendo um conversão errada e colidiu com a moto da notificante e que devido ao impacto foi jogada ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1316/2018, EXPEDIDO PELA DR^a ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 26.09.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 04 de dezembro de 2019.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MILENA KELLY DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00307.01.2019.1.00.420

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 337.369.704-07 4 - Nome completo da vítima: Bruno Amorim dos S. Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Bruno Amorim dos S. Ferreira 6 - CPF: 337.369.704-07
 7 - Profissão: RECLUSE 8 - Endereço: R. Manoel Luiz de O. Jr.
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bananeiras 9 - Número: 50 10 - Complemento:
 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
 15 - E-mail: 16 - Tel/DDDI: 83986034900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSE INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0038

CONTA: 589.26

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 da valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento de 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

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

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

NÃO ALFABETIZADO

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

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data,

Jeferson Pereira - 173 12/12/19

Bruno Amorim dos Santos Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 11



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

810.397.224-10 Milena Kelly da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CÍRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Milena Kelly da Silva 6 - CPF: 810.397.224-10
 Profissão: Ricuço 7 - Endereço: R- idos Carteiroes 9 - Número: 280 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-310
 15 - E-mail: (83)986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (informar número da conta bancária, anexar uma cópia):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (informar o banco):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3033

CONTA: 114.320.9

(informar o dígito de escrita)

(informar o dígito de escrita)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito de escrita) (informar o dígito de escrita)

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, desse jeito e somente para a efetivação do crédito, autorização total do valor recebido.

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

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

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

Peço motivo adiante, coloco o seguinte, minto da melhor maneira de informar a indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na declaração apresentada, com ordem de efetivação médica às custas do Segurador a Lider para verificação da existência e a quantificação das lesões, conforme os termos de contrato de "Tenho", conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não vige na previsão contida nela como futura, até ação judicial ou tentativa de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data da óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim Não
 teve filhos? Não Sim Não Não Não Não Não Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider presta, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte acima estabelecidos que se apresentarem e em virtude dessa condição, estou norte, assim, de que sua quer om stilo ou de forma não verificada poderá gerar a obrigatoriedade de restituir o valor recebido, de responsabilidade da Lider, por infração ao artigo 299 do Código de Processo Civil.

34

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

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

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

João Pessoa - PB 12/12/19

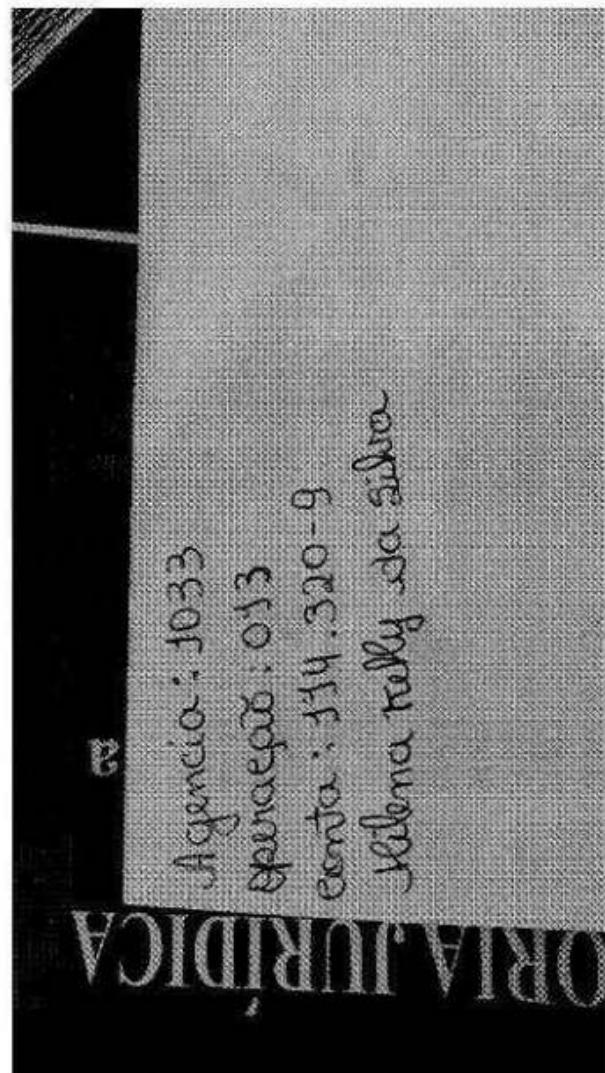
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

