



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
39088762	04/02/2021 11:46	Petição	Petição
39088764	04/02/2021 11:46	2699931_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
39088767	04/02/2021 11:46	2699931_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, contatos 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,

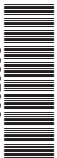
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15325865

Pag. 01775/01776 - carta_01 - INVALIDEZ

00020888





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, retorne 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





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:

Recusado

8 - Endereço:

R - Manuel Luiz de O. Jr.

9 - Número:

576

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Bananeiras

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

16 - Tel/DDD:

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ 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 (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0038

CONTA:

58926

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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 de 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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

Assinatura legível da vítima/beneficiário

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

Assinatura legível da testemunha

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 12/12/19

Bruno Amorim dos Santos Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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. 3





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

710.397.224-10

Milena Kelly da Silva

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Número:

8 - Complemento:

9 - Profissão:

10 - Endereço:

11 - Cidade:

12 - Estado:

13 - E-mail:

14 - Telefone:

15 - Celular:

16 - Data de nascimento:

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - Renda mensal do titular da conta:

21 - Dados bancários:

22 - Conta poupança:

23 - Conta corrente:

24 - Agência:

25 - Conta:

26 - Agência:

27 - Conta:

28 - Nome completo do Representante Legal:

29 - CPF do Representante Legal:

30 - Profissão do Representante Legal:

31 - Renda mensal do titular da conta:

32 - Dados bancários:

33 - Conta poupança:

34 - Conta corrente:

35 - Agência:

36 - Conta:

37 - Agência:

38 - Conta:

39 - Nome completo do Representante Legal:

40 - CPF do Representante Legal:

41 - Profissão do Representante Legal:

42 - Renda mensal do titular da conta:

43 - Dados bancários:

44 - Conta poupança:

45 - Conta corrente:

46 - Agência:

47 - Conta:

48 - Agência:

49 - Conta:

50 - Nome completo do Representante Legal:

51 - CPF do Representante Legal:

52 - Profissão do Representante Legal:

53 - Renda mensal do titular da conta:

54 - Dados bancários:

55 - Conta poupança:

56 - Conta corrente:

57 - Agência:

58 - Conta:

59 - Agência:

60 - Conta:

61 - Nome completo do Representante Legal:

62 - CPF do Representante Legal:

63 - Profissão do Representante Legal:

64 - Renda mensal do titular da conta:

65 - Dados bancários:

66 - Conta poupança:

67 - Conta corrente:

68 - Agência:

69 - Conta:

70 - Agência:

71 - Conta:

72 - Nome completo do Representante Legal:

73 - CPF do Representante Legal:

74 - Profissão do Representante Legal:

75 - Renda mensal do titular da conta:

76 - Dados bancários:

77 - Conta poupança:

78 - Conta corrente:

79 - Agência:

80 - Conta:

81 - Agência:

82 - Conta:

83 - Nome completo do Representante Legal:

84 - CPF do Representante Legal:

85 - Profissão do Representante Legal:

86 - Renda mensal do titular da conta:

87 - Dados bancários:

88 - Conta poupança:

89 - Conta corrente:

90 - Agência:

91 - Conta:

92 - Agência:

93 - Conta:

94 - Nome completo do Representante Legal:

95 - CPF do Representante Legal:

96 - Profissão do Representante Legal:

97 - Renda mensal do titular da conta:

98 - Dados bancários:

99 - Conta poupança:

100 - Conta corrente:

101 - Agência:

102 - Conta:

103 - Agência:

104 - Conta:

105 - Nome completo do Representante Legal:

106 - CPF do Representante Legal:

107 - Profissão do Representante Legal:

108 - Renda mensal do titular da conta:

109 - Dados bancários:

110 - Conta poupança:

111 - Conta corrente:

112 - Agência:

113 - Conta:

114 - Agência:

115 - Conta:

116 - Nome completo do Representante Legal:

117 - CPF do Representante Legal:

118 - Profissão do Representante Legal:

119 - Renda mensal do titular da conta:

120 - Dados bancários:

121 - Conta poupança:

122 - Conta corrente:

123 - Agência:

124 - Conta:

125 - Agência:

126 - Conta:

127 - Nome completo do Representante Legal:

128 - CPF do Representante Legal:

129 - Profissão do Representante Legal:

130 - Renda mensal do titular da conta:

131 - Dados bancários:

132 - Conta poupança:

133 - Conta corrente:

134 - Agência:

135 - Conta:

136 - Agência:

137 - Conta:

138 - Nome completo do Representante Legal:

139 - CPF do Representante Legal:

140 - Profissão do Representante Legal:

141 - Renda mensal do titular da conta:

142 - Dados bancários:

143 - Conta poupança:

144 - Conta corrente:

145 - Agência:

146 - Conta:

147 - Agência:

148 - Conta:

149 - Nome completo do Representante Legal:

150 - CPF do Representante Legal:

151 - Profissão do Representante Legal:

152 - Renda mensal do titular da conta:

153 - Dados bancários:

154 - Conta poupança:

155 - Conta corrente:

156 - Agência:

157 - Conta:

158 - Agência:

159 - Conta:

160 - Nome completo do Representante Legal:

161 - CPF do Representante Legal:

162 - Profissão do Representante Legal:

163 - Renda mensal do titular da conta:

164 - Dados bancários:

165 - Conta poupança:

166 - Conta corrente:

167 - Agência:

168 - Conta:

169 - Agência:

170 - Conta:

171 - Nome completo do Representante Legal:

172 - CPF do Representante Legal:

173 - Profissão do Representante Legal:

174 - Renda mensal do titular da conta:

175 - Dados bancários:

176 - Conta poupança:

177 - Conta corrente:

178 - Agência:

179 - Conta:

180 - Agência:

181 - Conta:

182 - Nome completo do Representante Legal:

183 - CPF do Representante Legal:

184 - Profissão do Representante Legal:

185 - Renda mensal do titular da conta:

186 - Dados bancários:

187 - Conta poupança:

188 - Conta corrente:

189 - Agência:

190 - Conta:

191 - Agência:

192 - Conta:

193 - Nome completo do Representante Legal:

194 - CPF do Representante Legal:

195 - Profissão do Representante Legal:

196 - Renda mensal do titular da conta:

197 - Dados bancários:

198 - Conta poupança:

199 - Conta corrente:

200 - Agência:

201 - Conta:

202 - Agência:

203 - Conta:

204 - Nome completo do Representante Legal:

205 - CPF do Representante Legal:

206 - Profissão do Representante Legal:

207 - Renda mensal do titular da conta:

208 - Dados bancários:

209 - Conta poupança:

210 - Conta corrente:

211 - Agência:

212 - Conta:

213 - Agência:

214 - Conta:

215 - Nome completo do Representante Legal:

216 - CPF do Representante Legal:

217 - Profissão do Representante Legal:

218 - Renda mensal do titular da conta:

219 - Dados bancários:

220 - Conta poupança:

221 - Conta corrente:

222 - Agência:

223 - Conta:

224 - Agência:

225 - Conta:

226 - Nome completo do Representante Legal:

227 - CPF do Representante Legal:

228 - Profissão do Representante Legal:

229 - Renda mensal do titular da conta:

230 - Dados bancários:

231 - Conta poupança:

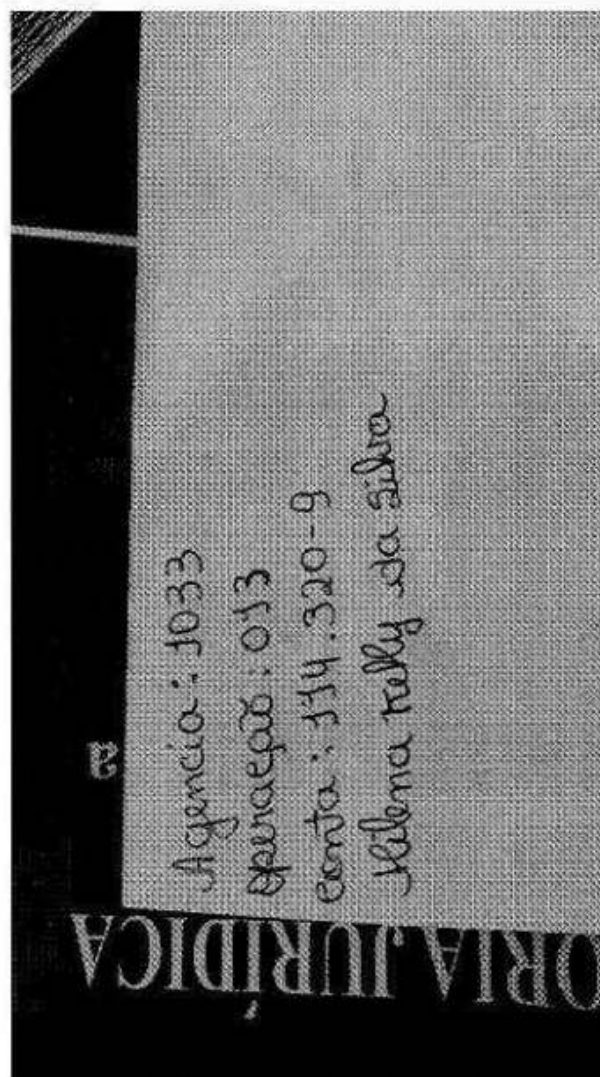
232 - Conta corrente:

233 - Agência:

234 - Conta:

235 - Agência:

236 - Conta:





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 Nº 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 Araújo 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 Laurentino Ferreira, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 23/12/1995 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Manoel de Oliveira Junior, Nº S/N, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Igreja Assembleia, na cidade de Bananeiras/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua do 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 Alvinho 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 à 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 Araújo 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00314.01.2019.1.00.420



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

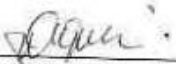


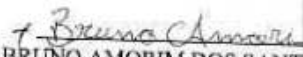
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Secre-
Seguranç

João Pessoa/PB, 06 de _____


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


BRUNO AMORIM DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00314.01 _____





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 Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Milena 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).

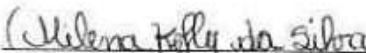
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante relata que trafegava na sua mão com o veículo/motocicleta, marca e modelo: HONDA/XR 250 TORNADO, AMNº 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 DRª 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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de dezembro de 2019.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MILENA KELLY DA SILVA
Notificante

Procedimento Policial: 00307.01.2019.1.00.420





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:

Recusado

8 - Endereço:

R - Manuel Luiz de O. Jr.

9 - Número:

576

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Bananeiras

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

16 - Tel/DDD:

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ 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 (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0038

CONTA:

58926

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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 de 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 -

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 12/12/19

Bruno Amorim dos Santos Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

710.397.224-10 Milena Kelly da Silva

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Cidade:

12 - Estado:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Telefone:

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, residing no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ 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 (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (levar os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3033

CONTA:

114.320

AGÊNCIA:

CONTA:

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 impedido 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 atenda 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 acima alegado, solicito a Seguradora LIDER a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na perícia médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas do Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 3º, § 1º, entendendo que esta autorização não significa a prévia contratação com a futura avaliação médica ou a renúncia a qualquer contestação, caso ocorra do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 - Graus 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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou:

rogação (a ração)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER, após a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por morte, a quem eu sou beneficiário, que se apresentar e eu não estiver ciente, estando morto, a Seguradora LIDER não terá obrigação de pagar a indenização devida ao beneficiário, conforme Lei 6.196/74, art. 3º, § 1º.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido:

37 - (1ª) Assinatura de quem assina a rogatória pedido:

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 12/12/19

Milena Kelly da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PS-001 V002/2019

