



Número: **0851400-42.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **20/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MAURICELIA DA SILVA SANTOS (AUTOR)	ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
37976 103	17/12/2020 13:17	<u>2774289_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200057515 **Vítima: MAURICELIA DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: 10/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00277/00278 - carta_01 - INVALIDEZ



00030139

Carta nº 15477495



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:17:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713173381300000036221647>
Número do documento: 20121713173381300000036221647

Num. 37976103 - 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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200057515 **Vítima: MAURICELIA DA SILVA SANTOS**

Data do Acidente: 10/05/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000055065-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	050.340.344-08	Mauricélia da Silva Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Mauricélia da Silva Santos		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Faxineira	Rua Ricardo Leal	54	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Sesi	Bayeux	PB	58.305-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
pauka.angela.lins@gmail.com			

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4334

CONTA: 00055065

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo 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 previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 799 do Código Penal.

Local e Data:	João Pessoa, 23/05/2019
Nome:	Mauricélia da Silva Santos
CPF:	050.340.344-08

(*) Assinatura de quem assina o RG
Mauricélia da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: Paula Angéla M. Lins
CPF: 024.922.114-96
Paula Almeida

Assinatura
2º | Nome: Maria das Graças A. Lins
CPF: 038.417.414-15

Assinatura

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

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

1 V001/2018





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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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:

RECUZO 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) CONTA CORRENTE (Indica os bancos):

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: (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/reemborsamento do Seguro DPVAT a que me tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e imediatamente após a efetivação do crédito, multa/pena total do valor recebido.

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 5º, §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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víviro 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Vô(a) Neto(a) Irmão(a) Irmão(a) de casado(a) Irmão(a) de solteiro(a) 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: Sim Não 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima teve irmãos?: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não 34 - Vítima deixou: Sim Não 35 - Vítima deixou: Sim Não 36 - Vítima deixou: Sim Não 37 - Vítima deixou: Sim Não 38 - Iº | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

39 - IIº | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

41 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
 FPI-001-V002/2019

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
 FPI-001-V002/2019

44 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

45 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

46 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

47 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

48 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

49 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

50 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

51 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

52 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

53 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

54 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

55 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

56 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

57 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

58 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

59 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

60 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

61 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

62 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

63 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

64 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

65 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

66 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

67 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

68 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

69 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

70 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

71 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

72 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

73 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

74 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

75 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

76 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

77 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

78 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

79 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

80 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

81 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

82 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

83 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

84 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

85 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

86 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

87 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

88 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

89 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

90 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

91 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

92 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

93 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

94 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

95 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

96 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

97 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

98 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

99 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

100 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

101 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

102 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

103 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

104 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

105 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

106 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

107 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

108 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

109 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

110 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

111 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

112 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

113 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

114 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

115 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

116 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

117 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

118 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

119 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

120 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

121 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

122 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

123 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

124 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

125 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

126 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

127 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

128 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

129 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

130 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

131 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

132 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

133 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

134 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

135 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

136 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

137 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

138 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

139 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

140 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

141 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

142 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

143 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

144 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

145 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

146 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

147 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

148 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

149 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

150 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

151 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

152 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

153 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

154 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

155 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

156 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

157 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

158 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

159 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

160 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

161 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

162 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

163 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

164 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

165 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

166 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

167 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

168 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

169 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

170 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

171 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

172 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

173 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

174 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

175 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

176 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

177 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

178 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

179 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

180 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

181 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

182 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

183 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

184 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

185 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

186 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

187 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

188 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

189 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

190 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

191 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

192 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00018.01.2019.1.04.005

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00018.01.2019.1.04.005, cujo teor agora passo a transcrever na integra: Á(s) 11:42 horas do dia 13 de novembro de 2019, na cidade de Bayeux, no estado da Paraíba, e nesta 5^ª Delegacia Distrital de Bayeux, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, matrícula 1332198, e lavrado por Josenildo de Lima Cardoso, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 1356623, ao final assinado, compareceu **Mauricélia da Silva Santos**, CPF nº 010.340.944-08, RG nº 2659895 SSDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Autônoma, filho(a) de Maria das Graças da Silva e Moacir Ribeiro da Silva, nascido(a) em 17/04/1977 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ricardo Loureiro Cavalcante, Nº 54, complemento casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Após o Mercadinho José Lira, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98844-2432.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Sua Casa., Próximo Ao Mercadinho José Lira., Bayeux/PB, bairro Sesi; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/05/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

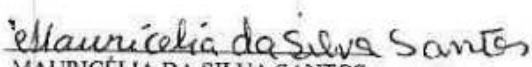
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Por volta das 06h30min., do dia 10.05.2019, estava como carona na MOTO marca HONDA/NXR150 BROS ES, cor preta, ano e modelo 2012/2012, placa QEW-5265/PB, chassi nº 9C2KD0550CR588224, em nome de MOACIR RIBEIRO DA SILVA, sendo conduzida pelo seu genitor, quando trafegavam pela Travessa José Pereira de Andrade, bairro do Sesi, Bayeux-PB, um veículo e condutor não identificado fez uma ultrapassagem forçada, ocasião em que o seu pai que conduzia a moto, desviou e perdeu o controle da MOTO, tendo caído com a notificante e o resultado a notificante foi acidentada; QUE, a notificante foi socorrida numa ambulância do SAMU, dando entrada no COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL., no que foi submetida a avaliação médica e cirurgia; QUE a notificante registra este BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT.

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.

Bayeux/PB, 13 de novembro de 2019.