PS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):





07/03/2021 09:32

Evanandro



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 13



CERTIDÃO

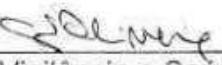
Nº. 1579/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 144614 e Prontuário nº 2018.07.001713 pertencentes a **BRUNO AMORIM DOS SANTOS FERREIRA** que foi atendido dia 14/07/2018 às 01H01min, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ulna esquerda e quadril esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/07/2018 com alta médica dia 01/08/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 2959





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



*CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB*

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 805/055, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2054015, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MILENA KELLY DA SILVA** idade 17 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 26/04/2018, na R. Dois de Novembro, Bairro: das Indústrias - João Pessoa - aproximadamente às 13:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 18 de Maio de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5º Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MILENA KELLY DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000114320-9

Nr. da Autenticação 15DA104164FFB51D

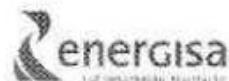


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 16

BOLETO PARA PAGAMENTO

*OBRIGATÓRIO para valor final.
Documento não é responsável por conta.
Para consulta sempre pagamento da conta fiscalizada da energia elétrica. N° 334.319.509



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 02.095.183/0001-40 - Insc. Est. 10.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DA LUZ AMORIM DOS SANTOS
RUA MANUEL LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR S/N
BANANEIRAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106190-0

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

18/11/2019

CONSUMO

57

VENCIMENTO

25/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 22,59

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 08705.613175 2 8084000002259				
Pagador: MARIA DA LUZ AMORIM DOS SANTOS CNPJ/CPF: 042.063.244-17				
RUA MANUEL LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR S/N - CENTRO - BANANEIRAS / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número	Nr. Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008705613	001106190201911	25/11/2019	R\$ 22,59	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 17

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
543527
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

NOV/2019

FATIMA DA SILVA CAVALCANTE
RUA DOS CARTEIROS, 280 - INDUSTRIAS JOAO PESSOA PB
58083- 110

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.033.225.0204.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro Data de Instalação Localização Situação Água Situação Esgoto
 Y18F096097 23/08/2018 EXT.CALC JGADO FACTIVEL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
 112 8 32 09/12/2019
 HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 28 PORT. 05/2017 HS.
 OUT/2019 8 1 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
 SET/2019 8 1 TURBIDEZ 268 302 299
 AGO/2019 8 1 CLORO 268 302 302
 JUL/2019 8 1 COL.TERMOT 0 0 0
 JUN/2019 8 1 COR 73 111 118
 MAI/2019 8 1 COL.TOTAIS 28 302 290
 MÉDIA(M) 8 DADOS REFERENTES A: SET/2019

DATA DA IMPRESSÃO: 11/11/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 10:42:17	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	37,91	
ESGOTO			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ESGOTO	8 M3	30,33	
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 09/2019		1,37	
JUROS DE MORA 09/2019		0,49	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 23/11/2019	Total a Pagar: R\$ 70,10
------------------------	--------------------------

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
 CONDICÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1
 ANORMALIDADE: HIDRÔMETRO QUEBRADO
 INFORMAÇÕES GERAIS:
 SR. USUÁRIO: EM 31/10/2019, REGISTRAMOS QUE V. SA. ESTAVA EM DEBITO. COMPARAÇAO AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
543527	NOV/2019	23/11/2019	R\$ 70,10

82640000000 4 70100010001 9 00054352701 4 11201950003 5



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA QUARTE, 157, SALA 01 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58050-094 (AG-5)

enercisa

Licença: MONOPÓLIO
Cle-Sub: CDMT01031-COMERCIAL-COMERCIAL
Referência: Nro: 2019
Número: 0000887621
Emissão: 20/11/2019

8100 KM02 - Cidade Retiro - João Pessoa - PB - CEP: 58016-630
CNPJ: 03.069.001/00.040. Inscrição: 162153246
Site: Fórum Consulta Energia Elétrica: Nro: 0004520346
Cód. para DB: Automática: 0016982011

Nov / 2019 20/11/2019 19/12/2019 010.942.224-46
INSC. EST.

