



Número: **0842133-80.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.938,32**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BIANCA MEDEIROS ESPINDOLA (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
23071510	29/07/2019 16:39	Petição Inicial	Petição Inicial
23072335	29/07/2019 16:39	bianca espinola_proc adm	Documento de Comprovação
23072338	29/07/2019 16:39	bianca espinola_Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo	Documento de Comprovação
23072341	29/07/2019 16:39	bianca medeiros_proc prot adm	Documento de Comprovação
23072344	29/07/2019 16:39	bianca medeiros_rec medicas_despesas	Documento de Comprovação
23072599	29/07/2019 16:39	bianca espinola_PRF_BAT_18008527B01_compressed (1)	Documento de Comprovação
23072605	29/07/2019 16:39	bianca espinola_samu_bam_compressed (1)	Documento de Comprovação
23466562	13/08/2019 14:47	Despacho	Despacho
31311370	05/06/2020 11:26	Petição	Petição
31718052	21/06/2020 10:55	Despacho	Despacho
32846054	31/07/2020 18:39	Mandado	Mandado
33229662	14/08/2020 12:23	Certidão Oficial de Justiça	Certidão Oficial de Justiça

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ___ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

BIANCA MEDEIROS ESPÍNOLA, brasileira, atendente, inscrito no CPF sob o nº 015.302.494-14, residente e domiciliado na Rua Roberto Franco de Oliveira, 77, CEP: 58074-119, José Américo, João Pessoa – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



em face da **BRDESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **05.02.2018**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros. 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.””. (grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”. (destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.

É inconteste, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25%



(vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilato mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), mais R\$ 438,32 (quatrocentos e trinta e oito reais e trinta e dois centavos), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.938,32 (treze mil novecentos e trinta e oito reais e trinta e dois centavos).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 22 de julho de 2019.

Fábio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.







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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

CPF da vítima

015302494-14

Nome completo da vítima

Bianca Medeiros Espínola

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Bianca Medeiros Espínola	CPF titular da conta	01530249414	Profissão	atendente laboratório
Endereço	R. Roberto Franco de Oliveira	Número	77	Complemento	
Barrio	João Ameno	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	58074-119	Inscrição Estadual	988636133

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

<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"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> BANCO	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	Nome	Nº
AGÊNCIA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº
D/V	D/V	D/V
0036	20921	8
(Informar dígito se existir)	(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 Líder 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.

João Pessoa, 10 de agosto de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Bianca Medeiros Espíndola,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº 01530249414, 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)	Rua Roberto Franco de Oliveira
Número	77
Apto / Complemento	
Bairro	João Américo
Cidade	João Pessoa
Estado	PB
CEP	58074119
Telefone de Contato	988636133
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 10/08/2018

Assinatura do Declarante: Bianca M. Espíndola



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Raquel Medeiros Espinola
 CPF da Vítima: 015 352 494 14
 Data do Acidente: 04.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 10 de agosto de 2018
 Local e Data

Raquel Medeiros Espinola
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **4.407.286** DATA DE EXPEDIÇÃO **07/12/2015**

NOME **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA**

FILIAÇÃO **JONAS VICENTE ESPINOLA
SUELMA MEDEIROS ESPINOLA**

NATURALIDADE **SAO LUIS-MA** DATA DE NASCIMENTO **20/04/1986**

DDO ORIGEM **CASAM N. 7483 FLS. 83 LIV. B-31
CARTORIO 12º C JOÃO PESSOA-PB**

015.302.494-14

Marcos A. B. Lacerda
MARCOS A. B. LACERDA
Chefe do Núcleo DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917





Bianca Medeiros Espinola
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MOEDA DO BRASIL





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180470318 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

COBERTURA Invalidez




PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

CPF/CNPJ: 01530249414

Posição em 16-04-2019 16:32:31

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
10/04/2019	Negativa por ausência de comprovação documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/DBjzZbUYtJkPltJbxV+q3g==/api_key=hCYm6iGzvmjfelJEWJ0XEyv9EnpQJCKZqGqb+tB9EOk=)
12/10/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/FPOheiM9wbMw6Lowid1api_key=hCYm6iGzvmjfelJEWJ0XEyv9EnpQJCKZqGqb+tB9EOk=)
10/10/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Fojio3gbexvqKBUGLKFDriapi_key=hCYm6iGzvmjfelJEWJ0XEyv9EnpQJCKZqGqb+tB9EOk=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)



ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)<https://www.seguradoralider.com.br>

(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Documentacao-Morte.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Quem-Somos.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Contato/telefones-de-contato>)
(<https://www.seguradoralider.com.br/Contato/Ouvidoria>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
- › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
- › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
- › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento>)
- › Como Pedir Indenização (</Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
- › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
- › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
- › Telefones de Contato (</Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidoria>)

www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true

2/3



16/04/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

- › [Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-Denuncias\)](#)
- › [Mapa do Site \(/Mapa-do-Site\)](#)
- › [Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Download\)](#)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Bianca

CPF/MF: 015302494-14

RG:

Endereço: R. Roberto Frasco de Oliveira, 77 58074-119
João Pessoa - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiuva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:


Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, de _____ de 2018.

Bianca M. Espinola
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367180/18

Vítima: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

CPF: 015.302.494-14

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/02/2018

Titular do CPF: BIANCA MEDEIROS
ESPINOLA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

BIANCA MEDEIROS ESPINOLA : 015.302.494-14

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 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: 05/10/2018
Nome: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA
CPF: 015.302.494-14

BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.088.096-1

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CORRETORA DE SEGUROS



CLIENTE: Sr.(a)

Bianca Melo Espinosa.

le
cto ote

Reflexuma 500mg

01 box

01 Comprimido
3 dias

1- PS - proferid
01 Comprimido

01 box

3 dias

Novalgina 1g
01 Comprimido
6 dias

01 box

Dr. Antonio Almeida
032 60977 CRM 178
CPF 426.150.104-99

26/3 2018

Av. Ministro José Américo de Almeida (Beira Rio), 1450 - Torre
Tel.: (83) 2106.0216 - Fax: (83) 3241.4359
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

ANS Nº 32104-4

Obs.: Voltando à consulta
queira trazer esta receita.