JOSENILDO DE LIMA CARDOSO
Escrivão de Polícia Civil


MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00018.01.2019.1.04.005

1/1





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00018.01.2019.1.04.005

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00018.01.2019.1.04.005, cujo teor agora passo a transcrever na integra: Á(s) 11:42 horas do dia 13 de novembro de 2019, na cidade de Bayeux, no estado da Paraíba, e nesta 5ª Delegacia Distrital de Bayeux, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, matrícula 1332198, e lavrado por Josenildo de Lima Cardoso, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 1356623, ao final assinado, compareceu **Mauricélia da Silva Santos**, CPF nº 010.340.944-08, RG nº 2659895 SSDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Autônoma, filho(a) de Maria das Graças da Silva e Moacir Ribeiro da Silva, nascido(a) em 17/04/1977 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ricardo Loureiro Cavalcante, Nº 54, complemento casa, bairro Sesi, tendo como ponto de referência Após o Mercadinho José Lira, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98844-2432.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Sua Casa., Próximo Ao Mercadinho José Lira., Bayeux/PB, bairro Sesi; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/05/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

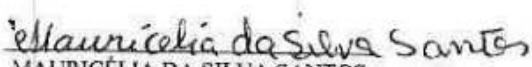
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Por volta das 06h30min., do dia 10.05.2019, estava como carona na MOTO marca HONDA/NXR150 BROS ES, cor preta, ano e modelo 2012/2012, placa QEW-5265/PB, chassi nº 9C2KD0550CR588224, em nome de MOACIR RIBEIRO DA SILVA, sendo conduzida pelo seu genitor, quando trafegavam pela Travessa José Pereira de Andrade, bairro do Sesi, Bayeux-PB, um veículo e condutor não identificado fez uma ultrapassagem forçada, ocasião em que o seu pai que conduzia a moto, desviou e perdeu o controle da MOTO, tendo caído com a notificante e o resultado a notificante foi acidentada; QUE, a notificante foi socorrida numa ambulância do SAMU, dando entrada no COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL., no que foi submetida a avaliação médica e cirurgia; QUE a notificante registra este BO a fim de dar entrada no SEGURO DPVAT.

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.

Bayeux/PB, 13 de novembro de 2019.


JOSENILDO DE LIMA CARDOSO
Escrivão de Polícia Civil


MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 00018.01.2019.1.04.005

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	050.340.344-08	Mauricélia da Silva Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Mauricélia da Silva Santos		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Faxineira	Rua Ricardo Leal	54	Casa
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Sesi	Bayeux	PB	58.305-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
paula.angela.lins@gmail.com			

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4334

CONTA: 00055065

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo 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 previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 799 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa, 23/05/2019
 Nome: Mauricélia da Silva Santos
 CPF: 050.340.344-08

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Mauricélia da Silva Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: Paula Angéla M. Lins
 CPF: 024.922.114-96
 Assinatura: Paula Almeida

2º | Nome: Maria das Graças A. Lins
 CPF: 038.417.414-15
 Assinatura: M. Lins

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

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

1 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
050.340.344-08 Mauricélia da Silva Santos				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	Mauricélia da Silva Santos		CPF:	050.340.344-08
Profissão:	Endereço:	Rua Ricardo Leal	Número:	54
Bairro:	Cidade:	Bayeux	Complemento:	Casa
Sesi	PB	CEP:	58.305-000	
E-mail:	paula.angela.lins@gmail.com			
Tel.(DDD): 83 98844-2432				

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4334

CONTA: 00055065

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: João Pessoa, 23/05/2019
 Nome: Mauricélia da Silva Santos
 CPF: 050.340.344-08

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Mauricélia da Silva Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: Paula Angéla M. Lins
 CPF: 024.922.114-96
 Assinatura: Paula AL Lins

2º | Nome: Maria das Graças A. Lins
 CPF: 038.417.414-15
 Assinatura: M. Lins

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

LV001/2018





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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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:

RECLUSO 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) CONTA CORRENTE (Indica os bancos):

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: (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/reemborsamento do Seguro DPVAT a que me tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e imediatamente após a efetivação do crédito, multa/pena total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 5º, §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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Víviro 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho(a) Vô(a) Neto(a) Neta(a) 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: Sim Não 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima teve irmãos?: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não 34 - Vítima deixou: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 2º da Lei do Código Penal.

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 - 3º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FP5-001-V0002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):





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



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
A. Diógenes Chianca, 1777

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 911/027, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2439159, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS**, idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 10/05/2019, na Travessa José Pereira Andrade, Bairro: SESI - Bayeux - aproximadamente às 06:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 13 de Novembro de 2019.

Marina Travassos Lopes

Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
MSN: 67 211-8

Marina Travassos Lopes

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 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
A. Diógenes Chianca, 1777

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 911/027, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2439159, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MAURICÉLIA DA SILVA SANTOS**, idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 10/05/2019, na Travessa José Pereira Andrade, Bairro: SESI - Bayeux - aproximadamente às 06:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 13 de Novembro de 2019.

Marina Travassos Lopes

Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
MSN: 67 211-8

Marina Travassos Lopes

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000055065-2

Nr. da Autenticação B14629F70CB97D0A



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:17:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713173381300000036221647>
Número do documento: 20121713173381300000036221647

Num. 37976103 - Pág. 12

MAURICELIA DA SILVA SANTOS
POA RICARDO LOUREIRO CAVALCANTE, 54 - SES
FAYBU/PE/CNPJ: 52205200/451-11



Ligação: MONOPOLÍSICO
Cpf/Soc: RES. MTO B11 RESIDENCIAL - BAIANA RENDA
Fluxo: 4-9-123-1502 Referência: Out/2019
Medida: 0000852011 Emissao: 09/12/2019

ENERGISA PARALELA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
02210-025 - Centro Recife - 51010-010 PE - IEP/SECT/1830
CNPJ/ME/CNPJ: 16310214-0 - Rod. Est. 01015/02-0
Nota Fiscal: Conta de Energia Energisa/2021-07-24
Cód. para Bt6 Automática: 00011222443

