



27/07/2020

Número: **0801595-50.2018.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **22/11/2018**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MICHELIE VIEIRA BANDEIRA (AUTOR)		ALBERG BANDEIRA DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32665 689	27/07/2020 10:58	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
32666 114	27/07/2020 10:58	<a href="#">2737212_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos
32666 117	27/07/2020 10:58	<a href="#">2737212_CONTESTACAO_Anexo_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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

---

**Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200196258**

**Vítima: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS**

**Data do Acidente: 07/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01171/01172 - carta\_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200196258

Vítima: BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

Data do Acidente: 07/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRENDA GEORGINA ALENCAR DE MATOS

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 15824306

Pag. 00227/00228 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020114



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Nº Sinistro: 3180326542

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180326542**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13124319

Pag. 01347/01348 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Nº Sinistro: 3180326542

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180326542**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01047/01048 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070524

Carta nº 13130438



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA  
Nº Sinistro: 3180326542  
Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA  
Data do Acidente: 18/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180326542**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00603/00604 - carta\_07 - INVALIDEZ



Carta nº 13507718





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO



0014

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

EU, MICHELE VIEIRA BONDEIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2-978-695 EXPEDIDO POR SSP-P2 EM 01/02/02 E

CPF 050924434-06 /CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO \_\_\_\_\_

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( \*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 0732 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 043 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00028841-3

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

Paula 18 de AGOSTO de 2017

LOCAL E DATA

Michèle Vieira Bondeira

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



### ATENÇÃO

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







**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 3170640823 CPF da Vítima: 056924434-06 Nome completo da vítima: MICHELE VIEIRA BANDEIRA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: MICHELE VIEIRA BANDEIRA CPF titular da conta: 056924434-06 Profissão: DESEMPREGADA  
Endereço: R. MARIA DE FATIMA F. FERNANDES DE ARAUJO Número: 345 Complemento: D  
Bairro: VIDA NOVA Cidade: TOUBAL Estado: PARNABA CEP: 58840-000  
Email: riquelme\_nilva@bol.com.br Telefone (DDD): (083) 9 9679 0783

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.: <u>0732</u> D/V: <u>013</u> CONTA NRO.: <u>00028841-3</u> D/V: <u>0/21</u>	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancas) BANCO Nome: _____ NRO: _____ AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TOUBAL, 07 de JUNHO de 2018

Local e Data

Michele Vieira Bandeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2020 10:58:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072710582099400000031285287>

Número do documento: 20072710582099400000031285287

18-JUN-2018 11:26 054328 171

520105004 11003 02001



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

3ª Superintendência Regional

19ª Delegacia Seccional

2ª Delegacia Distrital de Pombal

Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 608/2



Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **18/08/2017 – por volta das 09:20horas**

Local do ocorrido: **Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **08/09/2017– 10:10Horas**

**COMUNICANTE: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA, Filiação:** Martinho Vieira Bandeira e Maria Josefa da Conceição; **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** união estável; **Naturalidade:** João Pessoa-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 21/12/1985; **Endereço Residencial:** Rua Maria de Fátima F. França de Almeida, 345, Vida Nova -Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 996421991/**Portador de RG nº 2.978.695 SSP-PB.**

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor uma motocicleta HONDA /NXR 125 BROS KS – COR AZUL, ANO/MODELO - 2005, PLACA: **MNH0705/PB** – CHASSI: **9C2JD20105R011480**, licenciada em nome de MARIA DAS NEVES BARBOSA; Que trafegavam na avenida por trás do CEMAR, quando no cruzamento um veículo cruzou vindo a colidir com a lateral da motocicleta do comunicante; Que o veículo que provocou o acidente era um VOYAGE, conduzido pela pessoa de SABRINA COSTA; Que do acidente teve escoriações no membro inferior esquerdo que evoluiu como trombose venosa profunda, além de torção no tornozelo esquerdo; Que foi socorrido pelo SAMU para o hospital regional de Pombal-PB, em seguida transferido para o Hospital Universitário de João Pessoa-PB; Que testemunharam o fato as pessoas de: TALLES FORMIGA DO NESCIMENTO, RG 2724112 SSP-PB, residente a Rua João Lúcio Pereira, 260, jardim Rogério, Pombal-PB; E também testemunhou o fato a pessoa de FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA BRITO , RG 2831556 SSP-PB, residente a Rua Projetada, s/n, por trás do posto de combustíveis, Nova Vida III, Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Policia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 08 de SETEMBRO de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

**OBS:** A comunicante está cientificada das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Micheliê Vieira Bandeira

Tes. Talles Formiga do Nascimento

Tes. Francisco de Assis Barbosa Brito

Imprimir  
Renato de Sousa Lacerda  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 168345-4

23/11/2017 11:21 - 000103386 - SEGURANÇA LIDER DEPART - 000000277056



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
3ª Superintendência Regional  
19ª Delegacia Seccional  
2ª Delegacia Distrital de Pombal  
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 608/2**



Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **18/08/2017 – por volta das 09:20horas**

Local do ocorrido: **Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **08/09/2017– 10:10Horas**

**COMUNICANTE: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA, Filiação:** Martinho Vieira Bandeira e Maria Josefa da Conceição; **Profissão:** autônomo; **Estado Civil:** união estável; **Naturalidade:** João Pessoa-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 21/12/1985; **Endereço Residencial:** Rua Maria de Fátima F. França de Almeida, 345, Vida Nova -Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 996421991/**Portador de RG nº 2.978.695 SSP-PB.**

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor uma motocicleta HONDA /NXR 125 BROS KS – COR AZUL, ANO/MODELO - 2005, PLACA: **MNH0705/PB** – CHASSI: **9C2JD20105R011480**, licenciada em nome de MARIA DAS NEVES BARBOSA; Que trafegavam na avenida por trás do CEMAR, quando no cruzamento um veículo cruzou vindo a colidir com a lateral da motocicleta do comunicante; Que o veículo que provocou o acidente era um VOYAGE, conduzido pela pessoa de SABRINA COSTA; Que do acidente teve escoriações no membro inferior esquerdo que evoluiu como trombose venosa profunda, além de torção no tornozelo esquerdo; Que foi socorrido pelo SAMU para o hospital regional de Pombal-PB, em seguida transferido para o Hospital Universitário de João Pessoa-PB; Que testemunharam o fato as pessoas de: TALLEs FORMIGA DO NESCIMENTO, RG 2724112 SSP-PB, residente a Rua João Lúcio Pereira, 260, jardim Rogério, Pombal-PB; E também testemunhou o fato a pessoa de FRANCISCO DE ASSIS BARBOSA BRITO , RG 2831556 SSP-PB, residente a Rua Projetada, s/n, por trás do posto de combustíveis, Nova Vida III, Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 08 de SETEMBRO de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