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DA BEIRA-RIO
Centro de Especialidades Ortopédicas

Bianca Medeiros Espenhol

R

Bo ref
Ortografia 9/10/19
Touca 01 de clia
Bo dia
Bo int

Trogeric 10mg
Dissolver debaixo
da língua

6/8h
12/12h
Av. Ministro José Américo de Almeida, 204 - Terra Nova Pessoa/PB
Fones: (83) 3221-3045 / 3221-8223 / 3221-8023





Cooperativa de Trabalho Médico

BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Nasc.: 20/04/1986 Idade: 31 Sexo: F

At.: 1738728 Dt Atend.: 05/02/2018 8:05:01

Carteira: 00335200001002710

Mãe: SUELMA MEDEIROS ESPINOLA

CLIENTE: Sr.(a)

L- Nimesulida 100mg

farm 1 cp 10

12h

Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-5221 TE OF 7702

Av. Ministro José Américo de Almeida (Beira Rio), 1450 - Torre
Tel.: (83) 2106.0216 - Fax: (83) 3241.4359
CEP: 58040-300 - João Pessoa - Paraíba

ANSINº 321043

Obs.: Voltando à consulta
queira trazer esta receita..





EMPENHO DE FIDELIDADE S.A.
CNPJ 06.700.000/0001-67
RUA DA SERRA DO SOL, 151187447
JARDIM DA SERRA DO SOL - Centro
JOÃO PESSOA - PB

DANFE NFE - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

#ICOD	IDESC	QTD	UNID	UNIT RS	TOT ITEM RS
1	190128	CEFALEXINA 500MG CPD/10 GR	1 UNX28.67	28.67	
Desconto					-10.62
2	190128	CEFALEXINA 500MG CPD/10 GR-EMS	1 UNX28.67	28.67	
Desconto					-10.62
3	50096	BI PROPHENTH 150MG CPD/10 GR-EMS	1 UNX53.30	53.30	
De: 53,30 Por: 10,55					
Desconto					-12.83
QTD. TOTAL DE ITENS					3
VALOR TOTAL R\$					76.65
Cartão de Débito					76.65

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLA LAERTIZ, SEJA BEM-VINDO AO NOVO PROGRAMA DE
FIDELIDADE SEMPRE PAGUE MENOS. AGORA VOCE TEM BENEFICIOS
PERSONALIZADOS PARA VOCE.

PARABENS! VOCE E UM CLIENTE SEMPRE.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 34.07

SEU SALDO DE PAGAMENTO E ECONOMIZADO E DE R\$ 152.33
ATINJA R\$ 500.00 ATE 30/06/2018 E SEJA UM CLIENTE
Ouro.

ESSE VALOR E O VALOR DO SEU SALDO DE COMPRAS, EX
CLUINDO MEDICAMENTOS E SERVIÇOS. SUAS COMPRAS SÃO CONTA-
BILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS APÓS O RECEBIMENTO E SAIBA M
AIS EM PAGUEMENOS SEMPRE.

CPF CLIENTE
Operador: 71000000000000000000000000000000
Trib aprox 10%
Fonte: IBPT
Obrigado e Volte Sempre.

Número 00001000000000000000000000000000 19:23:43
Via Consumidor - Consulte pela Página de Acesso em
<http://www.receita.pb.gov.br/nfde>
CHAVE DE ACESSO
0016 0306 6262 5301 2007 6502 0000 0310 0028 6587

CONSUMIDOR
CPF: 01530249414 Bianca Nedeiros Espinola
RUA ROBERTO FRANCO DE OLIVEIRA, 77, JOSE AMERICO - JOAO
PESSOA

Consulte via Leitor QR Code





EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S/A

CNPJ: 06.626253/0735-40 JOAO PESSOA - PB

LOJA 120 - Beira Rio
Av Duarte da Silveira 620, Centro

TELEFONE 3034-2874

RECIBO

R\$ 76.65

Recebemos de BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

A importância de R\$ SETENTA E SEIS REAIS E SESSENTA E CINCO CENTAVOS

referente a COMPRA DO CUPOM N° 51202

CNPJ 06.626.253/0120-87

JOÃO PESSOA, 17 de MARÇO de 2018

EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S/A

Av. Duarte da Silveira, 620 - Centro

CEP 58013-280

João Pessoa - Paraíba

ESTE DOCUMENTO É DE USO EXCLUSIVO INTERNO DE EMPREENDEIMENTOS PAGUE MENOS S/A
O DOCUMENTO ELETRÔNICO É A VERSÃO MAIS ATUALIZADA



Responsável: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA
Beneficiário: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Cód. Funcionário:

CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador	Nro Guia	Ano Guia					
	1010	WEB	37911314	0	0		ANTONIO ALMEIDA DE LACERDA	00000000	0					
Tipo	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.
PROC	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	23/02/2018	ELE	000	15,00	1,0000	80,00	0,00	0,00	80,00	80,00	12,00	0,00
Total (Doc):							1,00	80,00	0,00	0,00	80,00	80,00	12,00	0,00

CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador					Nro Guia	Ano Guia		
	1010	WEB	37956532	0	0		VALDEBAN DANTAS DA SILVA					00000000	0		
Tipo	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.	
PROC	10101012	CONSULTA EM CONSULTORIO (NO HORARIO NORMAL OU PREESTABELECIDO)	28/02/2018	ELE	000		15,00	1,0000	80,00	0,00	0,00	80,00	80,00	12,00	0,00
Total (Doc):							1,00	80,00	0,00	0,00	80,00	80,00	12,00	0,00	

CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador	Nº Guia	Ano Guia						
	1020	WEB	37958284	0	0		VALDEBAN DANTAS DA SILVA	00420681	2018						
Tipo	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.	
PROC	40101010	ECG CONVENCIONAL DE ATE 12 DERIVACOES	28/02/2018	ELE	000		20,00	1,0000	14,74	0,00	0,00	14,74	14,74	2,95	0,00
Total (Doc):							1,00	14,74	0,00	0,00	14,74	14,74	2,95	0,00	

CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador	Nro Guia	Ano Guia					
	3020	XMLW	03457668	17	208		HOSPITAL UNIMED JOAO PESSOA	00253393	2018					
Tipo	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vlr. Antecip.
PROC	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	05/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	1,87	16,37	16,37	3,27	0,00
MEDI	90196031	NOVALGINA 500 MG/ML SOL. INJ. CX. 50 AMP X 2 ML	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	0,50	0,50	0,10	0,00
TAXA	60033711	TAXA DE SALA DE REPOUSO/ OBSERVACAO PA / OS, ATE 12 HORAS	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	489,59	489,59	97,92	0,00



Responsável: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA
Beneficiário: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Cód. Funcionário:

JF	Tipo	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.
	TAXA	60028734	TAXA DE ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM NO PRONTO SOCORRO/ PRONTO ATENDIMENTO, POR HORA	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	67,95	67,95	13,59	0,00
	MATE	70705330	SERINGA SIAG.10ML LUER-LOK PLASTIPAK 990172	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	0,43	0,43	0,09	0,00
	MATE	70014280	AGULHA HIPODERMICA 25X7 PRECISIONSLIDE 300327	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	0,08	0,08	0,02	0,00
	MEDI	90123255	RINGER C/ LACTATO SOL. INJ. SIST. FECH. CX. 20 FR. ECOFLAC PLUS X 500 ML	05/02/2018		000	20,00	2,0000	0,00	0,00	0,00	2,78	5,56	1,11	0,00
	MEDI	90107209	TYLEX 7,5 MG + 500 MG CX. 12 CP.	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	0,75	0,75	0,15	0,00
	PROC	10101039	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	05/02/2018	ELE	000	15,00	1,0000	36,04	0,00	0,00	36,04	36,04	5,41	0,00
	MEDI	90099109	AGUA P/ INJECAO CX. 100 AMP. PLAST. X 10 ML	05/02/2018		000	20,00	1,0000	0,00	0,00	0,00	0,17	0,17	0,03	0,00
	PROC	40803112	RX - PUNHO	05/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00
	PROC	30711037	IMOBILIZACAO DE MEMBRO SUPERIOR	05/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,37	0,00	0,00	7,37	7,37	1,47	0,00
	PROC	40803112	RX - PUNHO	05/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00
Total (Doc):								14,00	64,80	22,11	9,37	658,53	661,31	130,45	0,00

CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador	Nº Guia	Ano Guia					
	3020	XMLW	03484190	1	694		CENTRO PARAIBANO DE TRAUMA ORTOP	00351786	2018					
Tipo	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.
PROC	40803090	RX - COTOVELO	20/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	1,67	16,37	16,37	3,27	0,00
PROC	40803112	RX - PUNHO	20/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00
Total (Doc):							2,00	14,26	14,74	5,62	34,62	34,62	6,92	0,00

17 / 115



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:27
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362700400000022374612
Número do documento: 19072916362700400000022374612

Num. 23072344 - Pág. 7

Responsável: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA
Beneficiário: 5200001002710 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Cód. Funcionário:

CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador						Nro Guia	Ano Guia								
	3020	XMLW	03503387	2	155		CENTRO INTEGRADO DE SAUDE CIS						00319275	2018								
Tipo	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.								
PROC	40803090	RX - COTOVELO	15/02/2018	ELE	000		20,00	1,0000	7,13	7,37	1,87	16,37	16,37	3,27	0,00							
PROC	40803120	RX - MAO OU QUIRODACTILO	15/02/2018	ELE	000		20,00	1,0000	7,13	7,37	1,87	16,37	16,37	3,27	0,00							
PROC	40803112	RX - PUNHO	15/02/2018	ELE	000		20,00	1,0000	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00							
-	-	-	-	-	-	-	Total (Doc):	3,00	-	21,39	-	22,11	-	7,49	-	50,99	-	50,99	-	10,19	-	0,00

CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador	Nro Guia	Ano Guia						
	3020	XMLW	03594792	1	347		TRAUMATO CLINICA DE ORTOPEDIA E TRAUMTSC LTDA	00382407	2018						
Tipo	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.	
PROC	40803112	RX - PUNHO	26/02/2018	ELE	000		20,00	1,0000	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00
Total (Doc):							1,00	7,13	7,37	3,75	18,25	18,25	3,65	0,00	

CID	Trans.	Série	Documento	Lote	Seq.	Fatura	Nome Prestador	Nro Guia	Ano Guia					
	3020	XMLW	03660623	9	847		LABORATORIO DE PATOLOGIA CLINICA HEMATO	00382700	2018					
Tipo	Código	Descrição	Data	U/E	Acom. Descrição	%	Qtd.	Valor Honor.	Valor Operac.	Valor Filme	Valor Unit.	Valor Cob.	Valor Partic.	Vir. Antecip.
PROC	40304922	COAGULOGRAMA (TS TC, PRO LAC RET COA CON PLA TEM PRO TEM TRO PAR ATI - PES E/O D	28/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	17,76	0,00	0,00	17,76	17,76	3,55	0,00
PROC	40304361	HEMOGRAMA C/ CONTAGEM PLAQUETAS OU FRACCOES (ERITROGRAMA, LEUCOGRAMA, PLAQUETAS)	28/02/2018	ELE	000	20,00	1,0000	8,88	0,00	0,00	8,88	8,88	1,78	0,00
Total (Doc):						2,00		26,64	0,00	0,00	26,64	26,64	5,33	0,00
Total (Benef):						25,0000		308,96	66,33	26,23	963,77	966,55	183,50	0,00
Total (Resp):						25,0000		308,96	66,33	26,23	963,77	966,55	183,50	0,00