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Out / 2019	09/10/2019	07/11/2019	010.340.944-06

UC (Unidade Consumidora): 5/1132244-3

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.429, de 26 de abril de 2002.
Conheça o Energisa Ch! O nosso aplicativo para smartphones
oferece serviços como consulta e faturamento para você. Basta
se agir e informar sua tarifa, com isso, terá direito a desconto
não só na sua fatura, como também a desconto na sua
fatura de gás de cozinha, sem falar em outras.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 08/05/19	Leratura 11203	Data 09/10/19	Leratura 12287	1
Desenvitivo				
Consumo (kWh) Tarifa (R\$) Vazão Básica (R\$) Alq. (R\$) Básic Cob (R\$) Cálculo (R\$)				
1801 Consumo 00 a 300kWh-BR	30.000 0.280230	7,98	7,98 27	2,19 7,98 0,07 0,21
1802 Consumo 31 a 100kWh-BR	70.000 0.420382	21,52	21,52 27	5,82 21,52 0,27 1,23
1803 Consumo 101 a 220kWh-BR	42.000 0.894110	33,52	33,52 27	9,05 33,52 0,26 1,29
1804 Adc. B. Vermeia	0,99	0,99 27	1,06 0,99 0,03 0,19	
1805 Adc. B. Amarela	0,99	0,99 27	1,16 0,99 0,03 0,22	
1806 Subsídio	42,29	42,29 27	11,46 42,29 0,26 1,84	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:				
1807 CONTRIBUICAO C/UM P/BLCA	5,00	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
1808 PIS/PASEP BANCO AMAR. RESIDENCIAL/DM/2019	-0,06	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	
1809 Devolução Subsídio	-38,99	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00	

CCO Código de Classificação da fatura - TOTAL 85,93 120,33 32,48 120,33 100 4,94
Tarifa de Fornecimento: AL1300000 - 0,161710 Alc. (kWh): 0,311500 Alc.2200000 - 0,467263

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
182 06/11/2019 R\$ 96,63

Histórico de Consumo (kWh)											
174	184	184	207	131	185	189	193	187	182	152	173
Dub/19	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19	Jun/19	Jul/19	Set/19	Out/19

RESERVADO AO FISCO

a9a8.2c3e.2a57.e100.c096 d023.cda4.b1de.

Indicadores de Qualidade 07/2019 - 08/2019

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
1. TENS. BÁSICA	4,93	5,00	Baixa tensão da Energia	20,39	21,06
2. TENS. CRIT. BÁSICA	1,65	1,65	Críptica de Energia	25,51	27,72
3. TENS. BÁSICA	1,34	1,34	Baixa tensão da rede	0,07	0,08
4. TENS. CRIT. BÁSICA	1,17	1,17	Desvio de Tensão	0,06	0,06
5. TENS. CRIT. BÁSICA	0,30	0,30	Desvio de Tensão e Frequência	42,46	44,93
6. TENS. BÁSICA	1,71	1,71	Outros Desvios	0,01	0,00
7. TENS. BÁSICA	2,50	2,50	Total	96,71	100,00

Vale 468,000 (R\$ 0,271918520,00)

ATENÇÃO

PERÍODO DE VENCIMENTO: Caso não puder ser feita a leitura entre os dias 07/09/2019 e 07/10/2019, conforme
fixado no artigo 5º da ANEEL. Caso permaneça essa fatura devido ao fator de possibilidade de
não ter sido realizada a leitura, caso o mesmo não seja comunicado ao
contratante, não poderá ser utilizada como indicação de compromisso. Caso já tenha
feito o pagamento dessa fatura, a mesma deve ser considerada como resarcida.
Fatura inexistente ou não utilizada em órgãos ou instituições ou crédito no caso de irregularidades.
Sua fatura é enviada como Boleto Bancário, tenha um desconto de R\$ 26,82.
Letras: confirmado.

Notícias em atraso

Ago/19 107,43

I. BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 07204.056175 8 80650000009883

F - JAILSON MAURICELIA DA SILVA SANTOS - CNPJ/CPF: 510.340.944-06
F - JA RICARDO LOUREIRO CAVALCANTE - 54 - SES - 84110-010/PE 58358502

T - 5010-007204056 001132244-21910 06/15/2019 R\$ 96,63

F - BPF CARDO ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ/CPF: 08.651.123/0001-00
F - 130.001-25 - Centro Recife - João Pessoa/PE - CEP: 58021-000

F - jainho - Código do beneficiário: 3084-3/2447-3

MAURICELIA DA SILVA SANTOS
POA RICARDO LOUREIRO CAVALCANTI, 54 - SES
FAYBU/PE/CNPJ: 52205200/AG-11



Ligação: MONOPOLÍSICO
Cpf/Soc: RES MTO B11 RESIDENCIAL - BAIKA RENDA
Fluxo: 4-9-123-1502 Referência: Out/2019
Medida: 0000852011 Emissor: 0912/2019

ENERGISA PARALELA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
0221 Km 25 - Distrito Residencial - Jaboatão PE - CEP 521180-000
CNPJ/MF/CE 162.029.140-0001-40 - Rod. Est. 0415/02-0
Nota Fiscal: Conta de Energia Energisa/2021-07-24
Cód. para Bt6 Automática 80011222443

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Out / 2019	09/10/2019	07/11/2019	010.340.944-06

UC (Unidade Consumidora):

