



Número: **0845890-82.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34139 834	10/09/2020 09:26	<u>2748695_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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, 09 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190416797 Vítima: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Data do Acidente: 04/02/2017 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

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 n° 14539084



230 01327/01328 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Núm. 34139834 - 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, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190416797 Vítima: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Data do Acidente: 04/02/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Informamos que o pagamento da indenização o 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 completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001635-7

Conta: 000010019188-6

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **D223 226/19** 3 - CPF da vítima: **323398304-00** 4 - Nome completo da vítima: **Bogren Abraantes de Andrade**

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

5 - Nome completo: **Bogren Abraantes de Andrade** 6 - CPF: **323398304-00**
 7 - Profissão: **Militar** 8 - Endereço: **R. Bone Wagner Alexandrino Bogren 59** 9 - Número: **59** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Bancários** 12 - Cidade: **Jacaré Pequeno** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58051-320**
 15 - E-mail: **Reynor.** 16 - Tel.(DDD): **183441969028**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bancard**

AGÊNCIA: **1635** CONTA: **19.383** (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos? Sim Não

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

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

Jacaré Pequeno PB 03-07-2014

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

natura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

10/09/2020



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 4

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 0229 783/09 3 - CPF da vítima: 323398304-00 4 - Nome completo da vítima: Bogéciel Abraantes de Andrade

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

5 - Nome completo:	<u>Bogéciel Abraantes de Andrade</u>	6 - CPF:	<u>323398304-00</u>
7 - Profissão:	<u>Militar</u>	8 - Endereço:	<u>R. Bento Wagnor Alcântara Bogéciel 59</u>
11 - Bairro:	<u>Bom Jardim</u>	12 - Cidade:	<u>João Pessoa</u>
13 - Estado:	<u>PB</u>	14 - CEP:	<u>58051-320</u>
15 - E-mail:	<u>Recreio.</u>		
16 - Tel.(DDD):	<u>(83) 94196028</u>		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brizic

AGÊNCIA: 1635 CONTA: 17-188
 (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 somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (várias): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

João Pessoa PB 08-07-2014
Teguiciel Abraantes de Andrade

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2º | Nome: 08 JUL 2014
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

tura do Representante Legal (se houver)

0000/0000

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 6

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00706.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00706.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 13:09 horas do dia 06 de abril de 2017, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Ezequiel Abrantes de Andrade, CPF nº 323.398.104-00, CNH nº 2708890109, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Militar, filho(a) de Luiza Maria de Abrantes e Antonio Abrantes Ferreira, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 04/05/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bancário Wagner Alexandrino Bezerra Japyassu, Nº 55, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Praça da Paz, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98723-2788.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Santa Bárbara, Por Trás do Shopping Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Jardim Cidade Universitária; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/03/17 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 04.03.2017, por volta das 10h00, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CB 500X, COR CINZA, ANO 2015/2015, PLACA QFI6407/PB, CHASSI 9C2PC4920FR002431, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, pela Av. Santa Bárbara, Jardim Cidade Universitária, nesta capital, quando perdeu o controle da motocicleta ao passar por uma curva, vindo a cair ao solo e lesionar-se, conforme Boletim de Entrada nº 978704, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU.

ADENDO(S):

Que na data 01/07/2019, à(s) 10:49 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: PARA CONSTAR A DATA CORRETA E HORÁRIO DO ACIDENTE, COMO SENDO 04/02/2017 POR VOLTA DAS 15H20MIN, RATIFICANDO OS DEMAIS TERMOS.. Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula: 1565699.

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.



Procedimento Policial: 00706.01.2017.1.00.420

1/2



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



João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA CENTRAL DE POLÍCIA CIVIL DE JOÃO PESSOA - SETOR DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SENDO PRESERVADO O CABEÇALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.

Procedimento Policial: 00706.01.2017.1.00.420

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 8

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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00706.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00706.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:09 horas do dia 06 de abril de 2017, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ezequiel Abrantes de Andrade**, CPF nº 323.398.104-00, CNH nº 2708890109, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Militar, filho(a) de Luiza Maria de Abrantes e Antonio Abrantes Ferreira, natural de Sousa/PB, nascido(a) em 04/05/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bancário Wagner Alexandrino Bezerra Japyassu, Nº 55, bairro Bancários, tendo como ponto de referência Praça da Paz, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98723-2788.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Santa Bárbara, Por Trás do Shopping Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Jardim Cidade Universitária; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/03/17 10:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 04.03.2017, por volta das 10h00, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CB 500X, COR CINZA, ANO 2015/2015, PLACA QFI6407/PB, CHASSI 9C2PC4920FR002431, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, pela Av. Santa Bárbara, Jardim Cidade Universitária, nesta capital, quando perdeu o controle da motocicleta ao passar por uma curva, vindo a cair ao solo e lesionar-se, conforme Boletim de Entrada nº 978704, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU.