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: REITZ/1540568		DATA/HORA: 05/02/2018 06:30
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB		
BR: 230	KM: 23.0	SENTIDO: Decrescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA: Pleno dia	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: Céu Claro	
TIPO DE VIA: Principal	TIPO DE PISTA: Dupla	CONDIÇÃO DE PISTA: Seca
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIÁRIA: Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Não	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 1



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

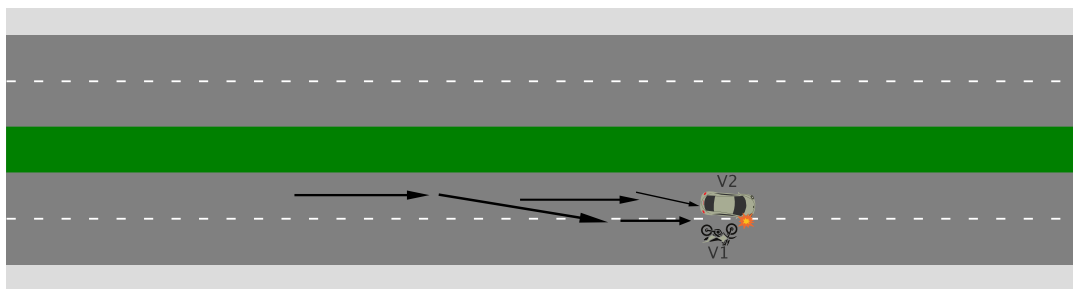
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

Croqui



Bayeux/PB

Cabedelo/PB

Narrativa

No dia 05/02/2018, às 06:30h, em João Pessoa/PB, no km 23 da BR 230, constatou-se através dos vestígios e orientação dos danos nos veículos, que o veículo HONDA/NXR150 BROS KS, de placas MOP-9267/PB, V1, trafegava na linha divisória de faixas, quando o veículo I/CHEVROLET AGILE LTZ, de placas MOM-4742/PB, V2, que seguia na faixa da esquerda decidiu mudar para a faixa da direita devido a lentidão do trânsito a sua frente, momento em que colidiu na lateral de V1, conforme croqui. OBS.: 1 - Velocidade regulamentar no local é de 80 km/h. 2 - Existe sinalização vertical e horizontal em boas condições. 3 - As condições ambientais eram boas no momento do acidente

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 12





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 2

		MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO				PROTOCOLO: 18008527B01
						STATUS: Encerrado

VEÍCULOS			
SEQUENCIAL: V1	PLACA: MOP9267	MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS KS	ANO FABRICAÇÃO: 2007
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEICULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KD03208R006722	RENAVAM: 00941881679	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Outras	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Transitava na linha divisória de faixas.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: LAERTHE DE MENEZES		CPF/CNPJ: 074.171.664-07	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:			NUMERO:
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			





 <div style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO </div> 	PROTOCOLO: 18008527B01
	STATUS: Encerrado

VEÍCULOS			
SEQUENCIAL: V2	PLACA: MOM4742	MARCA/MODELO: I/CHEVROLET AGILE LTZ	ANO FABRICAÇÃO: 2010
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEICULO: Automóvel	
CHASSI: 8AGCN48X0BR187701	RENAVAM: 00283306092	PAIS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Mudando de faixa	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: RAFAEL BATISTA DE OLIVEIRA		CPF/CNPJ: 089.637.484-05	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:			NUMERO:
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: JOAO PESSOA/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568	
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45	NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar	





 <div style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO </div> 	PROTOCOLO: 18008527B01
	STATUS: Encerrado

PESSOAS			
SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO	
NOME: laertthe menezes	CPF: 074.171.664-07	DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1986	
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino	
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:		
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:		NÚMERO:	
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
MUNICÍPIO/UF:			
TELEFONE:	EMAIL:		
Dados da Habilitação			
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB	
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 06732957032	UF: PB	
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 03/11/2016		VALIDADE DA CNH: 10/06/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 15			
Circunstâncias			
ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL		
USAVA CAPACETE: Ignorado	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL		
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não	
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: socorrido pelo SAMU			
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:			

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568	
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45	NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar	



 <div style="text-align: center;"> MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO </div>		PROTOCOLO: 18008527B01
		STATUS: Encerrado

PESSOAS			
SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		ENVOLVIMENTO:	
V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS		Passageiro	
NOME:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:	
bianca medeiros espindola		20/04/1986	
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:	
195662292002-0	ssp/MA	Feminino	
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:		
	selma medeiros espindola		
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:			NUMERO:
COMPLEMENTO:			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:			
TELEFONE:		EMAIL:	
Circunstâncias			
ESTADO FÍSICO:		USAVA CINTO DE SEGURANÇA:	
Lesões Leves		NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE:		USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:	
Ignorado		NÃO APLICÁVEL	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:			

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568	
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45	NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar	