5/1132244-3

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.429, de 26 de abril de 2002.
Conheça o Energisa Chá! O nosso aplicativo para smartphones
oferece serviços como consulta e faturamento para você. Basta
se agir e informar sua localização, para que o Energy disponibilize
informações na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas.
Só no aplicativo de mão, sem filas e sem burocracia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias				
Data 08/05/19	Leratura 11203	Data 09/10/19	Leratura 12287	1				
Demonstrativo								
Cód. Descrição Quantidade Tarifa(s) Vazão Base Custo Alq. Iene(R\$) Base Custo Pto(R\$) Custo(R\$)								
1801 Consumo 00 a 300Wh-BR	30.000 0.280230	7,00	7,00	27	2,19	7,00	0,07	0,21
1802 Consumo 31 a 100Wh-BR	70.000 0.420382	21,52	21,52	27	3,82	21,52	0,27	1,23
1803 Consumo 101 a 220Wh-BR	42.000 0.894110	33,52	33,52	27	9,05	33,52	0,26	1,29
1804 Adc. B. Vermeia	0,00	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00	0,15
1805 Adc. B. Amarela	0,00	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00	0,02
1806 Subsídio	42,29	42,28	27	11,46	42,28	0,05	1,84	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:								
1807 CONTRIBUICAO C/UM P/BLCA	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
1808 PIS/PASEP BANCO AMAR. RESIDENCIAL/DM/2019	-0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
1809 Devolução Subsídio	-38,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCO Código de Classificação da Conta - TOTAL 85,93 120,33 32,48 120,33 100 4,94
Taxa de Trocadas: AL1300000 0,181710 AL1400000 0,311500 AL1220000 0,467263

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
182 06/11/2019 R\$ 96,63

Histórico de Consumo (kWh)												
174		184		184		207		131		185		189
Dub/19	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mar/19	Mar/19	Mar/19	Mar/19	Abr/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO

a9a8.2c3e.2a57.e100.c096 d023.cda4.b1de.

Indicadores de Qualidade 07/2019 - 08/2019

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
1. TENS. MÍN.	4,03	5,00	Demissão de Energia	20,39	21,06
2. TENS. MÍN. B.	4,03	5,00	Demissão de Energia	26,51	27,72
3. TENS. MÁX.	11,34	12,00	Demissão de Energia	0,07	0,08
4. TENS. MÁX. B.	11,34	12,00	Demissão de Energia	0,08	0,08
5. TENS. MÍN. CONTRATADA	9,20	CONTRATADA	Demissão de Energia	42,46	44,93
6. TENS. MÍN. LIGATURA	9,20	CONTRATADA	Demissão de Energia	42,46	44,93
7. TENS. MÁX. BANCO	11,71	12,00	Demissão de Energia	0,00	0,00
8. TENS. MÁX. PESO	11,71	12,00	Demissão de Energia	0,00	0,00
9. TENS. MÍN. PESO	2,50	3,00	Demissão de Energia	0,00	0,00
10. TENS. MÁX. PESO	12,27	12,00	Demissão de Energia	0,00	0,00
				Total	96,71 100,00

Vale 468,000 (R\$ 0,271918520,00)

ATENÇÃO

PERÍODO DE VENCIMENTO: Caso não puder ser feita a leitura entre os dias 07/07/2019 e 07/08/2019, o fornecedor poderá ter seu faturamento alterado de 24/10/2019. Conforme Resolução nº 44 da ANEEL. Caso permaneça assim, pode ser aplicada a penalidade de 20% sobre o faturamento, caso o mesmo não seja comunicado ao consumidor, juntas não estabelecidas, ou seja, não estabelecidas a comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da fatura, o mesmo deve ser devolvido. Fatura inexistente ou não faturada em órgãos ou instituições ou crédito no caso de irregularidades. Sua regularidade é faturada como BAIKA RENDA, faturando desconto de R\$ 26,82. Letras: confirmado.

Notícias em atraso

Ago/19 107,43

BOLETO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 07204.056175 8 806500000090883

F - JAICIR, MAURICELIA DA SILVA SANTOS - CNPJ/CPF: 510.340.944-06
F - JA RICARDO LOUREIRO CAVALCANTI - 54 - SES - 84116207/PE/CNPJ: 58358502

T - 5010-007204056 001132244-21910 06/15/2019 R\$ 96,63

F - BPF CARDO ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ/CPF: 08.651.123/0001-00
F - 130.001-25 - Distrito Residencial - José Pessoa/PE - CEP: 58071-000

F - Janaina - Código do beneficiário: 3084-3/2447-3

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: _____

Ficha: 268708 Data: 09/10/2019 07:33:37
Recepção: THAIS DE ALMEIDA FERNANDES
Clinica: AMBULATORIO
Regulado: Nao Qtd. Atd.: 7
Atendimento: CIRURGIA

FICHA DE AMBULATORIO

DADOS DO PACIENTE

Nome: MAURICELIA DA SILVA SANTOS Nome Social: NAO INFORMADO
Mae: MARIA DAS GRACAS DA SILVA Pai: MOACIR RIBEIRO DA SILVA
Data Nasc.: 17/04/1977 42 an(s) Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefone: 988442432
CNS: 702108743734790 CPF: NAO INFORMADO Documento: IDENTIDADE: 2659895
Ocupação: DIARISTA Natural: RECIFE-PE
End.: RUA RICARDO LEAL, 54,
Bairro: SESI Cidade: BAYEUX UF: PB
Procedencia: RESIDENCIA Profissional:
Resp.: MAURICELIA DA SILVA SANTOS Tel.: 988442432 IDENTIDADE: 2659895

PRE-CONSULTA: PA: FC: FR: TEMP: GLICEMIA: SO2:

HDA:

ANTECEDENTES: ALERGIA []

MEDICAMENTOS EM USO:

EXAME FISICO:

HIPOTÉSE DIAGNOSTICA:

CONDUTA:

CURATIVO: SIMPLES: []

COM PONTOS: []

TROCA DE SONDA: []

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ASSINATURA DA ENFERMAGEM

Jose Carlos da Silva

ASSINATURA DO PACIENTE

PROCEDIMENTO REALIZADO: (CONTAS MEDICAS)