**OBS:** A comunicante está cientificada das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Micheliê Vieira Bandeira

Tes. Talles Formiga do Nascimento

Tes. Francisco de Assis Barbosa Brito

Suelio Moreira Torres  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 168345-4

23/11/2017 11:21 - 000103986 - SEGURANÇA LIDER DEPART. 12/10/2017 10:20 - 000000277056



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, MICHELE VIEIRA BONDINA, portador da carteira de identidade nº 2.978.695 e inscrito no CPF/ME sob o nº 056.924.434-06, residente e domiciliado na RUA MÃE DE FÁTIMA F. FRANÇA BAIRRO NOVA VILA 1º ANO Cidade POMBAL Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Michele Vieira Bondina

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

18/08/2011 POMBAL - PB

Local e data

28/11/2017 11:21 - 910108865 SEGURADORA LIDER DPVAT

SEGURADORA LIDER DPVAT 5 17/10/2017 16:20 - 0000002770622



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MICHELE VIEIRA BANDEIRA, portador da carteira de identidade nº 2.978.695 e inscrito no CPF/MF sob o nº 056.924.434-06, residente e domiciliado na RUA MÃ DE FÁTIMA F. FRANÇA BOMBAZAL - POMBAL, Cidade POMBAL, Estado PARANÁ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Michele Vieira Bandeira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

18/08/2011 POMBAL - PR

Local e data

28/11/2017 11:21 - 000108885 - SEGURADORA LIDER DPVAT

SEGURADORA LIDER DPVAT 5 12/10/2017 18:20 - 00000277062





Prefeitura Municipal de Pombal  
Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU 192 Regional - Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB 05

Prefeitura de POMBAL

Trauma



IDENTIFICAÇÃO OCORRÊNCIA	
Data: 18.08.17	Ocorrência: <u>Colisão motor carro</u>
Paciente / Usuário: <u>Micheliê Zheira Bandeira</u>	Idade: <u>31</u>
Local da Ocorrência: <u>Rua Johnson Nobre</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Apelo no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agência de Trânsito <input type="checkbox"/> Outros: <u>Unidade de Saúde</u>	Medico Regulador: <u>Heleno</u>
OTI: MOTIVO: <u>Colisão motor carro</u>	

DESTINO	
LOCAL 1: <u>HUP - Pombal</u>	RESPONSÁVEL: <u>Dr. Suelio Moreira Torres</u>
LOCAL 2: _____	RESPONSÁVEL: _____

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA):	ANTECEDENTES
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO - OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	MEDICAMENTOS: _____ PATOLOGIA(S): _____ ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____ VACINAS: _____

EXAME FÍSICO	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> HALITO ETÍLICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SÓLIDO	
FUNÇÃO MOTORA: <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
PELE E MUCOSAS: <input type="checkbox"/> PALIDO <input type="checkbox"/> ICTERICO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> SUDORÉICA <input type="checkbox"/> PETÊQUAS <input type="checkbox"/> EQUIMOSAS <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> ENTUPIMENTO DAS ASAS DO NARIZ <input type="checkbox"/> MV+ <input type="checkbox"/> MV-	
<input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMÓPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TAQUICÁRDIA <input type="checkbox"/> BRADICÁRDIA <input type="checkbox"/> ASSISTÓIA <input type="checkbox"/> SCF <input type="checkbox"/> PULSOS - NORMAIS <input type="checkbox"/> PULSO HIPÓFORMES	
SISTEMA DIGESTÓRIO: DIETA: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> VVO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE / ABDOME: <input type="checkbox"/> ELÉDROSO <input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> DOLOR A PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-	
<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DORREN <input type="checkbox"/> DORRENTERIA <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE <input type="checkbox"/> NAUSEAS <input type="checkbox"/> VÔMITOS OUTRO: _____	
SISTEMA RENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISÚRIA <input type="checkbox"/> POLACÚRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	
<input type="checkbox"/> SVO DZ: _____	
QUEIXA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> DOR LOCAL: _____	PARÉSTESIA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> OUTRA: _____	

EXAME FÍSICO	
VVAA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA: _____ °C GLICEMIA CAPILAR: <u>113</u> mg/dl	
FR: <u>99</u> % / SpO2 SEM O2: <u>99</u> % / SpO2 COM O2: _____ % FC: <u>101</u> bpm PA: <u>160x100</u> mmHg PERFUSÃO: <input type="checkbox"/> < 2s <input type="checkbox"/> > 2s	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO: ☐ ENFERMEIRO ☐ TÉCNICO EM ENFERMAGEM

USB 05 anexada para atendimento de paciente vítima de acidente  
colisão motor carro. O encontramos em decubito lateral, consciente  
querendo verbalizar, queixando-se dor em tornozelo (D) e braço  
(E). Feito imobilização conforme protocolo, colar cervical, mancha  
vermelha, talas. Feito AUP com SRA. Encaminhado ao HUP. Retor-  
namos a Base.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)	
ENFERMEIRO: <u>Glátima Alves</u>	COREN: <u>265992</u>
CONDUZIR SOCORRISTA: <u>Flávio Caldas</u>	COREN: _____
SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____	
MÉDICO (VISTO): _____	

23/11/2017 11:21 - 000108387 SEGURADORA LIOER DPURT 10-23-0001002770157



**RELAÇÃO DOS PERTENCES:**

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CNPJ	TÍTULO DE ELEITOR	HABITUAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:	MODELO:	MARCA:	MODELO:		
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	OUTROS:	
CARTÕES DE BANCO:	1	2	3	NOMES DO BANCO:		
DINHEIRO EM ESPÉCIE:	VALOR R\$					
CAÇADOS (MARCA):	RELÓGIO (MARCA):		ANELS (QUANTIDADE):			
BRINCOS (QUANTIDADE):	PULSEIRAS (QUANTIDADE):		OUTROS:			
<b>DADOS DO RECEBEDOR</b>						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES:						
SETOR:						
FUNÇÃO:						
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
MAS 100mg		COOL (PINCETA) 50cm	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 20ml		ATADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO OCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
DIPIRONA 1g		FITA DE GLUCEMIA CAPILAR (CÓDIGO 50)	
ESCOPIOLAMINA (HEOSCINA)		GARROTE	
ESCOPIOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100unid)	
FUROSEMIDA		JELCO Nº	
GLICOSE 50%		LÂNCOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORDIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLOGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS			