RG Unidade Consumidora: 51698281-1

Será feita a gravação e código master. Fique atento ao calendário de
vacinação e se privar.

Data		Leratura		Data		Leratura		Consumo		Consumo	
27/10/19	8882	20/11/19	8887					284	284	20	
DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA											
001 - Despesa		Consumo kWh		002 - DEPÓSITO		003 - OUTROS		004 - Faturamento		005 - Faturamento	
001 - Consumo em kWh	294.000	0,778000	304.82	204.82	26	51.21	294.82	1.73	7.92		
001 - Adc. B. Almox.			1.74	1.74	25	343	1.74	0.01	0.06		
001 - Adc. B. Vermelha			13.29	10.29	25	257	13.29	0.08	0.40		
DEVEDORES E SERVIÇOS											
003 - CONTRIBUÍVEL PÚBLICO				13.21	0.00	2	3.00	3.00	0.00	0.00	

001 - Código de Classificação do bem: TOTAL
Tarifa/ Taxa(s): 0.545400

Média diária (máximo kWh): 05 TOTAL A PAGAR
27/11/2019 R\$ 229,87

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24
Nov/19 Dez/19 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19

27/11/2019 229,87
37b6.1ac7.d42c.65c1.f4a1.472a.dcd2.c616.

Descrição			Valor	%
Despesa de Cte. de Energia/PF	55.62		24,21	
Comissão de Energia	65.13		28,65	
Desp. em Transmissão	8.29		3,62	
Impostos Sist. Elet.	35.24		15,55	
Impostos Custo e Energia	77.12		33,89	
Outras Despesas	3.00		1,33	
Total	229,87		100,00	

AVISO: Remanejamento em atraso de DEB-008 Anexo 06 - atrasado, a suspender
de forma definitiva poderá acarretar a qualquer momento a desacordo prazo de
30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura e variação não seja
luta confirmada.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07475.127176 5 80860000022987

FAZADOR: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA - CPF/CRM: 010.942.224-46
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA QUARTE, 157, SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB CEP: 58050-094

Número: 01502440067475127 00190.00009 03150.244006 07475.127176 5 80860000022987
Data: 27/11/2019 00:00:00



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 0800-1596 / 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 06 | 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/DOCORIGINALASPK?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata de 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 ILLÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Bruno Amorim dos S. Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.169.704.07,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bruno Amorim dos S. Ferreira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.169.704.07, 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 Líder-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:	<u>Rua Agente Fiscal José C. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Changabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel (DDD):	<u>(83) 986634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 12/12/19

Assinatura do Declarante

DILDR.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 20



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 06 | 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECLMER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PRÉVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Dálma Kelly da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.197.224-10

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Dálma Kelly da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.197.224-10, 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:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Manoel Gabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 12/12/19

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



PESSOA: JOAO PESSOA
COMPLEMENTO: RUA BEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: ()

Ficha Nr: 144614 Atd: Nao Regulat
Data: 14/07/2018
Hora: 01:01:03
Repcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S^I
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERUNO AMORIM DOS SANTOS FERREIRA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 991309024
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/12/1995 Id: 22 ano(s)

Res: MAMOEL LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR,00
Bairro: ZONA RURAL Cidade: BANANEIRAS UF :PB
Mae: MARIA DA LUZ AMORIM DOS SANTOS Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: A ESPOSA - LUCIANA
Tr/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Presidencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	INC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito		

6a Principal Ponto mais alto da fratura
IMAGAO Fix fechado de ossos de novo ESG.

Infra da crura Anterior e nova ESG.

Arco em MSE.

Impressionante em sistema E
Moria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Arco de Brocq e puno ESG: Fix direito de novo ESG
Fix direito de Tíbia e fíbula ESG.

Diagnóstico: *Fix fechado em ossos de novo ESG*
Fix fechado em Tíbia e fíbula ESG

Prescrição: *① inten / Tc CO Brinc.*
② Tb em MSE e MIE.
③ Sel pós-op
④ ambul

Horário da medicação:

Dr. João Paulo Prime
Ortopedista/Traumatologista
CRM 3848/TEOT 1886

Caixa de Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTIMATED BY PERCENTS.