ASSINATURA DO E CARIMBO DO MEDICO





Nome: Mauricelia da Silva Santos				Registro:
Idade: 42	Sexo: F	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP: LR:
Data: 09/10/2019		Cirurgião: Jorge Augusto		
1º Assistente: MOURIBE		2º Assistente:		
Anestesista: Dr Andre		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura de Tibia E</i>				S82.2
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo + Falha de material de síntese</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Tratamento cirúrgico fratura de Tibia D</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				



Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
	<i>Assepsia + Antissepsia</i>
	<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:	<i>Incisão em longitudinal em região de perna E</i>
Achados:	<i>Visualização fratura da tibia com presença de placa quebrada</i>
Conduta:	<i>Realizada desbridamento de tecidos desvitalizados em tibia E</i> <i>Realização de limpeza em foco distal e proximal da fratura</i> <i>Aposição de placa e PARAFUSO CORTICAL</i> <i>Aposição de ESPONJOSO</i> <i>Limpeza exaustiva da ferida operatória com SF a 0,9%</i>
	<i>Realizado RX controle</i>
Fechamento:	<i>Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele</i>
	<i>Curativo</i>
	<i>TALA BOTA</i>
	<i>BPP</i>
OBS:	

Data: 09 / 10 / 2019

MÉDICO/CRM

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





CNPJ: 27.451.002/0001-53

Nome: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

ATESTADO MÉDICO

Paciente apresenta os Cid 10: T93.2 x M19.1 x M21.7, no 1/3 distal da perna direita com osteossíntese na tíbia, dor, claudicação, edema de estase, encurtamento do membro citado, pós acidente motociclístico, deambula com amparo de mão, interferindo diretamente em sua laboralidade.

Santa Rita 14/01/2020

Djalma Bento F. Júnior

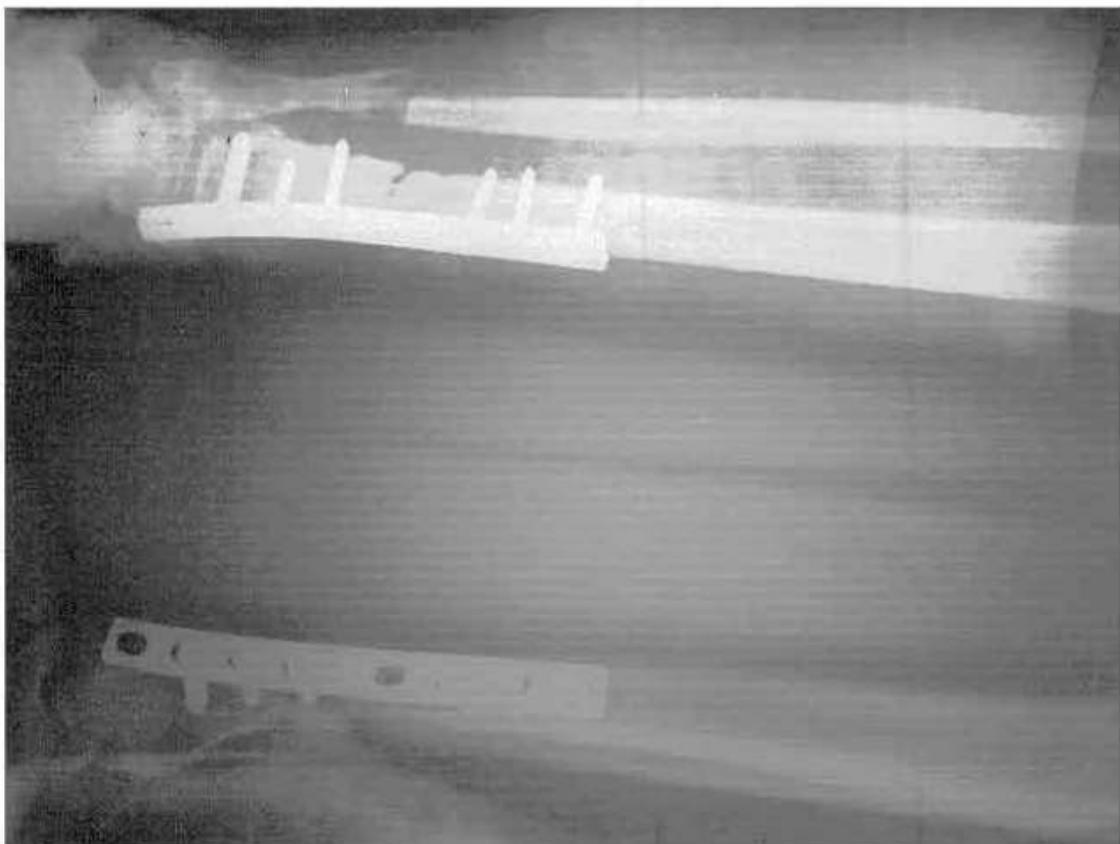
CRM 3874

(83) 3032.2331 | 98605.6016
PRAÇA GETÚLIO VARGAS, 68 - CENTRO, SANTA RITA - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:17:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713173381300000036221647>
Número do documento: 20121713173381300000036221647

Num. 37976103 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:17:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713173381300000036221647>
Número do documento: 20121713173381300000036221647

Num. 37976103 - Pág. 19

Nº: 02.205.308/0001-92 D886MAK MEDICAMENTOS & PERFUMARIA LTDA - EPP

AVENIDA LIBERDADE, 3281 CENTRO BAYEUX-PB 58306-001

Fone: (83)3232-3000 I.E.: 16116506-0

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de Consumidor Eletrônica
EMITIDA EM CONTINGÊNCIA