( ) ATENDIMENTO NO LOCAL ( ) RECUSA

NOME:	RG:
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:







**RELAÇÃO DOS PERTENCES:**

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CNP	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:	MODELO:	MARCA:	MODELO:		
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIFE CARD	OUTROS:	
CARTÕES DE BANCO	1	2	3	NOMES DO BANCO		
DINHEIRO EM ESPÉCIE	VALOR R\$					
CAÇADOS (MARCA):	REGIÃO (MARCA):		ANÉIS (QUANTIDADE):			
BRINÇOS (QUANTIDADE):	PULSEIRAS (QUANTIDADE):		OUTROS:			
<b>DADOS DO RECEBEDOR</b>						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES:						
SÓCIO: FUNÇÃO:						
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT	MATERIAS	QUANT
ASA 100mg		ECGOL (PINCETA) 50ml	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 100ml		AJADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO ÓCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROSCOPAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROSCOPAS	
CHLORFENACOL 75mg		ESPIRADORIO	
CHLORFENACOL 1g		FITA DE GLICEM A CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPOLOAMINA (HIOXICINA)		GARROTE	
ESCOPOLOAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMPL)		GARROTE (PACOTE)	
HEMOTEROL GOTAS		GASE NAO ESTERIL (PACOTE COM 100um)	
FIROSEMIDA		JELCO Nº	
GLUCOSE 50%		LANCET (DESCARTAVEL)	
HIDROCORTISONA 100mg		LUA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUA ESTERIL Nº	
IPRATROPIA GOTAS		MASCARA DESCARTAVEL	
ISORDIL 5mg		SCAP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLUCOSE 4.5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA			
TETRASTALINA			
OUTROS			

1 | ATENDIMENTO NO LOCAL | 1 RECUSA

NOME:	RG:
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, MICHELLE VIEIRA BAUDEIRA

RG nº 2.978.695, data de expedição 01/02/2002 Órgão SSP-PB

CPF nº 056.924.434-06, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RA DE FÁTIMA F. F. M. VES</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>1º ANDAR</u>
Bairro	<u>VILA NOVA</u>
Cidade	<u>POURAL</u>
Estado	<u>PARNABA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POURAL - PB 18 AGOSTO 2017

Assinatura do Declarante: MICHELLE VIEIRA BAUDEIRA

23/11/2017 11:21 - 000188882 SEGURANÇA LIDER DEPART

SEGURANÇA LIDER DEPART 5 17/10/2017 10:20 - 000000277061



# CONTRATO DE LOCAÇÃO

Os signatários deste instrumento, de um lado **JOSE ALVES FETOSA FILHO**  
qualificação **LOCADOR**, CNPJ (C.P.F.) **191276774-00**  
e, de outro lado **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**  
qualificação **LOCATÁRIO**, CNPJ (C.P.F.) **056.924.434-06 RG, 2.918.095 SSP PB**  
têm justo e contratado o seguinte, que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:

O primeiro nomeado aqui chamado "o locador", sendo proprietário do **IMÓVEL RESIDENCIAL**  
sita nesta **CIDADE DE JOMBAL RUA MAFATIMA F. FRANÇA NOVA VIDA 5º ANDAR**  
ao segundo, aqui designado "o locatário", mediante as cláusulas e condições adiante estipuladas, ou sejam:

1ª - O prazo de locação é de **01 ANO** ( ) meses a partir de **01/07/2016**  
e a terminar em **01/07/2017**  
data em que o locatário se obriga a restituir o imóvel completamente desocupado, no estado em que o recebeu, independentemente de Notificação ou Interpelação Judicial, ressalvada a hipótese de prorrogação da locação, o que somente se fará por escrito.

§ único: Caso o locatário não restitua o imóvel no fim do prazo contratual, pagará enquanto estiver na posse do mesmo, o aluguel mensal reajustado nos termos da Cláusula Décima-Quinta, até a efetiva desocupação do imóvel objeto deste instrumento;

2ª - O aluguel mensal é de **350,00** (TREZENTOS E CINQUENTA  
**REAS COM BASE NO ÍNDICE DO SALÁRIO MÍNIMO**), que o locatário se  
compromete a pagar pontualmente, até o dia **01 DE CADA MÊS SUBSEQUENTE AO**  
**VENCIDO**, na residência do locador ou de seu representante;

3ª - O locatário, salvo as obras que importem na segurança do imóvel, obriga-se por todas as outras, devendo trazer o imóvel  
locado em boas condições de higiene e limpeza, com os aparelhos sanitários e de iluminação, fogão, papéis, pintura, telhados, vidraças,  
mármores, fechos, torneiras, pias, banheiros, ralos e demais acessórios em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assim,  
restituí-los quando findo ou rescindido, este contrato sem direito a retenção ou indenização por quaisquer benfeitorias, ainda que necessárias,  
as quais ficarão desde logo incorporadas ao imóvel;

4ª - Obriga-se mais o locatário a satisfazer a todas as exigências dos Poderes Públicos, a que der causa, e a não transferir este  
contrato, nem fazer modificações ou transformações no imóvel sem autorização escrita do locador;

5ª - O locatário desde já faculta ao locador examinar ou visitar o imóvel locado quando entender conveniente;

6ª - O locatário também não poderá sub-locar nem emprestar o imóvel no todo ou em parte, sem proceder convenientemente por  
escrito do locador; devendo, no caso deste ser dado, agir oportunamente junto aos ocupantes, a fim de que o imóvel esteja desimpedido  
no término do presente contrato;

7ª - No caso de desapropriação do imóvel locado, ficará o locador desobrigado por todas as cláusulas deste contrato, ressalvada  
ao locatário, tão somente, a faculdade de haver do poder desapropriante a indenização a que, por ventura, tiver direito;

8ª - Nenhuma intimação do Serviço Sanitário será motivo para o locatário abandonar o imóvel ou pedir a rescisão deste con-  
trato, salvo procedendo via judicial, que apure estar a construção ameaçando ruína;

9ª - Para todas as questões resultantes deste contrato, será competente o foro da situação do imóvel, seja qual for o domicílio  
dos contratantes;

