



Número: **0803503-12.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **26/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.062,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MIRIAM PEREIRA DA SILVA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
33527 677	24/08/2020 12:07	2744300_CONTESTACAO_Anexo_02



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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190498956 Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00045/00046 - carta_03 - INVALIDEZ



00020023

Carta nº 14741324



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008241207582700000032085477>
Número do documento: 2008241207582700000032085477

Num. 33527677 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190498956 Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA DA SILVA

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00397/00398 - carta_03 - INVALIDEZ



00020199

Carta nº 14768578



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008241207582700000032085477>
Número do documento: 2008241207582700000032085477

Num. 33527677 - Pág. 2



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, 26 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190498956 Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14906089



Pag 00857/00858 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082412075827000000032085477>
Número do documento: 20082412075827000000032085477

Núm. 33527677 - Pág. 3



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, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190498956 Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/07/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). MIRIAM PEREIRA 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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000045156-7

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Profissão: Número:
 Profissão: Endereço: Complemento:
 Bairro: Cidade: Estado: CEP:
 E-mail: Tel. (DDDI):
 (83) 9 8663-4900

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

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

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

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 invalidade 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 20 (vinte) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 39, §1º, declarando que não autorizo nenhuma agência a prestar consultoria com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

**COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/vivos vivos? Sim Não Vítima deixou filhos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/vivos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora não pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quem omisso ou declaratório não verídico poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Local e Data: Local e Data:
 Nome: Nome:
 CPF: CPF:
 (*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: Assinatura:
 CPF:
 2º | Nome: Assinatura:
 CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*1 A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.)

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Miriam Pereira da Silveira





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
077.897.224-09 Silviam Pereira da Silva

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

Nome completo: **Silviam Pereira da Silva** CEP: **077.897.224-09**
 Profissão: **Recuso.** Endereço: **R. Rita Pereira da Silva** Número: **3851** Complemento:
 Bairro: **Itangabeira** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PB** CEP: **58000-000**
 E-mail: **(83) 9 8663-4900**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: **3487** CONTA: **45156** (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo de [] dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o preenchimento do formulário de pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente, conforme art. 299, § 1º, parágrafo 1º, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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



Local e Data: **João Pessoa - PB 23/08/19**
 Nome: **Yasmim A. da Silva**
 CPF: **043.903.064-33**

Yasmim A. da Silva
 (*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **Yasmim A. da Silva**
 CPF: **043.903.064-33**

Yasmim A. da Silva
 Assinatura

2º | Nome: **Endreto G. da Moinhos**
 CPF: **037.695.454-40**

Endreto G. da Moinhos
 Assinatura

FPS.001 V001/2018

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02240.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02240.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:38 horas do dia 20 de novembro de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Miriam Pereira da Silva**, CPF nº 077.897.224-09, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luzia Maria da Conceição e Pai Não Declarado, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 08/03/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Margarida Maria Alves, Nº 86, complemento COMUNIDADE DO TIMBÓ , bairro Bancários, tendo como ponto de referência Depósito de Construção de Joselio, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98678-4919.

Dados do(s) Fatos:

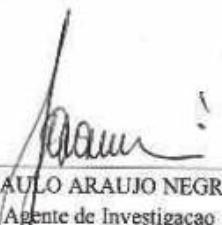
Local: Julio Soares da Silva, Cidade Verde, Mercadinho Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/07/18 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava no carona do veículo pas/motocicleta, marca e modelo: I/LONCIN ITALIKA XT 50, ano e modelo: 2014 de cor vermelha, placa: QFD 1563/PB, Chassi nº LLCBBC00E1100146, registrado em nome de Sheila Nascimento Reis-CPF nº 052.168.084-00, (amiga da notificante); QUE segundo a notificante trafegava no carona onde quem pilotava era a própria proprietária acima mencionada; QUE segundo a declarante seguia normalmente quando a sua amiga que pilotava a moto perdeu o controle devido o veículo ter derrapado quando tentava passar em um quebra molas; QUE devido ao fato piloto e carona vieram a cair ao chão; Que devido ao fato a declarante veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1525/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 22/10/2018, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de novembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MIRIAM PEREIRA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 02240.01.2018.1.00.420

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Profissão: Número:
 Profissão: Endereço: Complemento:
 Bairro: Cidade: Estado: CEP:
 E-mail: Tel. (DDDI):
 (83) 9 8663-4900

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: CONTA: 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 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 sempre após a efetivação do crédito, quitação total da valor recebido.