Pendente de autorização

#	Código	Descrição	Un	Valor unid.	Valor total
001	15553	CIPROFLOXACINO 500MG C/10 CPR	UN	50,00	50,00
2		EX X 11,90			11,90
3	86.172	0,00 I vFCP : 0,00			
4	052 4267	MAXSULID 400MG C/10 CPR	UN	30,83	30,83
5		EX X 30,83			
6	86.172	0,00 I vFCP : 0,00			
7	003 12346	CLIPERINA SÓDICA 500MG ENV.C/10 CPR VPOZ	UN	9,48	9,48
8		EX X 3,16			
9	86.172	0,00 I vFCP : 0,00			
10		Cide. Total de Itens		005	
11		Valor Total R\$		64,27	
12		Descontos		-0,27	
13		Valor a Pagar R\$		64,00	
14		FORMA DE PAGAMENTO		VALOR PAGO R\$	
15		dinheiro		70,00	
16		Troco R\$		6,00	

Consulte pela Chave de Acesso em
<http://www.receita.fazenda.gov.br/nfca/consultar>

2519 0502 2053 8800 0192 6500 6000 2748 5190 2077 3183
CONSUMIDOR - CPF 010.340.944-08

MMURTELA DA SILVA SANTOS

RUA RICARDO LEAL 54 S/N Bairro Cidade PB

NFC-e nº 000274651 Série 006 16/05/2019 16:12:38 Via Expressa

EMITIDA EM CONTINGÊNCIA

Pendente de autorização



PM01596808-BAL: Kennedy Pereira CX: Whallacy Guilherme dos Sant
OS: TOR:02
FormaPaga: (Dinheiro: 70,00) (Troco: 6,00)
TecFacil Tecnologia Ltda



D/ MAURICELIA DA SILVA SANTOS

R

Uso Oral

1) CIPROFLOXACINO (500mg) 2 CX

(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por
(10) dias.

2) MAXSULID (400mg) 01 CX

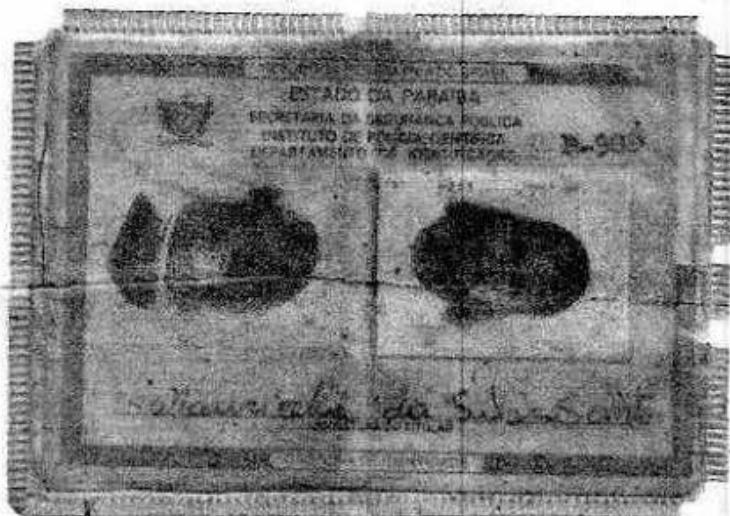
Tomar 01 comprimido de 12/12 horas, se dores

16/05/2019

[Handwritten signature]
Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Medico .CRM 7892
CRF 20634099980018

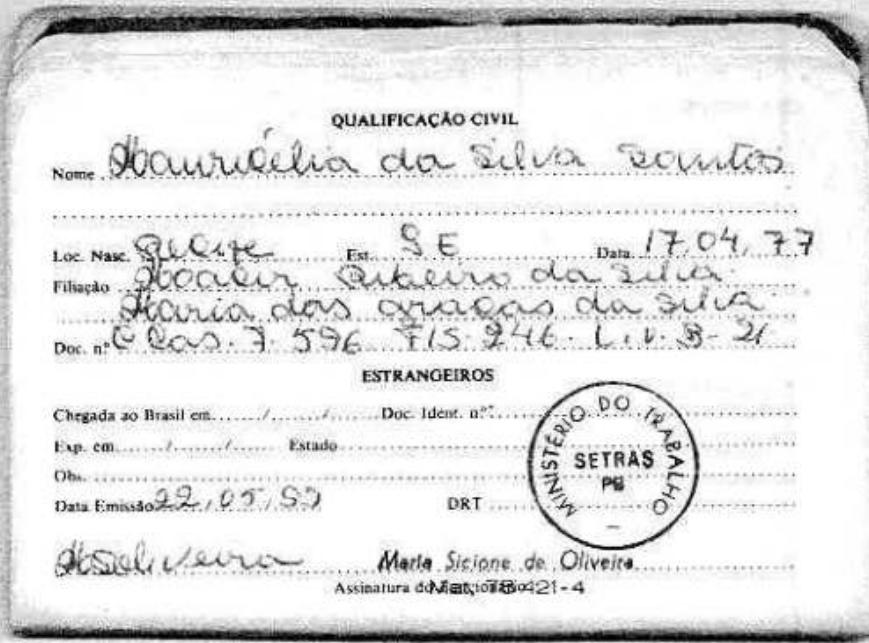
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