10ª - Tudo quanto for devido em razão deste contrato e que não comporte o processo executivo, será cobrado em ação compe-  
tente, ficando a cargo do devedor, em qualquer caso, os honorários do advogado que o credor constituir para ressalva dos seus direitos;

11ª - No caso de morte, falência ou insolvência do **locador**, o locatário será obrigado dentro de 30 dias a dar  
substituto idôneo, a juízo do locador, sob pena de incorrer na cláusula seguinte;

12ª - Fica estipulado a multa de ..... na qual incorrerá a parte que  
infringir qualquer cláusula deste contrato; com a faculdade, para a parte inocente, de poder considerar simultaneamente rescindida a locação,  
independentemente de qualquer formalidade;

13ª - Assina ..... também o presente, solidariamente com o locatário por todas as obrigações acima exaradas, o .....  
Sr. ....  
qualificação .....  
CNPJ (C.P.F.) .....  
Cônjuge .....  
cuja responsabilidade, entretanto, perdurará até a entrega, real e efetiva das chaves do imóvel locado;

14ª - Quaisquer estragos ocasionados ao imóvel e suas instalações, bem como as despesas a que o proprietário for obrigado por  
eventuais modificações feitas no imóvel pelo locatário, não ficam compreendidas na multa da cláusula 12ª, mas serão pagas à parte;



16º) - Estabelecem as partes contratantes que, para reforma ou renovação deste contrato, as partes interessadas se notificarão mutuamente, com antecedência nunca inferior a cinco e vinte dias, findo este prazo, considera-se como desinteressante para o locatário, a sua continuação no imóvel ora locado, devendo o mesmo entregar as suas chaves ao locador, impreterivelmente no dia do vencimento deste contrato;

17º) - O imóvel, objeto de locação, destina-se exclusivamente a ..... não podendo ser mudada a sua destinação sem o consentimento expresso do locador;

18º) - Na hipótese de ocorrer a prorrogação desta locação, o aluguel mensal será reajustado de acordo com o índice de reajustamento que seja considerado oficial, de acordo com a legislação em vigor na época da eventual prorrogação deste contrato. O locatário concorda, desde já, com esse sistema de reajustamento do aluguel;

19º) - O locatário se obriga a pagar as despesas de telefone e de consumo de força, luz e gás, água e esgoto; e as despesas ordinárias de condomínio;

20º) - A falta de pagamento, nas épocas supras determinadas, dos aluguéis e encargos, por si só constituirá o locatário em mora, independentemente de qualquer Notificação, interpelação ou aviso extra-judicial;

21º) - Se o locador admitir, em benefício do locatário, qualquer atraso no pagamento do aluguel e demais despesas que lhe incumba, ou no cumprimento de qualquer outra obrigação contratual, essa tolerância não poderá ser considerada como alteração das condições deste contrato, nem dará ensejo à invocação do Artigo 1.503 - inciso I do Código Civil Brasileiro, por parte do locador, pois se constituirá em ato de mera liberalidade do locador;

E por assim terem contratado, assinam o presente, em .....<sup>02</sup>..... vias, em presença das testemunhas abaixo:

#### TESTEMUNHAS:

#### REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Apresentado hoje para registro e apontado sob

o Nº de ordem ..... do

protocolo A. Nº .....

Registrado sob o Nº de ordem .....

do livro ..... Nº ..... de registro .....

..... de .....

*KOMBAL*

*01 de JULHO*

*2016*

*Kethelê Vieira Bandeira*



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MICHELLE VIEIRA BANDEIRA

RG nº 2978695, data de expedição 01/02/2002 Órgão SSP-PB

CPF nº 05692443406, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DE FÁTIMA F. FRAVES</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>1º ANDAR</u>
Bairro	<u>VILA NOVA</u>
Cidade	<u>POURAL</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58840-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: POURAL - PB 18 AGOSTO 2017