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 invalidade 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 20 (vinte) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 39, §1º, declarando que não autorizo nenhuma perícia previa/concorrente com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora não pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquelas beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quem omitir ou declarar falso veredicto poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

Local e Data: Local e Data:
 Nome: Nome:
 CPF: CPF:
 (*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Yasmin A. da Silva
 CPF:

Assinatura:

2º | Nome: Evandro G. de Melo
 CPF:

Assinatura:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

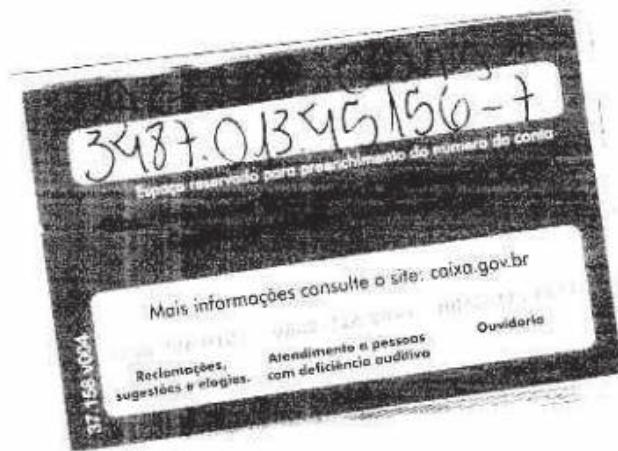
Assinatura do Procurador (se houver)

(*1 A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.)

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







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 807/058, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2119197, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MIRIAM PEREIRA DA SILVA idade 36 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 01/07/2018, na R. Júlio Soares da Silva, Bairro: Mangabeira (Cidade Verde) - João Pessoa - aproximadamente às 17:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 16 de Julho de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS Região: 10171

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 AGO. 2019

PROTOCOLO
AG. 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: 11/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000045156-7

Nr. da Autenticação 312568DB710CB57B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008241207582700000032085477>
Número do documento: 2008241207582700000032085477

Num. 33527677 - Pág. 12

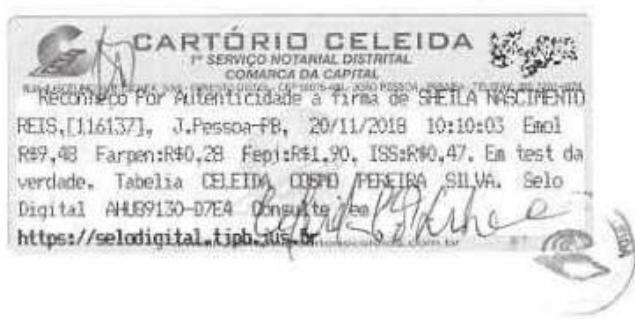
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SHEILA NASCIMENTO REIS,
RG nº 2972858, data de expedição 24/01/2002
Órgão SSPB, portador do CPF nº 052-368-084-00 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rafael Fonseca de Castro, nº 511,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Aliniam Pereira da Silva cujo o condutor era
Sheila Nascimento Reis
Veículo: moto
Modelo: I/loncin ITALIKA XT50
Ano: 2014
Placa: Q FD 1563
Chassi: LLCJBBC00E33001246
Data do Acidente: 01-07-18
Local e Data: João Pessoa, 26-11-18

-P Sheila Nascimento Reis

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





CERTIDÃO

Nº. 1525/2018

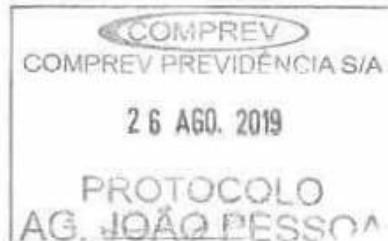
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 141153 e Prontuário nº 2018.07.000083 pertencentes a MIRIAM PEREIRA DA SILVA que foi atendida dia 01/07/2018 às 17H43min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito e lesão corto contusa em pé esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de Lisfranc em pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/07/2018 com alta médica dia 06/07/2018.