ADENDO(S):

Que na data 01/07/2019, à(s) 10:49 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: PARA CONSTAR A DATA CORRETA E HORÁRIO DO ACIDENTE, COMO SENDO 04/02/2017 POR VOLTA DAS 15H20MIN, RATIFICANDO OS DEMAIS TERMOS.. Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula: 1565699.

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.



Procedimento Policial: 00706.01.2017.1.00.420

1/2



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



João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE
Noticiante

ESTA CERTIDÃO FOI EXPEDIDA NA CENTRAL DE POLÍCIA CIVIL DE JOÃO PESSOA - SETOR DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, SENDO PRESERVADO O CABEÇALHO DA DELEGACIA ONDE O BO FORA ORIGINALMENTE REGISTRADO.

Procedimento Policial: 00706.01.2017.1.00.420

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 10

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **D223 22119** 3 - CPF da vítima: **323398304-00** 4 - Nome completo da vítima: **bezeguel abrantes de Andrade**

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

5 - Nome completo: **bezeguel abrantes de Andrade** 6 - CPF: **323398304-00**
7 - Profissão: **Morador** 8 - Endereço: **R. Bernardo Wagner Alexandino Bezerra 59**
9 - Número: **59** 10 - Complemento:

11 - Bairro: **Bancários** 12 - Cidade: **Joinville** 13 - Estado: **SC** 14 - CEP: **88051-320**
15 - E-mail: **Reyvow.** 16 - Tel.(DDD): **18349148028**

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

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (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: **Brasile**

AGÊNCIA: **1635** CONTA: **19.388** 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

23 - Declaração de ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

MORTE

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, _____

Joinville SC 03-07-2014

Eugenio de Souza Melo

Iura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0229 783/59** 3 - CPF da vítima: **323398304-00** 4 - Nome completo da vítima: **Ezequiel Abraantes de Andrade**

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

5 - Nome completo:	Ezequiel Abraantes de Andrade		6 - CPF:	323398304-00	
7 - Profissão:	Militar	8 - Endereço:	R. Barreiro Wagner Alexandrino Bezerra 59	9 - Número:	59
11 - Bairro:	Bananeiras	12 - Cidade:	Jacauá-PB	13 - Estado:	PB
15 - E-mail:	Recyoon.		16 - Tel.(DDD):	(83) 9 9808-028	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bancor**

AGÊNCIA: **1635** CONTA: **17.388/4**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

Jacauá-PB 08-07-2014

Ezequiel Abraantes de Andrade

Inatura do Representante Legal (se houver)

1.10007/2010

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>

Número do documento: 20091009262370300000032653815

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 06 JUL 2013
 39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

Assinatura da testemunha

06 JUL 2013

Assinatura da testemunha

Num. 34139834 - Pág. 12

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0229 783/59** 3 - CPF da vítima: **323398304-00** 4 - Nome completo da vítima: **Ezequiel Abraantes de Andrade**

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

5 - Nome completo:	Ezequiel Abraantes de Andrade		6 - CPF:	323398304-00	
7 - Profissão:	Militar	8 - Endereço:	R. Barreiro Wagner Alexandrino Bezerra 59	9 - Número:	59
11 - Bairro:	Bananeiras	12 - Cidade:	Jacauá-PB	13 - Estado:	PB
15 - E-mail:	Recyoon.		16 - Tel.(DDD):	(83) 9 9808-028	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bancor**

AGÊNCIA: **1635** CONTA: **17.388/4**
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deu à luz (nascituro/vivôscar)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

Jacauá-PB 08-07-2014

Ezequiel Abraantes de Andrade

Inatura do Representante Legal (se houver)

1.10007/2010

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>

Número do documento: 20091009262370300000032653815

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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



CNPJ 03.806.754/0015-40
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 704/037, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1592579, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE idade 54 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 04/02/2017, na Av. Santa Barbara, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 15:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 17 de Abril de 2017.



Jefferson da Rocha Augusto
Especialista
CRM/S - Região: 10171
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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





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



CNPJ 03.906.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Bairro: Água Fria - Zona Sul
João Pessoa - PB
CEP: 58053-900

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 704/037, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1592579, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE idade 54 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 01/02/2017, na Av. Santa Barbara, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 15:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 17 de Abril de 2017.



Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS^a Região: 10171

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

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01635-7

CONTA: 000010019188-6

Nr. da Autenticação 8009A8048B235532



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 16

Hipercard

00002433

CFC RECIE PE PPA P.L.G

PC-12

EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE
R BANC WAGNER ALEXANDRINO BEZERRA JAP'SS
BANCARIOS
58051-320 JOAO PESSOA PB



Vencimento: 09/12/2015
Emissão: 27/12/2015
Fechamento próxima fatura: 01/02/2016

Titular EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

Cartão 6062.JXXX.XXX,7569

Pra que o operador a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030.



Resumo da fatura em R\$

Saldo de faturamento	377,57
Descontos e abatimentos atuais	-377,57
Total desta fatura	0,00
(0,00)	606,00

655



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>

Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 17

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE
DATA DE NASCIMENTO	04/05/62
NOME DA MÃE	LUIZA MARIA DE ABRANTES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	978.704
DATA DO ATENDIMENTO	04/02/17
HORA DO ATENDIMENTO	16:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA+ LUXAÇÃO GLENO-UMERAL ESQUERDA
CID 10	S43.1 + S43.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro esquerdo com limitação funcional. Torax e abdomen sem alterações. Glasgow 15. Apresenta luxação acromioclavicular esquerda, associada a luxação posterior gleno-umeral esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo

RX de ombro direito

TRATAMENTO:

Atendimento inicial. Imobilização.

ALTA HOSPITALAR: 04/02/17

DATA DA EMISSÃO: 27/06/17

03 JUL. 2019

LEIASSSESSORIA
CORRETORA DE SEGUROS

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Digitized by srujanika@gmail.com

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23

Número do documento: 20091008262370300000032653815

Num. 34130834 Pág. 10



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

DATA DE NASCIMENTO 04/05/62

NOME DA MÃE LUIZA MARIA DE ABRANTES

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 100936

BOLETIM DE ENTRADA N.º 987329

DATA DO ATENDIMENTO 15/03/17

HORA DO ATENDIMENTO 19:40

MOTIVO DO ATENDIMENTO TRAUMA

DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQ.

CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, PACIENTE COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQ. HÁ 30 DIAS. REFERE DORES INTENSA . NECESSITA DE CIRURGIA. AVALIADO PELA ORTOPEDIA

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX OMBRO ESQ.

EXAMES HEMATOLOGICOS

ECG com risco cirúrgico.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX OMBRO ESQ. - LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQ.



TRATAMENTO:

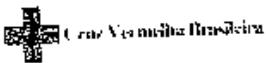
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 21/03/17
DATA DA EMISSÃO: 04/04/19

*Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CRM 1873/PB*
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 987329



Identificação do paciente

ID 1150461	Nome EZEQUEL ABRANTE DE ANDRADE	Sexo Masculino	
Data de nascimento 04/05/1982	Idade 54 anos 10 meses 11 dias	Estado civil Solteiro	Religião Prótestante
Mãe LUIZA MARIA DE ABRANTES	Pai ANTONIO ABRANTE FERREIRA		
Escolaridade BANCARIOS	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987232788	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 789850	Nº Crs 708008324972228	
Local de procedência BANCARIOS	Type BAIRRO	UF PB	IPB
Email	Naturalidade Sousa	CBOR	

Endereço

CEP 58051320	Município da residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIO WAGNER ALEXANDRINO BEZERRA JAPYASSU
Número 55	Complemento	Bairro BANCARIOS	

Admissão

Data e Hora 15/03/2017 19:40:17	Número de pulseira 1000059758326	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade CLÍNICA MEDICA	Clinica
---------------------------------	---------

Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA
------------------------	----------------------------------

Condutor de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente OUTROS
-------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velho de ambulância Não	Trauma Não
----------------------	-----------------------	----------------------------	---------------

Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou
--	------------------

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
THIAGO FERNANDES DE ARAUJO

Imprimir



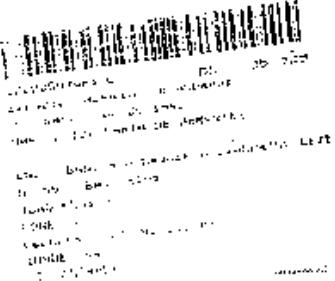
15/03/2017 19:53



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

IDADE:



PROCEDÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Emergência	<input type="checkbox"/> Ambulância de resgate	<input type="checkbox"/> Ambulância SAMU	<input type="checkbox"/> Policia	
TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Acropelamento
	<input type="checkbox"/> Furtos/roubo	<input type="checkbox"/> Explosão	<input type="checkbox"/> Arma de Fogo	<input type="checkbox"/> Arma branca	<input type="checkbox"/> Outros: _____
TIPO DE LESÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura fechada	<input checked="" type="checkbox"/> Ferimento aberto	<input checked="" type="checkbox"/> Envenenamento	<input type="checkbox"/> Lacerção	<input type="checkbox"/> Queimadura
	<input type="checkbox"/> Abordagem	<input type="checkbox"/> Objeto encalhado	<input type="checkbox"/> Ferimento contusão	<input type="checkbox"/> Amputação membro	<input type="checkbox"/> Outros: _____
LOCAL DA LESÃO:	<input type="checkbox"/> Membros sup. / <input type="checkbox"/> Membros inf. / <input type="checkbox"/> Tronco / <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço / <input type="checkbox"/> Outros: _____				
DADOS CLÍNICOS (sintomas)					

DATA DE INÍCIO DOS SÍTOMAS:

EXAME FÍSICO	P. mmHg	R. bpm	Spo2: _____	Tax _____
Sistema Neurológico:	<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Incônciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado Simetria: <input type="checkbox"/> Isocônicas Tamanho: <input type="checkbox"/> Midíase <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Alise			
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Nível de consciência normal			
Avaliação das pupilas:	Síntesis: <input type="checkbox"/> Isocônicas Tamanho: <input type="checkbox"/> Midíase <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Alise			
Sistema Respiratório:	<input type="checkbox"/> Ventilação normal <input type="checkbox"/> Ventilação expiratória <input type="checkbox"/> Vias aéreas pélvicas <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:	<input type="checkbox"/> Pulso ausente <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input type="checkbox"/> Perfusionar tecido satisfatória <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusionar tecido comprometida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Sistema Digestório:	<input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Gás de CO ₂ <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda Outros: _____ <input type="checkbox"/> Rrigidez abdominal <input type="checkbox"/> Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário:	<input type="checkbox"/> Diurna <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros: _____			

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

<input type="checkbox"/> Hipertensão	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Óncer	<input type="checkbox"/> Alergia	<input type="checkbox"/> Cirurgia
<input type="checkbox"/> Infecções	<input type="checkbox"/> Crises	Especificar: _____		

USO DE MEDICAÇÃO?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Especificar: _____
------------------------------	------------------------------	--------------------

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
------------------------------	------------------------------

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO:	ENFERMEIRO:	COREM:
F/NGL/ENF 022-1		



 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES		
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
				/ / / / /		Male <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE		12 - PCD
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)						
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO						
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR				19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA				21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)						
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				29 - DIÁRIA DE UTI TIPO I		
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				31 - QTDE		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTDE		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTDE		
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
						
PROFISSIONAL SOLICITANTE						
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				39 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
40 - DOCUMENTO		41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
CNS		CPF				
AUTORIZAÇÃO						
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		
CNS		CPF				





ת-ב-א-ב-כ-כ-ב-א-ת

200 200



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>

Número do documento: 20091009262370300000032653815

Núm. 34139834 - Pág. 25



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: _____ BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: _____
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: _____ 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Procedimentos Cirúrgicos	Código
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim ()Não. Descrição: _____



Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

()Enfermaria ()Terapia Intensa ()Residência ()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, _____

FNCG/ASCIJ.R.009-1





SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE CIRURGIOS



SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE CIRURGIOS

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição: ...
Preparo: ...

Incisão:

Incisão: ...

Achados:

Achados: ...

Conduta:

Conduta: ...



Fechamento:

Fechamento: ...

Observação:

Observação: ...