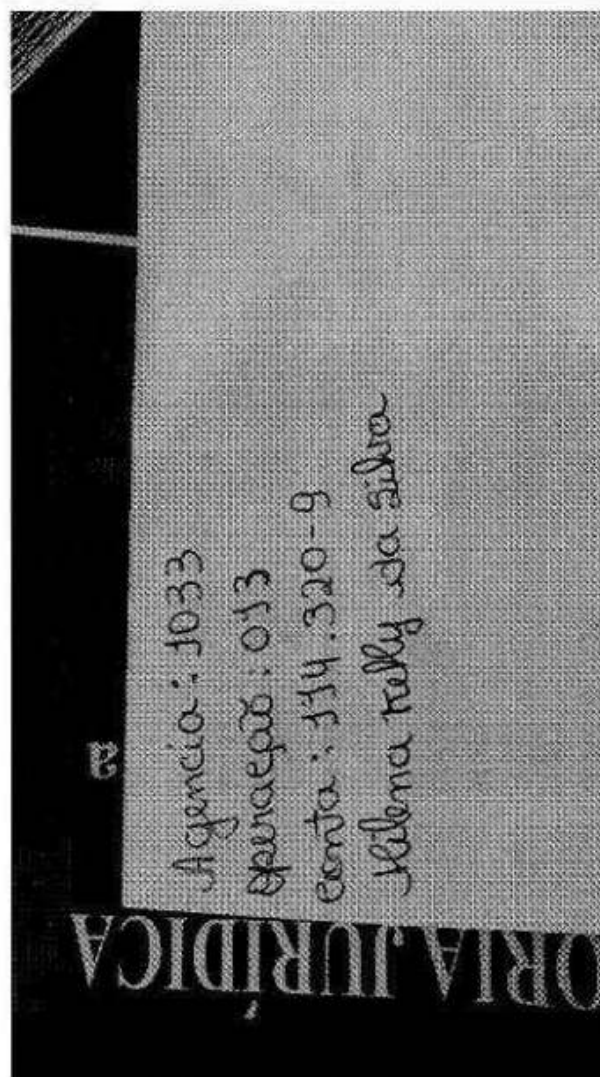


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863

Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 12





CERTIDÃO

Nº. 1579/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018


Médica da Vigilância a 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/5ª 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

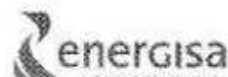


BOLETO PARA PAGAMENTO

Identificação com valor fixo.

Documento não é seqüencial de série.

Para garantir o simples pagamento da conta facilitada de energia elétrica. Nº 054.319.509



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 02.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.815.823-0

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 80840000002259				
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				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008705613	001106190201911	25/11/2019	R\$ 22,59	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA 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



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME SEU NÚMERO
MATRÍCULA

543527

REFERÊNCIA

NOV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável	
			Residencial	Comercial	Industria	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.	LIGADO		INATIVO			
ANTERIOR		ATUAL	CONSUMO (M3)		NÚM DE DIAS		PROXIMA LEITURA	
112		8	32				09/12/2019	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.								
OUT/2019	8	1	PARAMETROS		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	110	
MAI/2019	8	1	COL. TOTAIS		28	302	290	
MEDIA(M)		8	DADOS REFERENTES A: SET/2019					

DATA DA IMPRESSÃO: 11/11/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:42:17

DESCRIÇÃO	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



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HÍDRONE TIPO DE TARIFA: 1
ANORMALIDADE: HÍDROMETRO QUEBRADO

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/10/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA

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

82640000000 4 70100010001 9 00054352701 4 11201950003 5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:46:05

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411460287700000037261863>

Número do documento: 21020411460287700000037261863

Num. 39088764 - Pág. 18



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 83 | 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/SIBLITECAWEB/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 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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Jose Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024, 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Bruno Amarim dos S. Ferreira inscrito (a) no CPF sob o Nº 117.169.704, 07

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da Vítima

Bruno Amarim 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:

Rua Agente Fiscal José G. Duarte

Número:

157

Complemento:

Bairro:

Marabá

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP: 58056-384

E-mail:

Tel (DDD):

(83) 986634900

Local e Data:

João Pessoa - PB 12/12/19

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





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/BSIDOTCAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=26636>

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 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 ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

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

Milena Kelly da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 710.197.224/10

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Milena 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 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 G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

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

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 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

UF: PB
Cidade: JOAO PESSOA
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 144614 Atd: Nao Regular
Data: 14/07/2018
Hora: 01:01:03
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS S/
Clinica: ORTOPEdia

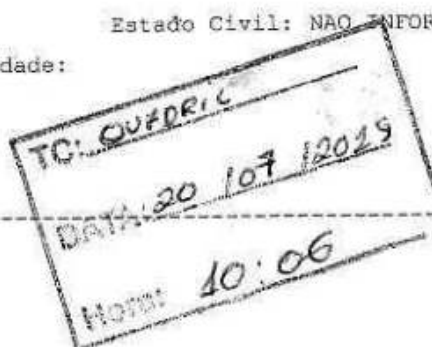
DADOS DO PACIENTE

Nome: ERUNO AMORIM DOS SANTOS FERREIRA
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 991309024
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/12/1995 Id: 22 ano(s)
Pai: MANOEL LUIZ DE OLIVEIRA JUNIOR, 00
Bairro: ZONA RURAL Cidade: BANANEIRAS UF: PB
Mãe: 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
Precedencia: HOSPITAL TRAUMA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Frontuario: 2018.07.001713

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:



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:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito

Lesão Principal: Pouco movimento do trauma
Observacao
Fracasso 1 fr fechado de omr do novo ESO.
Inferior de seu Antebraço e novo ESO.

Acumulado em MSE.