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

João Pessoa, 22 de outubro de 2018

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082412075827000000032085477>
Número do documento: 20082412075827000000032085477

Num. 33527677 - Pág. 15

E. JOAO PESSOA
HOSPITALAR ABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Data: 01/07/2018
Hora: 17:43:21
Recepção: LENICE FLORENCIO DE Araújo
Clinica: CIRURGICA

DADOS PESSOAIS

Nome: MIRIAM PEREIRA DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987546316
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/03/1983 Id: 35 ano(s)

End.: COMUNIDADE DO TIMBO, 0
Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: NAO INFORMADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987546316 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANGABEIRA

Vitima de violência por: NAO

|| Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: TMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO, APRESENTA TRAUMA EM MID

História - Exame Físico - (hora do atendimento: 17:43)
Paciente atleta queixa de moto bateu na
Algaras. Amarela ferida conto cutânea no
peito e dor local. No mane COT, REGI,
diagnóstico: luxação, acidentado

AR = maf cu, AHTX SI RA

Prescrição: Androne 100mg e 100mg
Nega venha ou deriva

① SAT ou TECNOGRADA Dma.
Rx - Rx do MRE +
Rx do MRE +
Rx do MRE +

CRONOGRAMA
Cronograma
Cronograma
Cronograma



ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

de	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
f				
f				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTÍNO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Miriam Ferreira da Silva</u>				Data da Admissão: <u>01/07/2018</u>
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:				
Endereço:	Bairro:			
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:	
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:	
Escolaridade:				
QPD:	<u>Fratura luxada exposta</u>			
HDA:	<u>De Lisboa 02º R/ 10</u>			
<u>DATA VENCIDA DE ACESSO</u>				
<u>DE MARÇO COM PR</u>				
<u>+ FD CARLOS 10</u>				
Medicações em uso:				
Interrogatório Sintomatológico:				
<u>Geral:</u> []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outras: _____				
<u>Pele:</u>				
<u>Cabeça e Pescoco:</u> []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____				
<u>AR e ACV:</u> []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____				
<u>ABD:</u> []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorraquia []Constipação []Aumento de volume				
<u>AGU:</u> []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____				
<u>SME:</u> []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos				
<u>SN e PSQ:</u> []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 Taipa

[]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: _____

*Ne*Hipóteses Diagnósticas: *Kutane lúsoa**Pruliferal (S)*Conduta: *Dr. Tarsila Souza De A. P. Eller**Ortopedista Traumatologista**CRM PB 1014 TRO 11-11*

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

M - o - P D H 33
anterior

Ativ - GPSA + Lopos

Incisão:

A linha low

Achados:

Via de drenagem

Conduta:

- (1) Ponto - an brace
Linc SF w/ EXAM.
- (2) Riva A FZ
- (3) Fimig (1 Fio r (K))
- (4) Sutur as lins

Fechamento:

Wound man

OBS:

Son provocando

Data: 01/07/18

Dr. Jamilson Henrique de Souza
Proprietário da Clínica
CRM / PB
MEDICO/CRM

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Maria Paula da Silva			Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:
Data:	16/11/18	Cirurgião:	Tiago Pinto	1º Assistente:
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fractura luxação do úmero
de luxação -
(E)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

Ombro

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

Procedimento

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 o		

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



SAUDE

**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: MIRIAN PEREIRA DA SILVA					PRONTUÁRIO N°
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.:29	LEITO:426
DATA DE ADMISSÃO 01/07/2018		DATA DE ALTA: 06/07/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE LISFRANC EM PÉ ESQ</i>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de PE + exame físico</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFEÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input 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"/>	

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador de fratura luxação exposta de Lisfranc em pé esquerdo, foi submetido a tratamento cirúrgico através de uma redução cruenta + fixação percutânea com fio K. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e para analgesia. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Estar em conformidade realizada nelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

PERÍODO: Relativo em casa por **15 dias**.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se houver febre, ou se a ferida não cicatrizar com "fachado" no local, ou se a piorar febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina, maxsusid 400mg e Dipirona 1g

RETORNO: Ao ponto de saída em **21** dias.