João Pessoa, ____ / ____ / ____

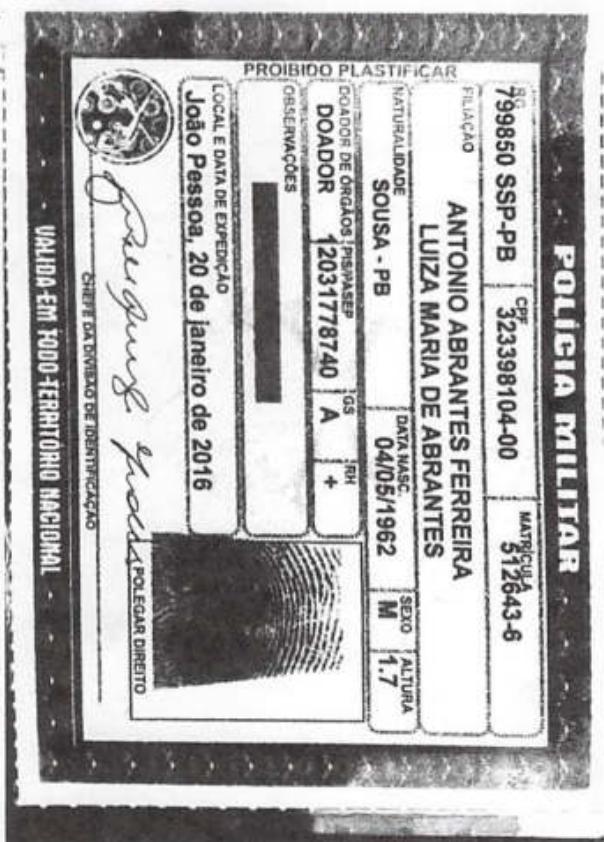
Número CRM: ____

PNG.JASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
 Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 30



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DE LAS HACIENDAS

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU LACO. SEGURO DPVAT

BENATRR

L DETRAN - PB
Nº 012710223190

1 01056796372 2016

EEQUEL ABRANTES DE ANDRADE

32339810400
P-10A ANTIAIR
NOVO/BB
DOPPC4920FR002431
CHASSI
DODGE D100
QF16407

ВІДМОВА / ДОЛІДІЧНІ

INDA/CB 500X — CATEDRA — D.O.A. PRIMORDIANTE — 2025

COTA ÚNICA — VENHO COTA ÚNICA — **11** VENHO / COTAS —

PARCELA 1 RUA PARCELAMENTO / COTAS 2º *

VALOR DA TARIFÁRIA (R\$) — IOF (R\$) — PREMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO

RESERVAÇÕES

NOVEMBER 1966

DATA - 27/07/2011

4001 [] 204381

卷之三

卷之三

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

www.leggiunadorallido.com

卷之三

1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 31



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

ID

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Edson Abantes de Melo

DATA DO ACIDENTE 04-06-2017 CPF DA VITIMA 3233 98104-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Dr VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Bento Ubiracaré, Residencial Beira Mar
 N° 59 COMPLEMENTO BAIRRO Bento Ubiracaré
 CIDADE Jaú UF SP CEP 13051-320
 E-MAIL telefone (12) 99928028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- * MORTE: R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 03-07-2019

DATA 03 JUL. 2019

NOME Suelio Moreira Torres

ASSINATURA Suelio Moreira Torres





POLÍCIA MILITAR

7080830 SS/PFD	00000000-00	00000000
PILHAÇÃO		
ANTONIO ABRANTES FERREIRA LUIZA MARIA DE ABRANTES		
NACIONALIDADE SOSA - PB	DATA NAC.: 04/05/1962	SEXO: M
ESTADO AUTORIZADOR: SOSA - PB	ALTURA: 1.7	
BOASAS DE ORIGEM: PESSOA DOADOR 12631778740 A +		
DESCRIÇÃO:		
LOCAL E DATA DE EXPEDIR: João Pessoa, 29 de Janeiro de 2015		
<i>Ezequiel Abrantes de Andrade</i>		
VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 35



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ezequiel Abreto de AndradeDATA DO ACIDENTE 04-02-2017 CPF DA VÍTIMA 3233 98104-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR R. Boa Vida nº 100 apto 1000 Bento GonçalvesNº 59 COMPLEMENTO Bairro Bento GonçalvesCIDADE Jean Pense UF RS CEP 58051-320E-MAIL jean.pense@bol.com.br TELEFONE (51) 991928028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- NOTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

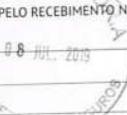
- Morte = R\$ 13.500,00
- Invalidez Permanente = Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.
- Despesas Médicas (DAMS) = Reembolso até R\$ 2.700,00 (reembolso). Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08-07-2019IDÉNTICIDA 199850ASSINATURA Ezequiel Abreto de Andrade

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 08 JUL 2019NOME SP

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190416797 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE Data do acidente: 04/02/2017 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 10.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0223202/19

Vítima: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

CPF: 323.398.104-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/02/2017

Titular do CPF: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE : 323.398.104-00

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: 03/07/2019
Nome: EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE
CPF: 323.398.104-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

EZEQUIEL ABRANTES DE ANDRADE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 09:26:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091009262370300000032653815>
Número do documento: 20091009262370300000032653815

Num. 34139834 - Pág. 38