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ		ENVOLVIMENTO: Condutor/ PROPRIETÁRIO
NOME: RAFAEL BATISTA DE OLIVEIRA	CPF: 089.637.484-05	DATA DE NASCIMENTO: 14/11/1988
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado(a)	NOME DA MÃE: ROSANGELA BATISTA DE OLIVEIRA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: RUA SAO LUCAS	NÚMERO: 281	
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CRISTO REDENTOR	
MUNICÍPIO/UF: SANTO ANTONIO DO JACINTO/MG		
TELEFONE:	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 04569038414	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 10/02/2009	VALIDADE DA CNH: 23/09/2018	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Sim	RESULTADO DO TESTE: 0.0 mg/L	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 7



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: JULIANA SILVA OLIVEIRA	CPF: 069.856.524-09	DATA DE NASCIMENTO: 04/01/1987
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: EDJANE MOREIRA DA SILVA	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: ANTONIO GOMES DA SILVEIRA		NUMERO:
COMPLEMENTO: BL A1 APTO 404	BAIRRO: CRISTO REDENTOR	
MUNICÍPIO/UF: SANTO ANTONIO DO JACINTO/MG		
TELEFONE:	EMAIL:	
Circunstâncias		
ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / MOP9267 / HONDA/NXR150 BROS KS

NÚMERO DO BAT:

18008527B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

REITZ/1540568

DATA/HORA:

05/02/2018 06:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 9 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 9



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 10 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / MOM4742 / I/CHEVROLET AGILE LTZ

NÚMERO DO BAT:

18008527B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

REITZ/1540568

DATA/HORA:

05/02/2018 06:30

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalás ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

0

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 11 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 11



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18008527B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF REITZ, MATRÍCULA 1540568

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 09/02/2018 12:45

NÚMERO DE CONTROLE: F507DEEAFE80C8511C0DA6D31A8883

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 12 de 12



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/07/2019 16:36:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072916362788100000022374617>
Número do documento: 19072916362788100000022374617

Num. 23072599 - Pág. 12



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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 04/02/18	ID da Ocorrência 1973/40	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 04	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base Hs	Hora de Chegada no Local Hs
Paciente / Usuário Bianca Mendes		Idade 31		Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro Br 230			Bairro Br 230		Médico Regulador Ima	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar) Hosp. Unimed.				Responsável e Assinatura (Assinatura e Carimbo) 		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: colisão carro x moto	Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS ↳ Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:	Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:	Hospital de Destino:
	Responsável:
	ANTECEDENTES
	<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
	Quais?

1. DADOS VITAIS

P.A.: FC: FR: HGT: SpO2 - S/O2: SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções: **AVP.**

Evolução do Enfermeiro:

Vítima do acidente vítima existente, agitada, suada, 1ª vítima com suspeita de fratura em nível do tornozelo direito. 2ª vítima com suspeita de fratura em nível do tornozelo esquerdo. 3ª vítima com suspeita de fratura em nível do tornozelo direito. 4ª vítima com suspeita de fratura em nível do tornozelo esquerdo. 5ª vítima com suspeita de fratura em nível do tornozelo direito. 6ª vítima com suspeita de fratura em nível do tornozelo esquerdo. 7ª vítima com suspeita de fratura em nível do tornozelo direito. 8ª vítima com suspeita de fratura em nível do tornozelo esquerdo. 9ª vítima com suspeita de fratura em nível do tornozelo direito. 10ª vítima com suspeita de fratura em nível do tornozelo esquerdo.

CONFERE COM ORIGINAL

Impressão por lais.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOÃO PESSOA



2 - VIA AÉREA:
☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:
☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Fétido

3 - CIRCULAÇÃO:
☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

3.1 - EDEMAS:
☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO
☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO
☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.
☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
 ECG: _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS <input type="checkbox"/> Bomba de Infusão <input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia <input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia <input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas <input type="checkbox"/> Drenagem torácica <input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão <input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2) <input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> KED Adulto <input type="checkbox"/> KED Infantil <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa <input type="checkbox"/> Orotraqueal <input type="checkbox"/> Prancha Longa <input type="checkbox"/> Punção venosa <input checked="" type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Tais / Tração <input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática) <input type="checkbox"/> VMI <input type="checkbox"/> VMNI <input type="checkbox"/> Outros: _____
---	--	--	---

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

2 - SIRA 2 - Equipos.

2 - Ideo 20

luzes

PETECES DA VÍTIMA
☐ Não ☐ Sim
 Objetos: _____

Entregues a / Local: _____ Assinatura com Carimbo do receptor: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUCTOR _____ MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Frechimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____



HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA
Sistema de Urgência e Emergência
Ficha de Atendimento de Urgência e Emergência



1738728

Atendimento : 1738728 Prontuário : 385473 Data/Hora : 05/02/2018 8:05:01

Paciente : BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Sexo : FEMININO

Nascimento : 20/04/1986 Idade : 31 anos 9 meses 18 dias Doc :
Endereço : RUA ROBERTO FRANCO DE OLIVEIRA Num : 77
Bairro : JOSE AMERICO DE ALMEIDA Cidade : JOAO PESSOA

Convênio : UNIMED JOAO PESSOA Plano : PLANO COM REDUTOR
Carteira : 00335200001002710 Tipo : ATENDIMENTO (URGÊNCIA)
Mãe : SUELMA MEDEIROS ESPINOLA

Classificação de Risco Senha : A0022 Usuário : NOLMA ALVES DE BRITO (COREN : 286921)

Hora do Toler : 07:48:25 Início Classificação : 07:52:58 Fim Classificação : 07:57:49

Prioridade : AMARELO - URGENTE Especialidade : CIRURGIA GERAL

Queixa Principal : PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU VITIMA DE COLISAO MOTOXCARRO COM OULIXAS DE DOR LUMBAR - PÉ ESQUERDO
NEGA DM/HAS/ALERGIA

Fluxograma/Sintoma : PROBLEMAS EM EXTREMIDADES Discriminadores : DOP MODERADA?