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

Assinatura do Reciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Bruno Arnonim</i>				Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:		
Data: <i>24/10/18</i>	Cirurgião: <i>Indalecio Pacelli</i>	1º Assistente: <i>Roberto Sank</i>					
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:					
Anestesista: <i>Com. Ic</i>	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID			
<i>1º Fratura do osso do perno (F)</i>				<i>SB2.3</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID			
<i>O mesmo</i>							
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO			
<i>Osteosíntese de Fr. ossos perno</i>							
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:				
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico							

Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6822 - TEOT 14247
FUNADICNS 980016283349975

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1º Pcte em DDH sob raque
- 2º Assispr + Asscp + CCF
- 3º Gornotamento a nível da coxa (C)

Incisão: 1º Incisão longitudinal medial em fibe/perm (C)
por planos ate o osso + hemostasia

Achados: 1º Fratura da tibia diáfiseira com desvio

Conduta: 1º Redução cruenta da fratura de fibe (C)
2º Colocação de placa ORP de 10 juros e
fixação com parafusos corticais 10 profundos
3º Controle com escopia
4º Sutura por planos
5º Cintivo + Retirada gornote
6º DNO

Fechamento:

OBS:

Dr. Indalecio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6827 TEOT 14247
FUNAD/CEMS 980016203345973

Data: 27/07/18

MÉDICO/CRM





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: BRUNO AMORIM DOS SANTOS				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica: ORTO	EMP:	LR:
Data: 31/07/2018	Cirurgião: DR. PACELLI			1º Assistente: DR DANIEL (R3)	
2º Assistente: DR. VALDEBAN		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: DRA CAMILA		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE URNA E				CID	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO O MESMO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) RAFI				CÓDIGO	
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Paciente em DDH	
Assepsia e Anti-sepsia	
Aposição de campos estéreis	
Incisão:	
VIA PRÓPRIA DA ULNA	
Achados:	
FRATURA DE ULNA E COM GRANDE CUNHA	
Conduta:	
REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP DE 10 FUROS + PARAFUSOS	
REALIZADO CONTROLE RADISOCÓPICO DURANTE ATO CIRÚRGICO	
LAVAGEM COM SF0,9%	
SUTURA POR PLANOS	
LIMPEZA	
CURATIVOS	
RADIOGRAFIA DE CONTROLE	
Fechamento:	
OBS:	

Data: 31/07/2018

*R. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248*

MÉDICO/CRM





CERTIDÃO

Nº. 1316/2018

Atendendo solicitação de JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tancredo Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº123619 e Prontuário de Nº2017.06.001247, pertencente a **MILENA KELLY DA SILVA** que foi atendida dia 26/04/2018 às 18h20min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em 1º, 2º e 3º dedos do pé direito.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão extensora de 1º, 2º e 3º dedos do pé direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/04/2018 com alta médica dia 28/04/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa , Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2018

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 123619 Atd: Nao Regula
Data: 26/04/2018
Hora: 18:20:56
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SF
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MILENA KELLY DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 986541386
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 02/11/2000 Id: 17 ano(s)

End.: RUA CIDADE DE MARIZOPOLIS, 64APT 202
Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA Pai: NAO DECLARADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Placa: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO COM MOTO NO BAIRRO DAS INDUSTRIAS

Vitima de violência por: PX AO MERCADINHO BANDEIRA, AS 15HRS CONDUTORA

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Qrxa Principal:		<input type="checkbox"/> Vomito
TRAUMA EM PE DIREITO		Observacao

Qrxa Principal

TRAUMA EM PE DIREITO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Loja de Tongos Extratos 20
1º, 2º e 3º PDD*

Diagnostico:

*Conduta
As cores civis p/ Tongos*

Prescricao:

*→ Dispneia s/rt ABP Rj.
→ Tilitol 20 Rj.
→ C. 1 ad.*

Horario da medicacao

*Willis G. F. Estima
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
CRM-SC: 9376*

*Carlos Augusto Rava
CRM-PB 6973*

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1		1	1	1
1		1	1	1
1		1	1	1
1		1	1	1
1		1	1	1
1		1	1	1
1		1	1	1

----- | Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Thilena Holly da Silva Data da Admissão: 26/04/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/11
QPD: _____
HDA: Acabou os dias de férias
Louvores
Do 1º, 2º e 3º Piso
Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor _____



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] JDM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Ta-