Assinatura do Declarante: MICHELLE VIEIRA BANDEIRA

23/11/2017 11:21 - 000106882 - SEGURANÇA LÍDER DPART

SEGURANÇA LÍDER: DEPART 5 17/10/2017 10:20 - 000000277051



# CONTRATO DE LOCAÇÃO

Os signatários deste instrumento, de um lado **JOSE ALVES FEITOSA FILHO**  
qualificação **LOCADOR.** CNPJ (C.P.F.) **191276774-00**  
e, de outro lado **MICHELIE VIEIRA BANDAIRA**  
qualificação **LOCATÁRIO** CNPJ (C.P.F.) **056.924.434-06 RG. 2.948.095 SSP-PB**  
têm justo e contratado o seguinte, que mutuamente aceitam e outorgam, a saber:  
O primeiro nomeado aqui chamado "o locador", sendo proprietário do **IMÓVEL RESIDENCIAL**  
sito nesta **CIDADE DE JOMBAL RUA M<sup>te</sup> FÁTIMA F. FRANÇA NOVA VIDA S<sup>o</sup> ANDA<sup>r</sup>**  
ao segundo, aqui designado "o locatário", mediante as cláusulas e condições adiante estipuladas, ou sejam:  
1<sup>a</sup> - O prazo de locação é de **01** ( **ANO** ) meses a partir de **01/07/2016**  
e a terminar em **01/07/2017**  
data em que o locatário se obriga a restituir o imóvel completamente desocupado, no estado em que o recebeu, independentemente de Notificação ou Interposição Judicial, ressalvada a hipótese de prorrogação da locação, o que somente se fará por escrito.  
§ Único: Caso o locatário não restitua o imóvel no fim do prazo contratual, pagará enquanto estiver na posse do mesmo, o aluguel mensal reajustado nos termos da Cláusula Décima Oitava, até a efetiva desocupação do imóvel objeto deste instrumento;  
2<sup>a</sup> - O aluguel mensal é de **350,00** ( **TREZENTOS E CINQUENTA** )  
**Reais com base no índice do salário mínimo**, que o locatário se compromete a pagar pontualmente, até o dia **01 DE CADA MÊS SUBSEQUENTE AO VENCIDO**  
na residência do locador ou de seu representante;  
3<sup>a</sup> - O locatário, salvo as obras que importem na segurança do imóvel, obriga-se por todas as outras, devendo trazer o imóvel locado em boas condições de higiene e limpeza, com os aparelhos sanitários e de iluminação, fogão, papeis, pintura, telhas, vidraças, mármore, lechos, torneiras, dias, banheiros, ralos e demais acessórios em perfeito estado de conservação e funcionamento, para assim, restituir quando findo ou rescindido, este contrato sem direito a retenção ou indenização por quaisquer benfeitorias, ainda que necessárias, as quais ficarão desde logo incorporadas ao imóvel;  
4<sup>a</sup> - Obriga-se mais o locatário a satisfazer e todas as exigências dos Poderes Públicos, a que der causa, e a não transferir este contrato, nem fazer modificações ou transformações no imóvel sem autorização escrita do locador;  
5<sup>a</sup> - O locatário desde já faculta ao locador examinar ou visitar o imóvel locado quando entender conveniente;  
6<sup>a</sup> - O locatário também não poderá sub-locar nem emprestar o imóvel no todo ou em parte, sem preceder consentimento por escrito do locador; devendo, no caso deste ser dado, agir oportunamente junto aos ocupantes, a fim de que o imóvel esteja desimpedido no término do presente contrato;  
7<sup>a</sup> - No caso de desapropriação do imóvel locado, ficará o locador desobrigado por todas as cláusulas deste contrato, ressalvada ao locatário, tão somente, a faculdade de haver do poder desapropriante a indenização a que, por ventura, tiver direito;  
8<sup>a</sup> - Nenhuma intimação do Serviço Sanitário será motivo para o locatário abandonar o imóvel ou pedir a rescisão deste contrato, salvo procedendo via judicial, que apure estar a construção ameaçando ruína;  
9<sup>a</sup> - Para todas as questões resultantes deste contrato, será competente o foro da situação do imóvel, seja qual for o domicílio dos contratantes;  
10<sup>a</sup> - Tudo quanto for devido em razão deste contrato e que não comporte o processo executivo, será cobrado em ação competente, ficando a cargo do devedor, em qualquer caso, os honorários do advogado que o credor constituir para ressalva dos seus direitos;  
11<sup>a</sup> - No caso de morte, falência ou insolvência do ..... fiador ..... o locatário será obrigado dentro de 30 dias a dar substituto idôneo, a juízo do locador, sob pena de incorrer na cláusula seguinte;  
12<sup>a</sup> - Fica estipulado a multa de .....  
na qual incorrerá a parte que infringir qualquer cláusula deste contrato; com a faculdade, para a parte inocente, de poder considerar simultaneamente rescindida a locação, independentemente de qualquer formalidade;  
13<sup>a</sup> - Assina ..... também o presente, solidariamente com o locatário por todas as obrigações acima exaradas, o .....  
Sr. ....  
qualificação .....  
CNPJ (C.P.F.) .....  
Cônjuge .....  
cuja responsabilidade, entretanto, perdurará até a entrega, real e efetiva das chaves do imóvel locado;  
14<sup>a</sup> - Quaisquer estragos ocasionados ao imóvel e suas instalações, bem como as despesas a que o proprietário for obrigado por eventuais modificações feitas no imóvel pelo locatário, não ficam compreendidas na multa da cláusula 12<sup>a</sup>, mas serão pagas à parte.



16ª) - Estabelecem as partes contratantes que, para reforma ou renovação deste contrato, as partes interessadas se notificarão mutuamente, com antecedência nunca inferior a cento e vinte dias, findo este prazo, considera-se como desinteressante para o locatário, a sua continuação no imóvel ora locado, devendo o mesmo entregar as suas chaves ao locador, impreterivelmente no dia do vencimento deste contrato;

17ª) - O imóvel, objeto de locação, destina-se exclusivamente a ..... não podendo ser mudada a sua destinação sem o consentimento expresso do locador;

18ª) - Na hipótese de ocorrer a prorrogação desta locação, o aluguel mensal será reajustado de acordo com o índice de reajustamento que seja considerado oficial, de acordo com a legislação em vigor na época da eventual prorrogação deste contrato. O locatário concorda, desde já, com esse sistema de reajustamento do aluguel;

19ª) - O locatário se obriga a pagar as despesas de telefone e de consumo de força, luz e gás, água e esgoto; e as despesas ordinárias de condomínio;

20ª) - A falta de pagamento, nas épocas supras determinadas, dos aluguéis e encargos, por si só constituirá o locatário em mora, independentemente de qualquer Notificação, interpelação ou aviso extra - judicial;

21ª) - Se o locador admitir, em benefício do locatário, qualquer atraso no pagamento do aluguel e demais despesas que lhe incumba, ou no cumprimento de qualquer outra obrigação contratual, essa tolerância não poderá ser considerada como alteração das condições deste contrato, nem dará ensejo à invocação do Artigo 1.503 - inciso I do Código Civil Brasileiro, por parte do fiador, pois se constituirá em ato de mera liberalidade do locador;

E por assim terem contratado, assinam o presente, em 02 vias, em presença das testemunhas abaixo.

#### TESTEMUNHAS:

#### REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Apresentado hoje para registro e apontado sob

Registrado sob o N° de ordem .....

o N° de ordem ..... do

do livro ..... N° ..... de registro .....

protocolo A. N° .....

..... de .....

POMBAL

01 de JULHO

2016

Xelcheli Vieira Bandeira









## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Neves Barleira  
RG nº 188358, data de expedição 20/05/1993 Órgão SSPD, portador  
do CPF nº 95197788452, com domicílio na cidade de Capanzeira, no  
Estado de Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio nº 9/N, complemento Casa, declaro, sob as penas  
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do  
acidente ocorrido com a vítima Michelle Vieira Bandeira

Veículo: Moto  
Ano: 2005  
Modelo: Honda / NXR 125 BrosKS  
Placa: MNH 0703  
Chassi: 9C28D2D105 RD11480  
Data do Acidente: 18-08-17

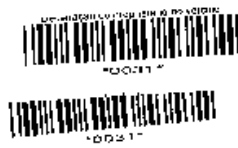
Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante

Maria das Neves Barleira  
não Alfabetizada

SECRETARIA LIDER, DPVAT 5 17/10/2017 10:20 - 000000277054





### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Neves Barleira  
RG nº 18.3358, data de expedição 20/05/1992 Órgão SS-PO, portador  
do CPF nº 95197788453, com domicílio na cidade de Carnaubeira, no  
Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Bitio nº S/N, complemento Casa, declaro, sob as penas  
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do  
acidente ocorrido com a vítima Michelle Xuxa Bandeira

Veículo: Moto  
Ano: 2005  
Modelo: Honda/NXR 125 GRSKS  
Placa: MVA 0705  
Chassi: 9C28020105 RD11480  
Data do Acidente: 18.08.17

