



Número: **0809310-13.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **16/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO (AUTOR)	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45785 650	15/07/2021 10:42	<u>Petição</u>	Petição
45785 652	15/07/2021 10:42	<u>2778037_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
45785 655	15/07/2021 10:42	<u>2778037_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422733500000043506324>
Número do documento: 21071510422733500000043506324

Num. 45785650 - 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, 20 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200254581

Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Data do Acidente: 23/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15955636

Pag. 00293/00294 - carta_01 - INVALIDEZ



00020147



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422859900000043506776>
Número do documento: 21071510422859900000043506776

Num. 45785652 - 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, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200254581

Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Data do Acidente: 23/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01233/01234 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200254581

Vítima: **AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

Data do Acidente: 23/03/2020

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda 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: **AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **655**

Agência: **000000655**

Conta: **000006738457-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Pag. 00593/00594 - carta_15R - INVALIDEZ



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422859900000043506776>
Número do documento: 21071510422859900000043506776

Num. 45785652 - Pág. 3



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

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200254581 Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Data do Acidente: 23/03/2020

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 05/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01003/01004 - carta 09 - INVAL/IDEZ

00020502

Carta n° 16189295



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107151042285990000043506776>
Número do documento: 2107151042285990000043506776

Num. 45785652 - Pág. 4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200254581 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 23/03/2020 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, COM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2 P5 P10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:
3200254581 016.486.934-40 AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

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

5 - Nome completo: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO	6 - CPF: 016.486.934-40		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS	9 - Número: 106	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: GRAMAME	12 - Cidade: JOÃO PESSOA	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58088-355
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (083) 98855-1045		

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: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: VOTORANTIM		
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> 9	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0655 CONTA: <input type="text"/> 6738457	(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.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <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 <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *João Pessoa, 31 Julho 2020*

Amanda Ferreira da Silva Laurindo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

X INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

016.486.934-40 Amanda Ferreira da Silva Louzardo

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Amanda Ferreira da Silva Louzardo

6 - CPF:

016.486.934-40

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

Geraldo Francisco dos Santos 106 Bauru

9 - Número:

106 Bauru

11 - Bairro:

Gramame

12 - Cidade:

João Pessoa PB

13 - Estado:

58088-355

15 - E-mails:

16 - Tel.(DDD):

(83) 98755-1045

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:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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: Neom

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0655

CONTA: 6738457

9

(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 atente 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 do 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 CRM) 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 teve filhos?

Sim
 Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim
 Não

31 - Vítima

Sim
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim
 Não

33 - Vítima deixou

Vivos:

Sim
 Não

Falecidos:

nasceu (se nascer)?

Sim
 Não

teve irmãos?

Sim
 Não

34 - Vítima deixou

Sim
 Não

pais/avós vivos?

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

João Pessoa 29/10/2020

Amanda Ferreira da Silva Louzardo

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

- natureza do Representante Legal (se houver)

TESTE MULHES

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 044861.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044861.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Anderson Wagner Tavares, matrícula 1824210 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 13:37 min do dia 10/07/2020, na Delegacia Online, **JOBSON ASSUERO DA SILVA LAURINDO**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AUTONÔMO, natural de João Pessoa, nascido(a) em 30/12/1987, idade 32, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de MARIA DA SILVA LAURINDO e LUIZ ARNALDO LAURINDO, CPF 099.051.094-80, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Geraldo Francisco dos Santos, nº 106, bairro Gramame, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58068355, telefone(s) 83988551045, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 23/03/2020 07:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, BAIRRO DO GEISEL, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA MANHÃ DO DIA 23/03/2020, POR VOLTA DAS 07:00, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ONDE SEGUIA NA MOTOCICLETA MARCA HONDA, MODELO NXR 150 BROS ES, DE COR PRETA, PLACA NQD-5004/PB, ANO 2011, CHASSI 9C2KD0550BR008362, CADASTRADA EM NOME DO DECLARANTE, ONDE NA OCASIÃO LEVA COMO CARONA A SENHORA AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO, QUE QUANDO TRAFEGAVA NA RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, NO BAIRRO DO GEISEL, EM JOÃO PESSOA-PB, UMA MOTOCICLETA DE PLACAS E CONDUTOR DESCONHECIDOS CRUZOU A FRENTE DA MOTO DO DECLARANTE, NÃO DANDO TEMPO DO MESMO EVITAR A COLISÃO, VINDO A CARONA CAIR E SE MACHUCAR, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTOS MÉDICOS CABÍVEIS, VINDO A REALIZAR A CIRURGIA DA FRATURA DO ACIDENTE NO DIA 30/03/2020, NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA.



ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

Jobson Assuero da Silva DB4F60DBCAA032640696973EEC9B03EA
JOBSON ASSUERO DA SILVA Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
016.486.934-40 Amanda Ferreira da Silva Louzardo				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:		7 - Profissão:	
Amanda Ferreira da Silva Louzardo 016.486.934-40		8 - Endereço:		9 - Número: 106
10 - Complemento: Rua	11 - Bairro: Gramame	12 - Cidade: João Pessoa	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58088355
15 - E-mails:	16 - Tel.(DDD): (83) 98755-1045			

DADOS CADASTRAIS

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"/> RECLUSO 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:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <u>Neon</u>		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <u>0655</u>	CONTA: <u>67384579</u>	AGÊNCIA: <u>0655</u>	CONTA: <u>67384579</u>	(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):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atente a região do acidente ou da minha residência; ou				
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou				
<input checked="" type="checkbox"/> 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 do 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.				

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE										
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no CRM)	<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 teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (veja nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 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 AUTORIZADO

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

TESTE MÍNIMA

40 - Local e Data: <u>João Pessoa 29/10/2020</u>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <u>Amanda Ferreira da Silva Louzardo</u>	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
natura do Representante Legal (se houver)		



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: 06/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

BANCO: 655

AGÊNCIA: 00655

CONTA: 000006738457-9

Nr. da Autenticação 9D505A795DD6CF35



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422859900000043506776>
Número do documento: 21071510422859900000043506776

Num. 45785652 - Pág. 11

JOBSON ASSUERO DA SILVA LAURINDO
RUA GERALDO JEAN CRISTOS DOS SANTOS, 108 - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 5808635 (AG 1)
CPF/CNPJ/RANI: 09.051.034-80

Gruta CONVENTIONAL BAIKA TELESÃO / Subgrupo B1
Casse RES MTC B1 / Subcasse RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Ritmo 11.2.884-2870 N° Meidor 000000013489



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO o código: 00016350605

R\$ 99,33	06/04/2020
REFERÊNCIA Mar / 2020	CONSUMO 3.87 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS	

CEP: 58066-352



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422859900000043506776>
Número do documento: 21071510422859900000043506776

Num. 45785652 - Pág. 12



Identificação do paciente

ID 1496522	Nome AMANDA FERREIRA LAURINDO			Sexo Feminino
Data de nascimento 30/12/1989	Idade 30 anos 3 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 121869
Mãe WILMA MARIA TEIXEIRA FALCAO				Pai
Escolaridade				Responsável (Parântesco) JACKSON VLUIZ - CUNHADO(A)
DDD Celular 83	Celular 988624610			DDD Telefone
Tipo documento	Número documento			Nº Cns
Local de procedência ERNESTO GEISEL				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			UF PB
CBO/R				

Endereço

CE 58075693	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSIAS BARBOSA FERREIRA (CUIABÁ)
Número 207	Complemento	Bairro ERNESTO GEISEL	

Admissão

Data e Hora 23/03/2020 08:12:13	Número da pulseira 1000008841895	Convenção SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Diagnóstico

Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA	CID
	Tempo 01seg

[Imprimir](#)

Documento de Alta

Nome: AMANDA FERREIRA LAURINDO			Número Prontuário: 121869
Data de Nascimento: 30/12/1989	Sexo: Feminino	Data de Internação: 23/03/2020 18:47:54	Data de Alta: 23/03/2020 20:34:40
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Resumo da Internação: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Resultado de Exames: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Tratamento: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Diagnóstico: S42.0 - Fratura da clavícula			
Recomendações: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVICULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			

Data: 26/03/2020

JORGE JOSE SOUSA PINTO
CRM: 12278 - PB





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente AMANDA FERREIRA LAURINDO	BAE 1230619	Data/Hora Entrada 23/03/2020 08:12:13	Data Baixa
Data de nascimento: 30/12/1989	Idade 30a 2m 23d	Sexo Feminino	CNS
Mãe WILMA MARIA TEIXEIRA FALCAO			Telefone de Contato (83) 988624610
Endereço JOSIAS BARBOSA FERREIRA (CUIÁ), 207	Bairro ERNESTO GEISEL	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Avaliante MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRÉ GUSTAVO SOARES XIMENES	Nº Cons. Regional 12412/PB
Data/Hora Classificação 23/03/2020 08:12:13		Data/Hora Prescrição 23/03/2020 17:54:53	