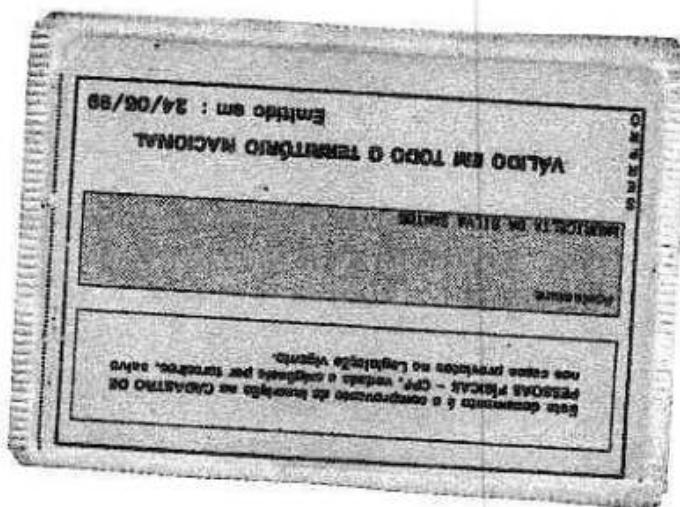
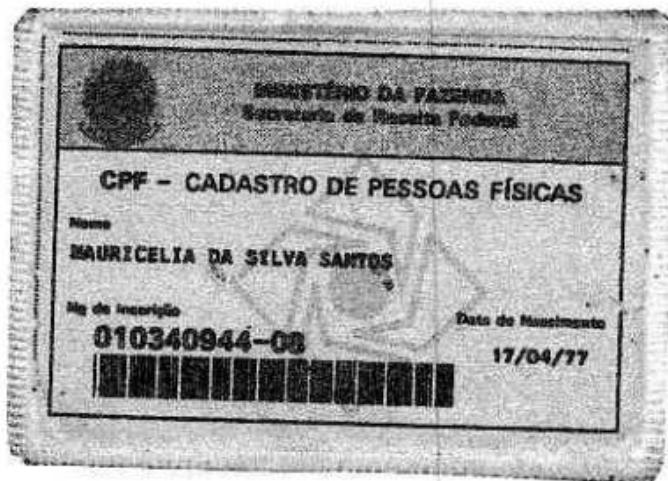




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:17:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713173381300000036221647>
Número do documento: 20121713173381300000036221647

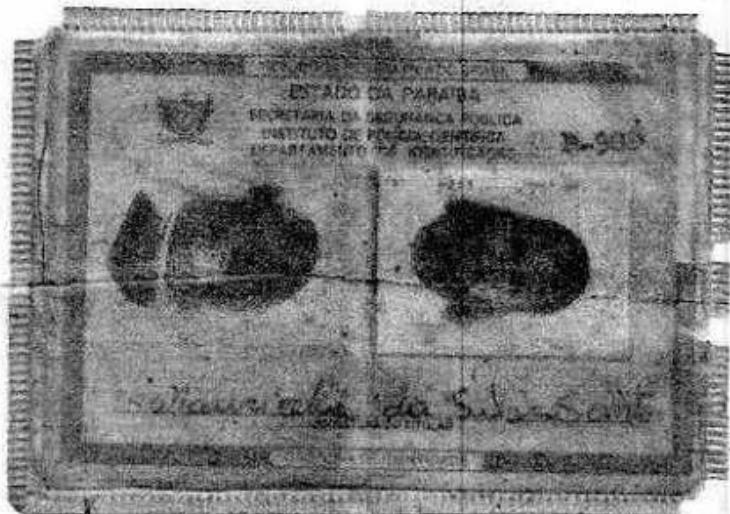
Num. 37976103 - Pág. 22





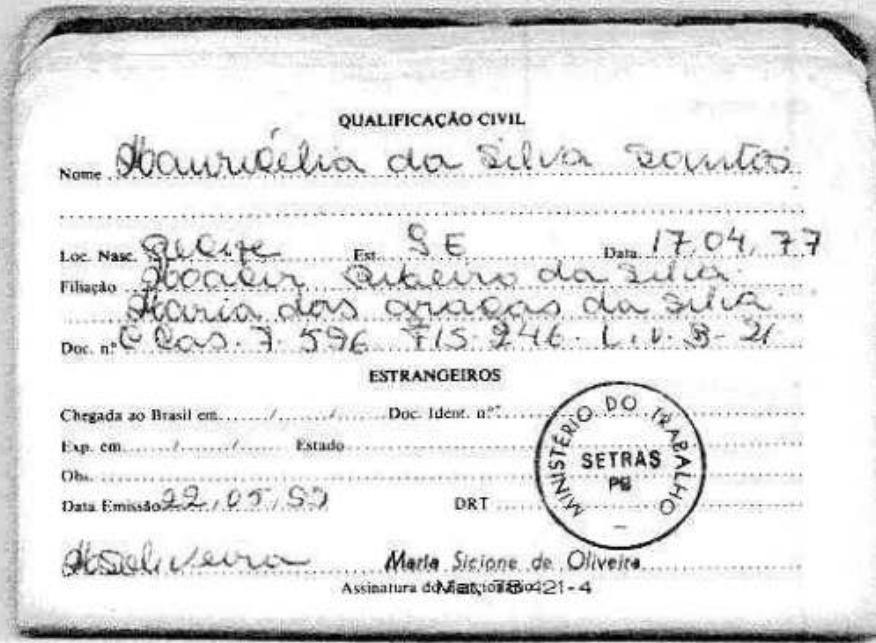
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:17:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713173381300000036221647>
Número do documento: 20121713173381300000036221647