Observação :

Sinais Vitais
Escala de Coma de Glasgow Adulto (15) (NIPS - DE 0 A 28 DIAS: 7) (SP02: 99 %)

Alergias

Assinatura
PACIENTE/RESPONSÁVEL

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley





UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA TRAB. MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M1873
Em: 05/02/2018 08:32

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1988 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Diae Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição...: 2398474 | Data...: 05/02/2018 | Hr...: 08:29
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO FUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporal...:

1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - PA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 RINGER COM LACTATO BOLSA 500ML	2	BOLSA		IV	AGORA	(05/02) 08:29
CEFRONA 500MG/ML AMPOLA 10ML	12	AMPOLA 2/2ML		IV	AGORA	(05/02) 08:29
15 AGUA PARA INJECAO 10ML (EMB. PLASTICA)	1	AMPOLA				
1 SERINGA BISCO 10ML SEM	1	UNIDADE				
1 AGULHA LUER SLIP	1	UNIDADE				
1 AGULHA DESCARTAVEL 25x7	1	UNIDADE				

TRAMAL 100mg + SF 100ml / 20

Dr. Elivaldo S. Toledo
033-001873
Hospital Unimed J.P.
ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM 001873



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M5221
Em: 05/02/2018 14:43

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc.: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito...: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Diae Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição...: 2399742 | Data...: 05/02/2018 | Hr.: 14:43
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corporal...:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA - CRM: 005221
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO

1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Ord	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Morários
6 TYLEX 7.5MG COMPRIMIDO	1	COMPRIMIDO		VO	AGORA	[05/02] 14:43

ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
CRM 005221

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por:M5221
Em: 05/02/2018 14:45

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc.: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. int.: Leito.: Internação.: 05/02/2018 - Hr. int.: 08:05 Dias int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio.: UNIMED JOAO PESSOA
Médico.: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição.: 2399748 | Data.: 05/02/2018 | Hr.: 14:44
Diagnóstico.: | Cid.: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso.: | Altura.: | Sup. Corporea.:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO..... ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA - CRM: 005221
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO


1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
7 IMOBILIZACAO DE MEMBRO SUPERIOR Obs.: axila pamar					AGORA	[05/02] 14:44


ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
CRM 005221





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M1873
Em: 05/02/2018 08:28

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Nasc: 20/04/1986 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição...: 2398446 | Data...: 05/02/2018 | Hr.: 08:18
Diagnóstico...: | Cid...: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso...: | Altura...: | Sup. Corpora...:

1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA - PA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1						RX PUNHO DIREITO: A.P. - LAT. - OBLIQUAS ; Exame: 558602 Justificativa: contusão punho direito

2 RX MAO DIREITA Exame: 558602
Justificativa: contusão punho direito

Elivaldo S. Toledo
033001873
Unimed JP
ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM 001873

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: M4127
Em: 05/02/2018 11:46

Paciente...: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA Dt. Naso: 20/04/1988 Idade.: (31a 9m 18d)
Atendimento: 1738728 Serviço: CIRURGIA GERAL
Unid. Int.: Leito.: Internação.: 05/02/2018 - Hr. Int.: 08:05 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: SUELMA
MEDEIROS ESPINOLA Convênio.: UNIMED JOAO PESSOA
Médico.: ELIVALDO SALES DE TOLEDO | Prescrição.: 2388212 | Data.: 05/02/2018 | Hr.: 11:46
Diagnóstico.: | Cid.: S802 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO
Peso.: | Altura.: | Sup. Corporal.:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ORLANDO CAVALCANTI DE F FILHO - CRM: 004127
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO


1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE DIAGNOSTICO POR IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Datas/Horários
5 RX PUNHO DIREITO: A.P. - LAT. - OBLIQUAS ; Exame: 558635 Justificativa: DOR NO PUNHO						


ORLANDO CAVALCANTI DE F FILHO
CRM 004127



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Relatório de Evolução

Em 05/02/2018 08:17

Paciente: 385473 - BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Idade: 31 Anos 9 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 20/04/1986

Prestador Assistente: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Conselho / Número Cons.: CRM 001873

Função: MEDICO (A) COOPERADO

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento: 1738728

Leito:

Admissão: 05/02/2018 08:05

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: PLANO COM REDUTOR

EVOLUÇÃO: 2398433 (FECHADO)

Responsável: ELIVALDO SALES DE TOLEDO - CRM 001873
/ CIRURGIA GERAL

Data de Referência:

05/02/2018

Data/Hora do Documento:

05/02/2018 08:13

paciente vítima de acidente de motocicleta, levando a contusão no punho e mão direita. nega dor nas demais partes do corpo.

Dr. Elivaldo Sales de Toledo
CRM 001873
HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley

Impresso por lais.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA



UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MVPEP - Prontuário Eletrônico do Paciente
Parecer Médico

Página 1 de 1
Emitido por: ELIVALDO SALES DE TOLEDO
Em: 05/02/2018 08:38

Dados do Paciente:

Paciente: 385473 BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Idade: 31 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 20/04/1986

Dados da Internação:

Atendimento: 1738728

CID: S602 CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA

Convênio: 3 UNIMED JOAO PESSOA

Dt Internação: 05/02/2018

Serviço: CIRURGIA GERAL

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 6306

Data: 05/02/2018

Prestador: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Especialidade: 33 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Descrição: CONTUSÃO NO PUNHO E MÃO DIREITA

ELIVALDO SALES DE TOLEDO

CRM 004873

UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1

laís.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

Atendimento: 1738728

Paciente: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

Data de Nascimento: 20/04/1986

Médico Assistente: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

Prestador Responsável: HERICA HALANA NUNES DE BRITO

Conselho / Número COREN 335067

Idade: 31 Anos 9 Meses

Leito Atual:

Setor: PA - POSTO / OBS. GERAL - HP

Função: TECNICO EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 05/02/2018

Data anotação: 05/02/2018

Hora anotação: 16:39


Responsável: HERICA HALANA NUNES DE BRITO

Leito:

Anotação

ORTOPEDIA

09:30 - PACIENTE REALIZOU PARECER COM O ORTOPEDISTA VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR EM MSD E PÉ ESQUERDO, REALIZADO AVALIAÇÃO E EXAME FÍSICO, SOLICITADO EXAME DE IMAGEM (RX SEM TALA).
14:45 - PACIENTE REAVALIADA LOGO APOS EXAME, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO VO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA E COLOCADO IMOBILIZADOR TIPO AXILO PALMAR, LIBERADA COM ORIENTAÇÕES E RECEITA.