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Linfadenopatia*

Conduta: *Monitoramento*

Carlos Augusto Rava
CRM-PB 6913



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Flavia Kelly da Silva</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
<i>26/04/18</i>				1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Requi - Roseli</i>	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Lesão do Tendo extensor do P, 2º e 3º PDD</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Lesão do Tendo extensor longo e curto do dedo (1) + Lesão do Tendo extensor longo do dedo 2º e 3º PDD + Lesão do Colpo Arco do dedo 2º e 3º dedos c/ Sintomas de dor no dedo 2º e 3º dedos c/ dor no dedo 2º</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Varozenha dos tendões ferro</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição em DD do B. Roriz
2. Anestesia + lavagem do fundo de saco do B. - Aspirado C
3. Articulação Perna / Braço os -
4. Fixação Pernas
5. Ressonante Serrado c/ Nilon

Achados:

1. Extensor longo do Flexor
2. Extensor longo do Flexor
3. Extensor longo do 2º c
4. Fracassamento de longos c/ Nilon

Conduta:

1. Cerrado extensor
2. Longo Bora e extensor os Pés D

Carlos Augusto Ribeiro
CBM-PB 6973

Fechamento:

OBS:

Data: 1 / 1 / _____





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Thilena Kelly da Silva Data da Admissão: 26/04/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/11

QPD: _____
HDA: Anterior ao dia 05/05/2018
Loja de Tomé exibir
2010, 20 e 30 Prod

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeca e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Tazas

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *laringite bronquite*Conduta: *observar**Carlos Augusto Ribeiro*
CRM-PB 6973

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição em DD do P. Prol.
2. Anestesia + lavagem das feridas no Dors do Pé. - Astero Cervo -

Incisão:

3. Extirpo Prol.
4. Anel de Prol.
5. Remoção fura c/ Mico SD dos Serrinhos Tardos.

Achados:

1. Extirpo Lacos do Prol.
2. Extirpo Corro do Prol.
3. Extirpo Laco do 2º e 3º PDD.
6. Fracasso de Prol c/ Mico SD

Conduta:

7. Corte o extirpo
8. Tira Bota Gabrozinho os Dorsos do Pé (D)

Carlos Augusto Ribeiro
 CRM-PB 6943

Fechamento:

OBS:

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Ricardo Kelly da Silva</i>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:
Data: <i>26/04/18</i>	Cirurgião: <i>Ricardo</i>	1º Assistente		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentac		
Anestesista: <i>Ricardo - Rodolfo</i>	Tipo Anestesia:	Horário:		

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Lesão do Tendo extensor do 1º, 2º e 3º PDD

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

*Lesão do Tendo extensor longo e curto
do dedo 1º + lesão do Tendo extensor do dedo 2º e 3º PDD + lesão da artéria
proximal do dedo do 2º e 3º dedos c/
sens curtos + lesão do nervos nervos
no dedo do pé.*

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

Ressecção das tendões feridas.

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:
 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