Assistência ao paciente com suspeita de infarto agudo do miocárdio. Até 12 horas de duração da dor torácica.

OCTOBER

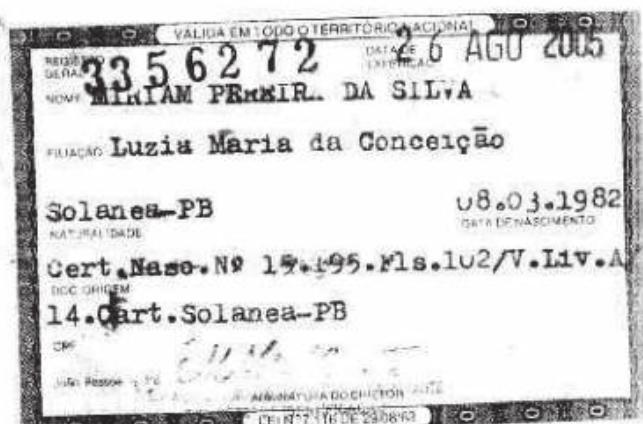
DATA

Dr. Leonardo
Médecin

ASS. MÉDICO / C.R.A.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIOS, FEDERAÇÕES, COOPERATIVAS, ENTRE OUTROS.





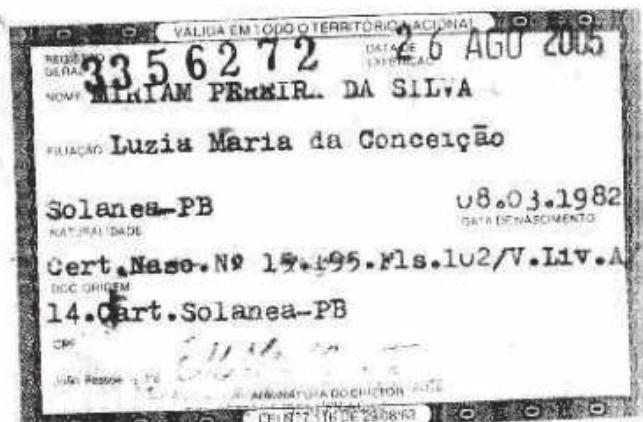
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008241207582700000032085477>
Número do documento: 2008241207582700000032085477

Num. 33527677 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008241207582700000032085477>
Número do documento: 2008241207582700000032085477

Num. 33527677 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008241207582700000032085477>
Número do documento: 2008241207582700000032085477

Num. 33527677 - Pág. 25

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013930487291

DETTRAN - PB	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
AC VIA	CCF HEWAT 0111301345-1
RE E	00/0000000000
0	NOME
4	SHEILA NASCIMENTO REIS
4481447006	CPF/CNPJ
05216808400	PLACA
NOVO	PE
PLACARINHA	QFDI563 / PE
PB	CLASSE
NOVO	LICUBBC00E1100146
FABRICANTE	COMBINADA
PAS/CICLOMOTO/NAO APPLIC	GASOLINA
MAIOR MODO	AND FAB.
100% NO TANQUE	AND MOD.
100% NO TANQUE	200% NO TANQUE
CAP. P/VEHIC.	COMBUSTÍVEL
2 P/40	VEHICULARE
/C1	VEHICULARMENTE
DATA DE FAB.	DATA DE EXP.
IPVA ISENTO	VEHICULARMENTE
P	00/30/0000
V	PERÍODO TOTAL TOTAL
A	0
PERÍODO INICIAL (m)	PERÍODO FINAL (m)
4 * * * *	SEGURADO PAGO
4 * * * *	DATA DE EXP.
0	23/04/2018
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	OBSERVAÇÕES

DENTRINN

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIÁ TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURÓ DPVAT