HERICA HALANA NUNES DE BRITO
COREN 335067

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 06/02/2018 18:05:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: BIANCA MEDEIROS ESPINOLA

RG: 195662920020

PESO:

IDADE: 31 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento: 20/04/1986

PRESTADOR ASSISTENTE: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

DATA DE ATENDIMENTO: 05/02/2018 08:05:01

ATENDIMENTO: 1738728

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÊNIO: UNIMED JOAO PESSOA

PLANO: PLANO COM REDUTOR

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S602 - CONTUSAO DE OUTRAS PARTES DO PUNHO E DA MAO

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

05-02-2018 RX - MAO OU QUIRODACTILOS

05-02-2018 RX - PUNHO

05-02-2018 RX - PUNHO

TRATAMENTO TERAPÊUTICO

PRESTADOR: ELIVALDO SALES DE TOLEDO

ÚLTIMA:

05/02/2018

EVOLUÇÃO

paciente vítima de acidente de motocicleta, levando a contusão no punho e mão direita. nega dor nas demais partes do corpo.

CONDLTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

Dr. Elivaldo S. Toledo
05/02/2018
Hospital Alberto Urquiza Wanderley
ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM-001873



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



1738728

unimed **GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT** 2 - Nº Guia no Prontuário: **449693**

1 - Registro ABO: **321044** 2 - Número de Guia: **110176**

3 - Data da Assinatura: **05/02/2018** 4 - Data Validade da Guia: **05/02/2018** 5 - Motivo da Guia: **Atividade para Otorrinolaringologia**

6 - Número da Central: **00335200001002710** 7 - Unidade de Cuidado: **UNIMED J. PESSOA COOPERATIVA DE TRAB. MEDICO** 8 - Nome: **BIANCA MEDEIROS ESPINOLA** 9 - Cuidado Especial de Saúde: **N**

10 - Código da Central: **110176** 11 - Nome do Profissional: **ELIVALDO SALES DE TOLEDO** 12 - Conselho Profissional: **6** 13 - Número no Conselho: **001873** 14 - UF: **25** 15 - Código CBO: **225225** 16 - Assinatura do Profissional: *[Assinatura]*

17 - Data do Exame: **05/02/2018** 18 - Instrução Clínica: **contusão mão direita.** 19 - Tipo de Exame: **2** 20 - Descrição: **contusão mão direita.** 21 - Cód. S.O.S.: **1** 22 - Cód. Aut.: **1**

23 - Tipo de Atendimento: **1** 24 - Tipo de Atendimento: **1** 25 - Tipo de Atendimento: **1** 26 - Tipo de Atendimento: **1** 27 - Tipo de Atendimento: **1** 28 - Tipo de Atendimento: **1** 29 - Tipo de Atendimento: **1** 30 - Tipo de Atendimento: **1** 31 - Tipo de Atendimento: **1** 32 - Tipo de Atendimento: **1** 33 - Tipo de Atendimento: **1** 34 - Tipo de Atendimento: **1** 35 - Tipo de Atendimento: **1** 36 - Tipo de Atendimento: **1** 37 - Tipo de Atendimento: **1** 38 - Tipo de Atendimento: **1** 39 - Tipo de Atendimento: **1** 40 - Tipo de Atendimento: **1** 41 - Tipo de Atendimento: **1** 42 - Tipo de Atendimento: **1** 43 - Tipo de Atendimento: **1** 44 - Tipo de Atendimento: **1** 45 - Tipo de Atendimento: **1** 46 - Tipo de Atendimento: **1** 47 - Tipo de Atendimento: **1** 48 - Tipo de Atendimento: **1** 49 - Tipo de Atendimento: **1** 50 - Tipo de Atendimento: **1** 51 - Tipo de Atendimento: **1** 52 - Tipo de Atendimento: **1** 53 - Tipo de Atendimento: **1** 54 - Tipo de Atendimento: **1** 55 - Tipo de Atendimento: **1** 56 - Tipo de Atendimento: **1** 57 - Tipo de Atendimento: **1** 58 - Tipo de Atendimento: **1** 59 - Tipo de Atendimento: **1** 60 - Tipo de Atendimento: **1** 61 - Tipo de Atendimento: **1** 62 - Tipo de Atendimento: **1** 63 - Tipo de Atendimento: **1** 64 - Tipo de Atendimento: **1** 65 - Tipo de Atendimento: **1** 66 - Tipo de Atendimento: **1** 67 - Tipo de Atendimento: **1** 68 - Tipo de Atendimento: **1** 69 - Tipo de Atendimento: **1** 70 - Tipo de Atendimento: **1** 71 - Tipo de Atendimento: **1** 72 - Tipo de Atendimento: **1** 73 - Tipo de Atendimento: **1** 74 - Tipo de Atendimento: **1** 75 - Tipo de Atendimento: **1** 76 - Tipo de Atendimento: **1** 77 - Tipo de Atendimento: **1** 78 - Tipo de Atendimento: **1** 79 - Tipo de Atendimento: **1** 80 - Tipo de Atendimento: **1** 81 - Tipo de Atendimento: **1** 82 - Tipo de Atendimento: **1** 83 - Tipo de Atendimento: **1** 84 - Tipo de Atendimento: **1** 85 - Tipo de Atendimento: **1** 86 - Tipo de Atendimento: **1** 87 - Tipo de Atendimento: **1** 88 - Tipo de Atendimento: **1** 89 - Tipo de Atendimento: **1** 90 - Tipo de Atendimento: **1** 91 - Tipo de Atendimento: **1** 92 - Tipo de Atendimento: **1** 93 - Tipo de Atendimento: **1** 94 - Tipo de Atendimento: **1** 95 - Tipo de Atendimento: **1** 96 - Tipo de Atendimento: **1** 97 - Tipo de Atendimento: **1** 98 - Tipo de Atendimento: **1** 99 - Tipo de Atendimento: **1** 100 - Tipo de Atendimento: **1**