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante

Maria das Neves Barleira

20/11/2017 10:20:27 - 600000277054

SEQUIPACER 2.00R CP-4HT 5 17/10/2017 10:20 - 600000277054







## RESUMO DE ALTA

Referência e Contra Referência - CCIH



Nome:	Michelle Vieira Bandeira	N.º Prontuário	58485483	N.º Reg.	
Idade:	31	Sexo:	M	CSE:	
		Clinica:	Vascular	Enf:	215
				Leito:	02

DATA DA EMISSÃO:	24/08/17	DATA DA ALTA:	31/08/17	TEMPO DE PERMANÊNCIA:	08 dias
DIAGNÓSTICO INICIAL:	Trauma + Infecção PEI			C.I.D.	23/12/2017 11:22 - 0001 (EBSER)
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	TVP				
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:	Ciprofloxacino 400mg; Clindamicina 600mg; Rilexane 60mg				
DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					

CONDIÇÕES DE ALTA:

☒ MELHORANDO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES)

Paciente vítima de acidente automobilístico (motorista) com trauma em membro inferior esquerdo que evoluiu com trombose venosa profunda confirmada por USG Doppler. Realizou desbridamento da necrose e anticoagulação plena durante internação. Recebeu alta hospitalar em bom estado geral, com prescrição de anticoagulação por 90 dias.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Repouso relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades sem esforços físicos em \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades com esforços físicos leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforços mais pesados em \_\_\_\_\_ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o serviço de cirurgia do Hospital Universitário.

RETORNO:

- Ao ambulatório de EGRESSOS em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
- Ao ambulatório de \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_

Data: 31/08/2017



Dr. João Daniel Martins  
Médico  
Residência Cirurgia Geral  
RUB. 778  
Ass. Médico/CRM

RESUMO DE ALTA - 019-2015

REPROGRAFIA

SEJA REPODER LIDER DPURT 5 17/10/2017 10:20 - 0000027055



 <b>RECEITUÁRIO</b> 	
Nome do Paciente: <u>Michelle Vieira Bandeira</u>	
Data: <u>31/08/17</u>	Prontuário: <u>59485483</u>
Para marcação de exames, consultas e cirurgias:  - PSF do seu Bairro  - Secretaria de saúde do seu município  #  Urgências:  - SAMU 192  - Corpo de Bombeiros 193	<p><u>Uso oral</u></p> <p>① Xarelto 15mg ————— 42cp          Tomar 01 cp a 12h durante          21 dias.</p> <p>② Xarelto 20mg ————— 69cp          Tomar 01 cp 1x ao dia a partir          do 22º dia até 90 dias.</p> <p>③ Ciprofloxacino 500mg ————— 12cp          Tomar 01 cp 12/12h durante 6          dias</p> <p>Dr. Francisco <i>[Assinatura]</i>          CRP 253875          CPM 253875          CNPJ - 15.126.437/0017-00          CAMPUS - SM - CIDADE UNIVERSITÁRIA - CEP: 38050-760</p>

25/11/2017 11:22 - 000108892 SEBASTIÃO LIDER DPRINT



SEBASTIÃO LIDER DPRINT 5 17/10/2017 10:20 - 000000277058

Receituário Simples - 058-2017 - Representação

UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE  
 QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero





 <b>HULW</b> HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY		<b>RESUMO DE ALTA</b> Referência e Contra Referência - CCIH		 <b>EBSER</b> HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY	
Nome: <u>Michellie Viana Bandeira</u>		N.º Prontuário: <u>58485483</u>		N.º Reg.:	
Idade: <u>31</u>	Sexo: <u>M</u>	USE:	Clinica: <u>Vascular</u>	Enf.: <u>215</u>	Leito: <u>02</u>
DATA DA EMISSÃO: <u>24/08/17</u>		DATA DA ALTA: <u>31/08/17</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>08 dias</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Trauma + Infecção Pele</u>				C.I.D.:	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>TVP</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: <u>Ciprofloxacina 400mg; Clindamicina 600mg; Clexane 60mg</u>					
DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÕES DE ALTA:					
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORANDO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES)					
<p><u>Paciente vítima de acidente automobilístico (motociclista) com trauma em membro inferior esquerdo que evoluiu com trombose venosa profunda confirmada por USG Doppler. Realizou desbridamento da necrose, anticoagulação plena durante internação. Recebeu alta hospitalar em bom estado geral, com prescrição de anticoagulação por 90 dias.</u></p>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:					
REPOUSO: Repouso relativo em casa por _____ dias					
Retorno às atividades sem esforços físicos em _____ dias					
Retorno às atividades com esforços físicos leve em _____ dias e com esforços mais pesados em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o serviço de cirurgia do Hospital Universitário.					
RETORNO:					
Ao ambulatório de EGRESSOS em _____ para retirada de pontos.					
Ao ambulatório de _____ em _____					
Data: <u>31.08.2017</u>		Ass. Médico Residência Cirurgia Geral RUA PB.77/8 Ass. Médico/CRM			

SERVIÇO DE LIDER: NÚMERO 5 17/10/2017 10:23 - 00000027055

RESUMO DE ALTA - 010-2015

REPRODUÇÃO





Nome do Paciente:

Michelle Vieira Bondeiro

Data:

31/08/17

Prontuário:

57485483

Para  
marcação  
de  
exames,  
consultas  
e  
cirurgias.

- PSF do  
seu bairro

Secretaria  
de saúde  
do seu  
município

Urgências:

- SAMU  
192

- Corpo de  
Bombeiros  
193

Uso oral

① Xarelto 15mg ————— 42cp  
Tomar 01 cp 12/12h durante  
21 dias.

② Xarelto 20mg ————— 69cp  
Tomar 01 cp 1x ao dia a partir  
do 22º dia até 90 dias.