PB Nº 013930487291 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

PLACA	QFDI563 / PB	DATA EMISSÃO	23/04/2018
PLACA	QFDI563 / PB	DATA EMISSÃO	23/04/2018
1	05216808400	PLACA	QFDI563 / PB
HONDA	XT50	HONDA	XT50
31112073457	T/10/NC/N ITALIKA XT50	31112073457	T/10/NC/N ITALIKA XT50
NOTAS	8	NOTAS	8
2014	ELCO BBC00E1100146	2014	ELCO BBC00E1100146
PRÊMIO TARIFÁRIO			
100% R\$:	DEVIATIVA (R\$)	QUESTO DO R\$:	QUESTO DO R\$:
* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *
DATA DO BILHETE (m)	DATA DE EXP.	PERÍODO (m)	PERÍODO (m)
* * * * *	SEGURADO	PERÍODO	PERÍODO
		23/04/2018	23/04/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.676/0001-04

11400-1137234-20180423



25 AGO. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Yasmin A. Da Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.355.141	DATA DE EXPEDIÇÃO	22/12/2014
NOME YASMIN ABRANTES DA SILVA			
FILIAÇÃO EDIMILSON COSTA DA SILVA HELIOFABIA ABRANTES DA SILVA			
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO 08/04/2000	
DOC. ORIGEM	CERT. NASC N°15852 - LIV.A-16 - FLS.182 - CARTÓRIO 12º JOÃO PESSOA-PB		
LEI N° 7.116 DE 29/08/83			



Testemunha



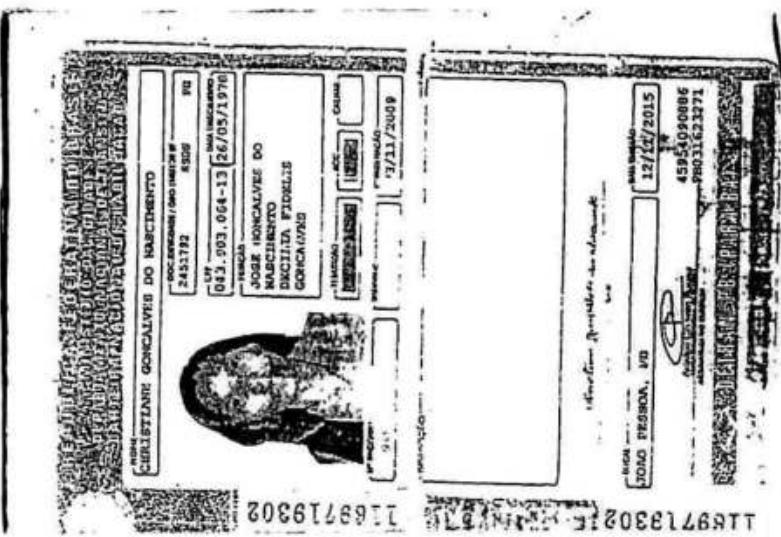


VÁLIDA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.355.141
DATA DE EXPEDIÇÃO 22/12/2014	
NOME YASMIN ABRANTES DA SILVA	
FILIAÇÃO	EDIMILSON COSTA DA SILVA HELIOPABIA ABRANTES DA SILVA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO 08/04/2000	
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº15852 - LIV.A-16 - FLS.162 - CARTORIO 12º JOÃO PESSOA-PB
CPF	200.000.000-00
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082412075827000000032085477>
Número do documento: 20082412075827000000032085477

Num. 33527677 - Pág. 29



COMPREV
01 OUT. 2010
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082412075827000000032085477>
Número do documento: 20082412075827000000032085477

Num. 33527677 - Pág. 30

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190498956 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA Data do acidente: 01/07/2018 Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. (P6)
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

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 LEVE DO PÉ ESQUERDO.

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 leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293350/19

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 077.897.224-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MIRIAM PEREIRA DA SILVA : 077.897.224-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 26/08/2019
Nome: MIRIAM PEREIRA DA SILVA
CPF: 077.897.224-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

MIRIAM PEREIRA DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008241207582700000032085477>
Número do documento: 2008241207582700000032085477

Num. 33527677 - Pág. 32

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293350/19

Número do Sinistro: 3190498956

Vítima: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

CPF: 077.897.224-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/07/2018

Titular do CPF: MIRIAM PEREIRA DA SILVA

Seguradora: SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

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: 01/10/2019
Nome: MIRIAM PEREIRA DA SILVA
CPF: 077.897.224-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MIRIAM PEREIRA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 12:07:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008241207582700000032085477>
Número do documento: 2008241207582700000032085477

Num. 33527677 - Pág. 33