101 - Data de Realização do Procedimento em Sala: **05/02/2018** 102 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável: *[Assinatura]* 103 - Assinatura do Profissional: *[Assinatura]* 104 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 105 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 106 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 107 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 108 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 109 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 110 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 111 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 112 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 113 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 114 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 115 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 116 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 117 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 118 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 119 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 120 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 121 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 122 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 123 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 124 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 125 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 126 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 127 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 128 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 129 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 130 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 131 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 132 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 133 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 134 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 135 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 136 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 137 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 138 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 139 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 140 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 141 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 142 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 143 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 144 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 145 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 146 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 147 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 148 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 149 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 150 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 151 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 152 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 153 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 154 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 155 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 156 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 157 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 158 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 159 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 160 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 161 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 162 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 163 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 164 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 165 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 166 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 167 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 168 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 169 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 170 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 171 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 172 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 173 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 174 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 175 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 176 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 177 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 178 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 179 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 180 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 181 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 182 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 183 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 184 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 185 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 186 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 187 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 188 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 189 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 190 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 191 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 192 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 193 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 194 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 195 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 196 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 197 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 198 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 199 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]* 200 - Assinatura do Responsável: *[Assinatura]*

Impresso por: ACESSOPRD Data/Hora: 05/02/2018 08:28:54

Atendimento: 1738726

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

1738726

1015.domingues em 23/02/2018 12:56:35 HOSPITAL ALBERTO URQUIZA WANDERLEY - UNIMED JOAO PESSOA

Bianca M. Espinola



Imagem Radiográfica

Diagnóstico Frat. Escapóide NOS
UDE: Exame RC em Anexo

Deixa para o médico o tratamento
Ortognico pl Alívio dos Sint
mas e preparo da lesão ligamentar
ponto e da Fratura Escapóide de
Urgência

Assinatura

Dr. Antônio Lacerda
CRM-PB 5078
Tel. 99142753 / 99142982

04.03.18



Rua Miriam Barreto Rabelo, 591, Aeroclube
João Pessoa | PB - CEP 58036-690 - Tel: (83) 3578 3000

www.ortotraumamedical.com.br

f /ortotraumamedicalcenter

@ortotraumamedical

Diretor Técnico: André Luis Lopes Gomes de Siqueira CRM 8267/PB





Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara Cível da Capital

0842133-80.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos.

Defiro o pedido de gratuidade de justiça.

À luz do que dispõe o art. 321 do CPC, intime-se o autor para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a petição inicial, esclarecendo o fato e o fundamento jurídico do pedido de indenização do valor de R\$438,32 (quatrocentos e três reais e trinta e dois centavos).

JOÃO PESSOA, data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL - JOÃO PESSOA - PARAÍBA.

BIANCA MEDEIROS ESPINDOLA, já qualificada nos autos do processo em epígrafe, por seus advogados, devidamente constituídos, vem, à presença de Vossa Excelência, com o devido respeito e acatamento estribado no artigo 319, II e VII do Código de Processo Civil, requer seja emendada a inicial no sentido de complementar, esclarecer o pedido da parte Autora:

Fundamentos:

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-

Diante do alegado, em consonância com a documentação acostada:

Requer, ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), mais R\$ 438,32 (quatrocentos e trinta e oito reais e trinta e dois centavos), REFERENTE AS DESPESAS MÉDICAS (COMPROVANTES ID 23072344), além as correções legais e honorários sucumbenciais.



Nestes termos,
Pede e espera deferimento.
João Pessoa, 02 de junho de 2020.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968





Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0842133-80.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócua. A parte autora busca no Judiciário a revisão/modificação de ato praticado no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juízo. Ademais, a experiência prática demonstra que as seguradoras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação.

Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

João Pessoa, data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0842133-80.2019.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro]

Autor: BIANCA MEDEIROS ESPINDOLA

N o m e : B R A D E S C O

S E G U R O S

S / A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado por seu representante legal, através deste, ficar ciente do despacho em frente: Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertência do art. 344 do CPC/2015. JOÃO PESSOA, em 31 de julho de 2020.

ANA CRISTINA PESSOA DINIZ

Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 19072916362028400000022373729



CERTIDÃO

Certifico que às 12H:30M, do dia 14.08.2020, na forma do artigo 3º, da Resolução 313/2020 do CNJ, que autoriza a utilização dos meios tecnológicos disponíveis e Ato Normativo Conjunto 07/2020 do TJ-PB, MP-PB, DPE-PB e OAB/PB, procedi a CITAÇÃO do Bradesco Seguros, através do e-mail institucional (vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br); dando-lhe ciência de todo conteúdo deste, bem como enviando-lhe cópia do mandado Id 32846054. O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 14 de agosto de 2020

Antônio Alberto Filgueira

Oficial de Justiça – Mat. 472.749-5