③ Eprofloxacina 500mg ————— 12cp  
Tomar 01 cp 12/12h durante 6  
dias

Dr. Francisco  
CEN 253875  
005.003875

CNPJ - 15.126.437/0001-38

CAMPUS - SAN - CIDADE UNIVERSITÁRIA - CEP. 58050-050

Receituário Simples - 153-2011 - Reaprovado

UM MEDICAMENTO NÃO É MAIS FORTE

QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero

25/10/2017 11:22 - 030108692 - SECRETARIA LIDER EQUIT

SECRETARIA LIDER EQUIT 5 17/10/2017 10:20 - 00000077056





Prefeitura Municipal de Pombal  
Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU 192 Regional - Sousa  
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 050 05

[illegible]

# RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CPE	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:		MODELO:			
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD		VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	OUTROS:
CARTÕES DE BANCO	2	2	3	NOMES DO BANCO:		
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$: _____						
CALÇADOS (MARCA):	_____		REGIÃO (MARCA):		_____	
BRINÇOS (QUANTIDADE):	_____		PULSEIRAS (QUANTIDADE):	_____		OUTROS:
ANÉIS (QUANTIDADE): _____						
<b>DADOS DO RECEBEDOR</b>						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES: _____						
SETOR: _____ FUNÇÃO: _____						
ASSINATURA DO RECEBEDOR: _____						
CARIMBO DO RECEBEDOR: _____						

MEDICAMENTOS		QUANT.	MATERIAS		QUANT.
AS 100mg			LEODIPINETASOL		
ALPENTAZINA			ALGODÃO (PACOTE)		
ALFA DESTILADA 10ml			ATAJURA DE CREPON 25cm		
AMIODARONA			CAETER TIPO OCULOS		
ATROPINA			BOLDO MACROSCOTAS		
CANTHONIL 25mg			BOLDO MACROSCOTAS		
DICLOFENACO 75mg			ESPARADRADO		
DIPRIONA 1g			FITA DE GUCENIL CAPILAR (CÓRGO Nº)		
ESCOPIAMINA (HISTORIN)			GARROTE		
ESCOPIAMINA COMPOSTA (BUSOPRAN COMP)			BASE ESTÉRIL (PACOTE)		
FENOTEROL 60mg			CASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100ml)		
FUROSEMIDA			JEICO Nº		
GLICOSE 50%			LAMCOR DESCARTAVEL		
HITPOCORTISONA 100mg			LUA DE PROCEDIMENTO TAMANHO		
HITPOCORTISONA 500mg			LUA ESTÉRIL Nº		
IPPATROPIC 60mg			MASCARA DESCARTAVEL		
ISORDIL 5mg			SCALIN Nº		
METOCLOPRAMIDA			SERINGA Nº		
PARACETAMOL 60mg			SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº		
SOLUÇÃO DE GLICOSE 4.5%			OUTROS:		
SOLUÇÃO DE NINGER LACTATO					
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO					
TERBUTALINA					
OUTROS					

ATENDIMENTO NO LOCAL ( ) RECUSA

NOME:	_____	RG:	_____
ASSINATURA:	_____	TESTEMUNHA:	_____



21/02/2020

CNPJ - 15.126.431/0001-00

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

08/08/2018

Somente

SAMU

Urgências

Intensiv

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude

de Saude





# RECEITUÁRIO

EBSER

Nome do Paciente:

Micheli Vieira Bandeira

Data:

31/08/17

Prontuário:

58485483

Para  
marcação  
de  
exames,  
consultas  
e  
cirurgias:

- PSF do  
seu bairro:

- Secretaria  
de Saúde  
do seu  
município:

Urgências:

- SAMU  
192

- Corpo de  
Bombeiros  
193

## Declaração Médica

Paciente vítima de acidente auto-  
mobilístico (motocicleta) com trauma  
em membro inferior esquerda que evoluiu  
com trombose venosa profunda confir-  
mada por ultrassonografia doppler,  
o que necessitou internação hospitalar,  
debridamento da necrose, e posteriormen-  
te, anticoagulação plena, que deve  
permanecer por um período de 90  
dias. O mesmo necessita de afast-  
amento de suas atividades pelo período  
de 45 dias.

Assinatura do Médico

José Pessoa, 31/08/17

CNPJ - 15.135.437/0001-00

CRM - 15.135.437/0001-00

Assinatura do Médico  
Mário Sérgio Geral  
CRM - 15.135.437/0001-00

Recuperação Simples - 022-0011 - Recuperação

UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE

QUE UM PAÍS INTEIRO #ZikaZero



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.978.695 DATA DE EMISSÃO 01.02.2002

NOME MICHELLE VIEIRA BANDEIRA

MARTINHO VIEIRA BANDEIRA

RESIDÊNCIA MARIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

JOÃO PESSOA-PB 21.12.1985

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Certidão de Nasc. nº 51.789, fls. 160

V, DIV. 49-A, 2ª Cart. J. Pessoa-PB

JOÃO PESSOA PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEINY 16 DE 28/08/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.04

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAIXA

OUT/2002

Forma de identificação pessoal e profissional

21/12/1985

MICHELLE VIEIRA BANDEIRA

056.924.434-06

CPF

Assinatura do Titular

25/11/2017 11:21 - 000108884 SEGURADORA LIDER DEPART

SEGURADORA LIDER DEPART 5 17/10/2017 19:20 - 000000277064



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.978.695 DATA DE EMISSÃO 01.02.2002

GEIRAL

NOME MICHELLE VIEIRA BANDEIRA

Martinho Vieira Bandeira

FILIAÇÃO Maria Josefa da Conceição

João Pessoa-PB 21.12.1905

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Certidão de Nasc. nº 51.789, Fls. 160

V. 1V.49-A, 2ª Cart. J. Pessoa-PB

CPF

Assinatura do Titular

Assinatura do Registrante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

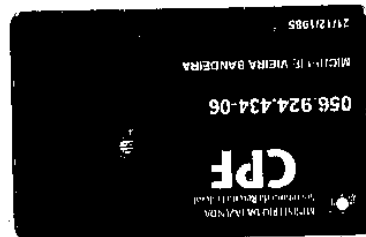
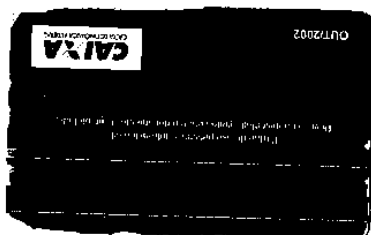
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.04

Assinatura do Titular

Assinatura do Registrante



30/07/2017 11:21 - 000106884 SEGURANÇA LIDER BPUAT

30/07/2017 11:21 - 000106884 SEGURANÇA LIDER BPUAT



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 012507259916  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - C.C. RENAVAM - 20160000227246-1  
 0085614563-7 00/00000000 2016