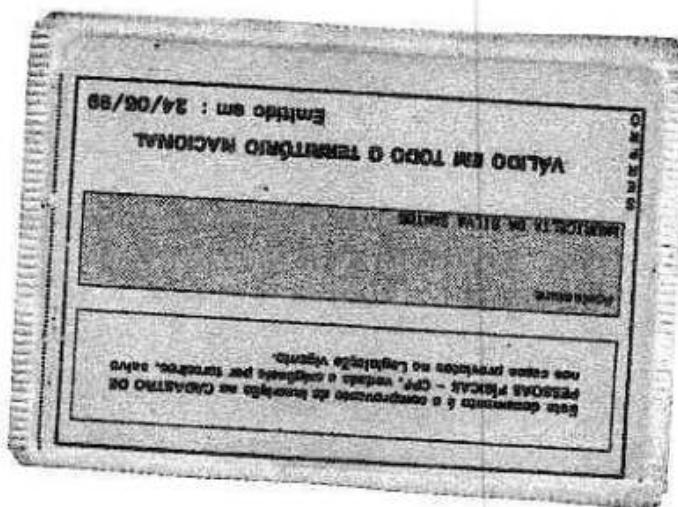
Num. 37976103 - Pág. 24

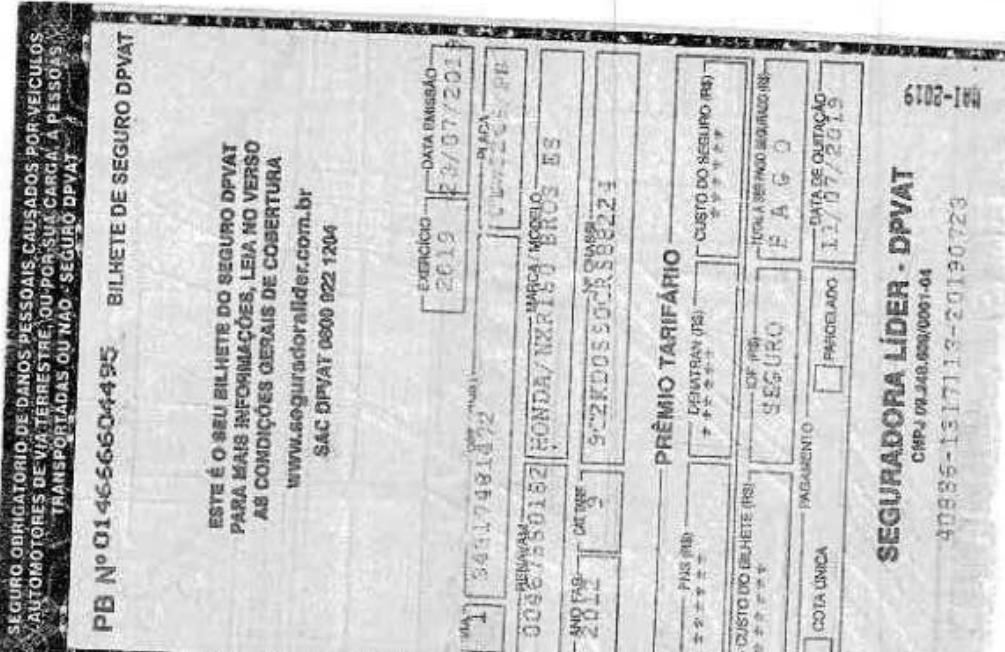
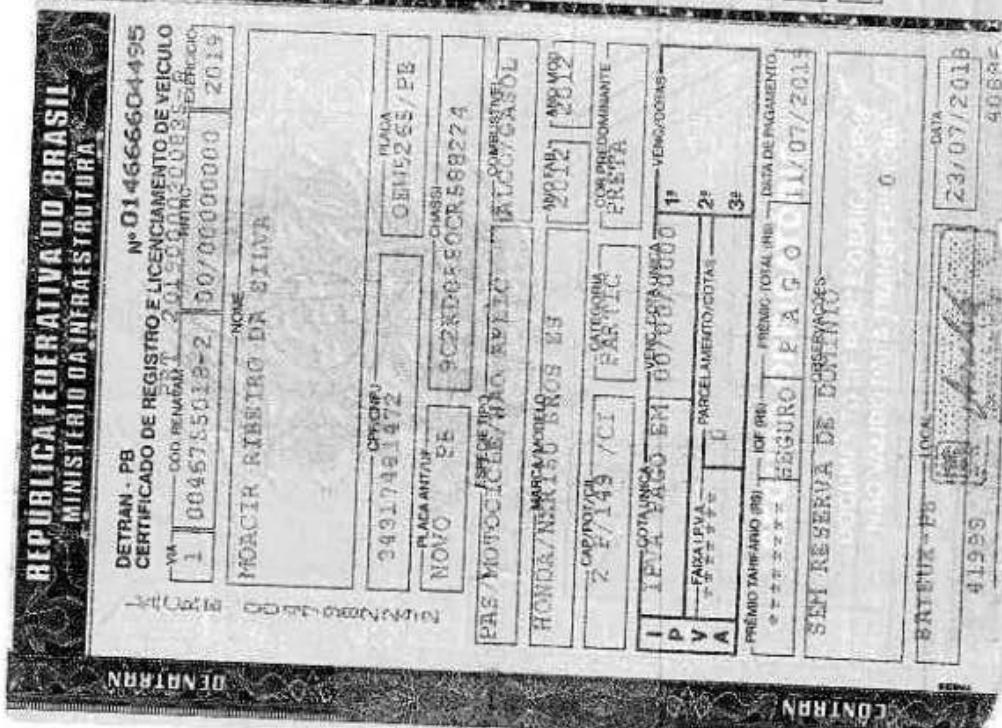


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:17:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713173381300000036221647>
Número do documento: 20121713173381300000036221647

Num. 37976103 - Pág. 25







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:17:34
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012171317338130000036221647>
Número do documento: 2012171317338130000036221647

Num. 37076103 Pág. 28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200057515 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICELIA DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 10/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PARAFUSOS CORTICAIS) E ALTA MÉDICA.(PÁG.3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047026/20

Vítima: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

CPF: 010.340.944-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/05/2019

Titular do CPF: MAURICELIA DA SILVA SANTOS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MAURICELIA DA SILVA SANTOS : 010.340.944-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020
Nome: MAURICELIA DA SILVA SANTOS
CPF: 010.340.944-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

MAURICELIA DA SILVA SANTOS

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 13:17:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121713173381300000036221647>
Número do documento: 20121713173381300000036221647

Num. 37976103 - Pág. 30