Imagem em MSE e MIE

Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Ex de Ombro e novo ESO: fr duplino do ulna ESO
fr duplino de Tíbia e fíbula ESO.

Diagnostico: Fr Fechado em omr do novo ESO

Fr fechados em Tíbia e fíbula ESO

Prescrição

- 1) Intans / Troc Alino.
- 2) Troc em MSE e MIE.
- 3) Spl m-op
- 4) Sutura

Horario da medicacao

Dr. João Paulo Primo
Ortopedista/Traumatologista
CRM 3848/TEOT 18506



Local e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Pcte em DDH sob raqui
- ② Assise + Disscp + CCE
- ③ Gortamento a nível de coxa (E

Incisão:

- ④ Incisões longitudinal medial em tibia/perna (E
- por plano ate o osso + hemostasia

Achados:

- ⑤ Fratura de tibia distal com desvio

Conduta:

- ⑥ Redução cruenta de fratura de tibia (E
- ⑦ Colocação de placa ORP de 10 pontos e
- fixação com parafusos corticais 10 pontos
- ⑧ Controle com slope
- ⑨ Sutura por plano
- ⑩ Curativo + Retiro gorte
- ⑪ RND

Fechamento:

OBS:

Dr. Indalécio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
CRM 6827 TEOT 14247
FUNAD/CNS 980016281349973

Data:

29/10/18

MÉDICO/CRM

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





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				CID	
FRATURA DE ULNA E					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O MESMO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
RAFI					
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					

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



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

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248
MÉDICO/CRM

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





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 Tarcísio 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2018

Elaborado por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 04/02/2021
Assinado por: SUELIO MOREIRA TORRES
CRM/PB 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Chilena 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: 1/1

QPD: _____

HDA: _____

Admissão no Lar de S. I. J. J.
Lar de S. I. J. J.
Do 1º, 2º e 3º P. J.

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
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] 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-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []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: _____

Conduta: _____

Carlos Augusto Rava
CRM-PB 6973





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Alciana Kelly da Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>26/04/18</u>	Cirurgião: <u>Alciana</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Roberto</u>		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Lesão do Torn. Extensor do P, 2º e 3º</u>					
<u>PDD</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Lesão do Torn. Extensor Longo e Curto</u>					
<u>do Ant. D + Lesão do Torn. Extensor</u>					
<u>Longo do 2º e 3º PDD + Lesão da Artéria</u>					
<u>Anterior do Ant. do 2º e 3º PDDs e</u>					
<u>Sus. Curto + Lesão de Nervos Vícios</u>					
<u>no Ant. do P.</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Torçozinha dos Torn. Ant.</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim				Descreva:	
2 () Não					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim					
2 () Não					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em DD 60° 30'
2. Anestesia + lavagem dos ferimentos do pé D. - Asbeto C

Incisão:

3. Anestesia local p/ dor na -
4. Anestesia p/ dor
5. Remoção de sutura c/ nylon

Achados:

1. Extensor longo do hân
2. Extensor curto do hân
3. Extensor longo do 2º c
6. Ferimento de pele c/ nylon

Conduta:

7. Curativo em 24h
8. Traj. Bota eubiotico os

Carlos Augusto Rêgo
CRM-PB 6943

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Chilena 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: 1/1/ _____

QPD: _____
HDA: Assunto do caso de S. I. I. I.
Leito de T. I. I. I. I.
De 10, 20 e 30 P. I. I.

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
[] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] 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-reposouso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] 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: _____

Conduta: _____

Carlos Augusto Rava
CRM-PB 6973

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Posição em DD SOB Pneu
2. Anestesia + lavagem dos ferimentos no Dorsal do Pé @ - Assento Corado -

Incisão:

3. Anestesia Local / Dorsal em torn
4. Anestesia por Pinos
5. Remoção de Sutura c/ Nlor 5.0 dos

Achados:

1. Extorção Lateral do Hínx
2. Extorção Cero do Hínx
3. Extorção Lateral do 2º e 3º PDD.
6. Fechamento da Pore c/ Nlor 5.0

Conduta:

7. Curativo emiti
8. Traj Bota Gesso sobre os Dorsos do Pé @

Carlos Augusto Rosa
CRM-PB 6943

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Alcena Kelly da Silva</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:
Data: <u>26/04/18</u>	Cirurgião: <u>Alcena</u>	EMP:	
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente:	
Anestesista: <u>Alceni - Roberto</u>	Tipo Anestesia:	Instrumentação:	
Horário:			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			
<u>Lesão do Tórax Extensor do 1º, 2º e 3º</u>			
<u>PDD</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			
<u>Lesão do Tórax Extensor Longo e Curto</u>			
<u>do Alar (D) + Lesão do Tórax Extensor</u>			
<u>Longo do 2º e 3º PDD + Lesão da Cefala</u>			
<u>Arterial do Duto do 2º e 3º PDDs e</u>			
<u>Sus Curvas + Lesão do Pênis e Vezes</u>			
<u>no Duto do 1º</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			
<u>Torrencia dos Tórax para</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () 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				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 12	SEXO F	COR 	CIDADE 	EST 24	LITO 402
DATA DE ADMISSÃO 26/04/18		DATA DE ALTA 28/04/18		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL LESÃO TENDÃO EXTENSOR J. 2º 3º PDD.				CID S.96	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo.					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES RX e EXAME FÍSICO					
PROCEDIMENTO REALIZADO: TENORRAFIA DE TENDÕES.					
TERAPÊUTICA 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					
CONDIÇÕES 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, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SENDO REALIZADA TENORRAFIA DOS TENDÕES EXTENSORES. EVOLUI COM MELHORIA EM CONDIÇÃO DE ALTA HOSPITALAR E CONTINUAÇÃO DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: LIVRE					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 10 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-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 PA ILAUA para retirada de pontos. Ao Ambulatório do PA ILAUA em 30 dias para revisão. 07/05/18					
DATA 28/04/18 Yury Cordeiro CRM/PA 41507 CRM MÉDICO / CRM					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					









VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.297.013
DATA DE EXPEDIÇÃO	22/11/2014
NOME	MILENA KELLY DA SILVA
FILIAÇÃO	JOSENEIDE FRANCISCA DA SILVA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	02/11/2000
DOC ORIGEM	NASC.N.8076 FLS.216 LIV.A-13
CARTORIO	JOÃO PESSOA-PB
710.197.224-10	
LEI Nº 7.116 DE 29-08-83	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE FAMILIAR
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / ORDEMADOR DE
2627718 289 PB

CPF 046.502.754-74 DATA NASCIM. 21/08/1987

PROFISSÃO
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

FORMADO NCC CATEG. 2

Nº REGISTRO 01651269660 VALIDEZ 16/01/2019 HABILITACÃO 29/06/2001

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

ASSINATURA DO PROFISSIONAL

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 17/01/2014

PROFISSIONAL
Rodrigo Carneiro
66588356744
28027819595

PROFISSIONAL PLASTIFICAR
894056231



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 (TENORRAFIA 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



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 (TENORRAFIA 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, profissão automotivo, residente e domiciliado à Rua Manuel L. de Oliveira Junior S/N bairro Centro Município de Barameinas Estado de(o) PA Cep: 58000-000 portador(a) do Rg nº 4.075-572 SSP/ PA e CPF nº 117.169.704-07

Outorgado: João Eduardo da Silva brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agentes Fiscal J. Costa Duarte 157 bairro Mangabeiras Município de João Pessoa Estado de(o) PA Cep: 53056-384 portador (a) do RG nº 1054582 SSP/ PA 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 invalidiz

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.

Barameinas 05 de Dezembro de 2019.



Bruno Amorim dos Santos Ferreira
Outorgante
CPF nº 117.169.704-07

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROCURAÇÃO

Outorgante: Milena Kelly da Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão gaseirista, residente e domiciliado à Rua dos Esportes, nº 280, bairro das Indústrias, Município de João Pessoa, PB, Estado de(o) PB, Cep: 53019-224, portador(a) do Rg nº 4.297.013, SSP/PB e CPF nº 730.197.224-10.

Outorgado: Alexsandra Cabral Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Carlos Duarte, nº 157, bairro Marcelino, Município de João Pessoa, PB, Estado de(o) PB, Cep: 53056-384, portador(a) do RG nº 2627718, SSP/PB e CPF nº 046.702.754-74.

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) Milena Kelly da Silva, ocorrido em 26/09/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial.

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.

João Pessoa, 04 de dezembro de 2019.

1º OFÍCIO
DISTRITAL

Milena Kelly da Silva
Outorgante
CPF nº 730.197.224-10

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

CPF: 710.197.224-10

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 26/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MILENA KELLY DA SILVA

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

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 26/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MILENA KELLY DA SILVA

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





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



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