NOME  
 MARIA DAS NEVES BARBOSA

CPF / CNPJ  
 95197788453

PLACA  
 MNH0705/PB

PLACA ANT./UF  
 NOVO PB 9C2JD20105R011480

ESPECÍFICO  
 PAS/MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL  
 GASOLINA

MARCA / MODELO  
 HONDA/NXR125 BROS KS

ANO FAB. ANO MOD.  
 2005 2005

CAP./POT./CIL. Q. SEGURO. POL. DE LICENCIAMENTO  
 2 P/124 /CI PARTIC AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS  
 IPVA PAGO EM 27/05/2016 1  
 FAIXA IPVA PARCELAMENTO COTAS 2  
 A \*\*\*\*\* 0 3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
 \*\*\*\*\* SEGURO P A G O 27/05/2016

OBSERVAÇÕES  
 REST. BEN. TRIBUTÁRIO

APARECIDA - REAL

36714



DATA  
 02/06/2016  
 14796

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
 TRANSPORTADAS OU NAQ - SEGURO DPVAT

PB Nº 012507259916 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
 2016 02/06/2016

VIA - CPF / CNPJ PLACA  
 95197788453 - MNH0705/PB

RENAVAM - MARCA / MODELO  
 0085614563 HONDA/NXR125 BROS KS

ANO FAB. ANO MOD. Nº CHASSI  
 2005 9 9C2JD20105R011480

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
 \*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) SEGURO P A G O  
 \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA PARCELADO 27/05/2016

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.245.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

14796-1132273-20160602

23/11/2017 11:22 - 0001082899 SEGURADORA LIDER DPVAT

SEGURADORA LIDER DPVAT 5 17/10/2017 10:20 - 000000277059





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 012507259916  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 VIA CDT RELAT - 20160000227246  
 0085614563-7 00/00000000 2016

NOME  
**MARIA DAS NEVES BARBOSA**

CPF/CNPJ  
**95197788453**

PLACA  
**MNR0705/PB**

ELABORANT/UF  
**NOVO PB 9C2JD20105R011480**

ESPÉCIE/RPO  
**PAS/MOTOCICLETA**  
 MARCA/MODELO  
**HONDA/NXR125 BROS KS**  
 ANO FAB. ANO MOT.  
**2005 2005**  
 CAP/POI/CL. CIL. ELET. PARTIC. AZUL

COTA ÚNICA  
**IPVA PAGO EM 27/05/2016**  
 TAXA L.P.V.A. PARCELAMENTO COTAS  
**\*\*\*\*\* 0 \*\*\*\*\***  
 PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) CDT (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
**\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 27/05/2016**

OBSERVAÇÕES  
**REST. BEN. TRIBUTÁRIO**

APARECIDA - REAL

36714



DATA  
**02/06/2016**  
**14796**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT -

**PB Nº 012507259916 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
**2016 02/06/2016**

VIA CPF/CNPJ PLACA  
**95197788453 MNR0705/PB**  
 RENOVAC. MARCA/MODELO  
**0085614563 HONDA/NXR125 BROS KS**  
 ANO FAB. CIL. TRAF. NO CHASSI  
**2005 9 9C2JD20105R011480**

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FNS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
**\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\***  
 CUSTO DO BILHETE (R\$) ID (R\$) DATA DE OUTAÇÃO  
**\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 27/05/2016**  
 PAGAMENTO DATA DE OUTAÇÃO  
**\*\*\*\*\* 27/05/2016**

**SEGURODORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.348.808/0001-04  
 www.segurodoralider.com.br

**14796-1132273-20160602**

23/11/2017 11:22 - 000108889 SEGURODORA LÍDER DPVAT

SEGURODORA LÍDER DPVAT 5 17/10/2017 10:20 - 00000277059



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder das  
Condições do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455406/17  
Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA  
CPF: 056.924.434-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/08/2017  
Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA



### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/11/2017  
Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA  
CPF/CNPJ: 056.924.434-06

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2017  
Nome: Juliana Antunes Estigarribia  
CPF: 079.808.657-23

Juliana Antunes Estigarribia





Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**

Nº Sinistro: **3170640823**  
Vitima: **MICHELIE VIEIRA BANDEIRA**  
Data do Acidente: **18/08/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro número **3170640823**.

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

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

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

Atenciosamente,

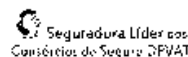
Seguradora Lider-DPVAT

Cota nº 12938735

Pag. 00255100860 - carta\_16 - INV/ALDCTZ



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259110/18

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/08/2017

Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outras

**MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data de entrega: 18/06/2018

Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF/CNPJ: 056.924.434-06

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2018

Nome: EDSON DA SILVA MARTINS

CPF: 132.129.557-08

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

EDSON DA SILVA MARTINS



**Edson Martins**



**De:** Elizabeth Silva  
**Enviado em:** segunda-feira, 8 de outubro de 2018 19:21  
**Para:** Edson Martins  
**Assunto:** Receber 3180326542 - 20159046  
**Anexos:** FICHA DE REGULACAO MEDICA.pdf; ATESTADO.pdf; DECLARACAO MEDICA.pdf; COMPROVANTE DE RESIDENCIA.pdf

**Prioridade:** Alta

Edson, boa tarde.

Por favor, peço receber o devido documento anexo na aba:

3180326542

-Comp. residência.  
-Doc. médica.

Atenciosamente,

**Elizabeth Mota da Silva**

Gerência Técnica

[elizabeth.silva@seguradoralider.com.br](mailto:elizabeth.silva@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4048



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)


Rua da Assembleia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa **News** e siga a Seguradora Lider nas redes sociais.

**Facebook** | **Twitter** | **LinkedIn** | **Instagram** | **Youtube**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259110/18

Número do Sinistro: 3180326542

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2017

Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA  
BANDEIRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar  
Outros

**MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018  
Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA  
CPF: 056.924.434-06

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018  
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS  
CPF: 132.129.557-08

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

EDSON DA SILVA MARTINS



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0259110/18

Número do Sinistro: 3180326542

Vítima: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

CPF: 056.924.434-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/08/2017

Titular do CPF: MICHELIE VIEIRA  
BANDEIRA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

**MICHELIE VIEIRA BANDEIRA : 056.924.434-06**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/10/2018  
Nome: MICHELIE VIEIRA BANDEIRA  
CPF: 056.924.434-06

MICHELIE VIEIRA BANDEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018  
Nome: EDSON DA SILVA MARTINS  
CPF: 132.129.557-08

EDSON DA SILVA MARTINS