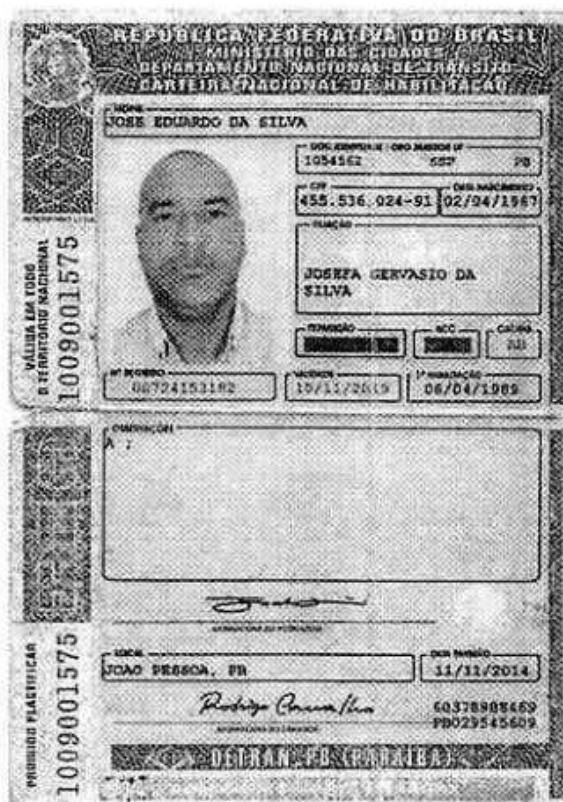
NOME: MILENA KELLY DA SILVA				PONTUARIA N°	
IDADE: 17	SEXO: F	CLAS: 	CLÍNICA	LEITE: 24	LEITO: 402
DATA DE ADMISSÃO: 26/04/18		DATA DE ALTA: 28/04/18		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: LESÃO TENDÔNICA EXTENSORA 1^º, 2^º E 3^º PDD.					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO.					
OUTROS DIAGNÓSTICOS: 					
PRINCIPAIS EXAMES: AN + EXAME FÍSICO					
PROCEDIMENTO REALIZADO: TERAPIA FÍSICA DE TENDÕES.					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: 					
ANATOMIA PATOLÓGICA: 					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA: 					
CONDICÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES): PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SENDO REALIZADA TENDONAFIA DOS TENDÔES EXTENSORES. EVOLUI COM MELHORAMENTO CONSIDERÁVEL DE ALTO HOSPITALAR. E CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: LIVRE					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 70 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: ATB.					
RETORNO: Ao posto de saúde em para retirada de pontos. Ao Ambulatório do DR. RAFAA em 30 dias para revisão. 07/11/18					
DATA: 28/04/18	Yury Cordeiro CRM-PB-11507 CRM-MÉDICO / CRM				
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 40







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000376 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MILENA KELLY DA SILVA **Data do acidente:** 26/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 1º, 2º E 3º DEDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENORRÁFIA DOS TENDÕES) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 44

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000376 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MILENA KELLY DA SILVA **Data do acidente:** 26/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR DO 1º, 2º E 3º DEDOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENORRÁFIA DOS TENDÕES) E ALTA MÉDICA. PÁG 6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Bruno Amorim dos Santos Ferreira, brasileiro(a), estado civil solteiro(a), profissão automotivo, residente e domiciliado à Rua Manuel de Oliveira f/ma S/N bairro Centro, Municipio de Bananeiras, Estado de(o) PB, Cep. 58000-000 portador(a) do RG nº 4.015.972, SSP/ PB e CPF nº 337.369.704-07

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agemt. Fiscal 51, Cachorro, 157 bairro Mangabeira, Municipio de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 53.056-384 portador (a) do RG nº 105.4562 SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-93

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Bruno Amorim dos Santos Ferreira ocorrido em 13/07/18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Bananeiras, 05 de dezembro de 2019.


Bruno Amorim dos Santos Ferreira
Outorgante
CPF Nº 337.369.704-07

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURACÃO

Outorgante: Adilene Kelly da Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão funcionária, residente e domiciliado à Rua dos Conteiros, nº 280, bairro das Indústrias, Município de João Pessoa PB Estado de(o) PB Cep: 530-197-322-10, portador(a) do Rg nº 4.297.013, SSP PB e CPF nº 730-197-322-10

Outorgado: Alexandria Esperan Duarte, brasileiro(a),
estado civil Casado, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à
Rua Agente Fiscal 4 Condomínio nº 157, bairro Morumbi,
Município de São Paulo, Estado de (o) SP, Cep. 05805-384
portador (a) do RG nº 3627718, SSP/ 02, e CPF nº 046.502.754-74

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Hoofdregister 194 de 143em dag de 2019.

Outorgante
CPF Nº 750.197.224-10

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0000559/20

Vítima: MILENA KELLY DA SILVA

Data do acidente: 26/04/2018

CPF: 710.197.224-10

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MILENA KELLY DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MILENA KELLY DA SILVA : 710.197.224-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/01/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460857/19

Vítima: MILENA KELLY DA SILVA

CPF: 710.197.224-10

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/04/2018

Titular do CPF: MILENA KELLY DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MILENA KELLY DA SILVA : 710.197.224-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>
Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 49



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

Processo: 08104898520208152001

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 **MILENA KELLY DA SILVA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 2 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460588000000037261866>
Número do documento: 21020411460588000000037261866

Num. 39088767 - Pág. 1

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 - 04/02/2021 11:46:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460588000000037261866>
Número do documento: 21020411460588000000037261866

Num. 39088767 - Pág. 2