ANAMNESE

ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO. ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DEVIOS CD; INTERNAMENTO PARA CIRURGIA STAFF DR CARLOS ALBERTO

DIETA

-TA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NÁUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TP^AMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (SE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

ELETROCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEINA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

IONOGRAMA

Dr. André G. S. Ximenes
Médico
CRM-PB 12412

CID10





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome AMANDA FERREIRA LAURINDO		Data de Entrada 23/03/2020 08:12:13		Validade da Prescrição 23/03/2020 17:54:35 - 24/03/2020 17:54:00	
Convenio SUS		Enfermaria / Leito		Senha	
Motivo de Admissão		Matrícula		Permanência no 9h 44min	
Name do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da Entrada:	Data da Internação:
				23/03/2020 08:12:13	09 44min
			Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos.
			Oral		
1 DIETA LIVRE	0,0		E.V.		
2 DIFUSORA 500 ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML			
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
ONDANSETRONA 8MG/ML (AMPOLA 4ML)	8,0	ML	E.V.		
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML			
4 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML	E.V.		
Diluir em AGUA DESTILADA	40,0	ML	Observar de 1EM JEJUM, PELA MANHÃ		
5 OMEPRAZOL			ORAL		
6 TRAMADOL 50MG ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	E.V.		
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML			
7 CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML			
8 CURATIVO	0,0		Observação Diária		
9 SSVV + CGG	0,0				

“parvum novum sentiūdū”

Reimpresso per:
dia:

Dra. Ana Paula Zilberman *Assinatura e Carimbo do Profissional*

ANDRÉ GUSTAVO SOARES XIMENES
CRM: 12412

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA
AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 – JAGUARIBE – JOÃO PESSOA PB
CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR. (A)
AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO
RG 3581064

FOI ATENDIDO(A) POR DR TEMISTOCLES

DO(A) HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

NO DIA 30/03/2020 07:10 , NECESSITANDO DE 120 DIAS DE REPOUSO,
POR MOTIVO DE DOENÇA.

CID: S420

OBSERVAÇÃO: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM
FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS. NA DATA DE HOJE

AUTORIZO O MÉDICO A REGISTRAR O DIAGNÓSTICO CODIFICADO CID E POR EXTERNO NESTE ATESTADO
MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

I. Ferreira 30/03/2020 Temistocles de A. R. Filho
LOCAL E DATA ORTOPEDISTA E TRAUMATOLÓGISTA
CRM-PB-7618/TEOT-15747/ROE-S245

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART.27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO Nº89.312 DE 23/01/84,
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Hospital Universitário Nova Esperança
Av. Capitão José Pessoa, 919 – Jaguaribe
João Pessoa - PB - Tel.: (83) 2108-0707

Hospital Universitário
JA ESPERANÇA

Retenção Farmácia ou Drogaria.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA
Av. Capitão José Pessoa, Nº 919 Jaguaribe - João Pessoa/PB
CNPJ: 40.980.914/0001-80 Tel.: (83) 2108-0707

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

FUNDAÇÃO JOSÉ LEITE DE SOUZA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA CNPJ: 48.980.914/0001-88
AVENIDA CAPITÃO JOSÉ PESSOA, 919 JAGUARIBE - JOÃO PESSOA - PB

DATA: ...: 30 de março de 2020

PACIENTE: AYANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

USO ORAL

1- CIPROFLOXACINO 500MG-----02CX
TOMAR 01 COMP DE 12/12HS POR 15 DIAS S/ SO VAI S/ A 14/03/23

Ident. Comprador: _____

Nome: _____

Nome: _____

RG: _____

Cidade: _____

UF: _____

Data: _____ / _____ / _____

Ass. Farmacêutico / Data _____

Teristocles de A. P.
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 1618 / TECNICO DE MEDICO
HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

Nome: _____

Cidade: _____

Ass. Farmacêutico / Data _____

Teristocles de A. P.
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 1618 / TECNICO DE MEDICO
HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA

CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO
CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO
CRM-PB: 7618 / TECNICO DE MEDICO
HOSPITAL UNIVERSITARIO NOVA ESPERANCA - JOAO PESSOA/PB



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

AV. CAPITÃO JOSE PESSOA, Nº 919 – JAGUARIBE – JOÃO PESSOA PB

CNPJ: 40.980.914/0001-80 TEL: (83) 2108-0707

Paciente...: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO
Data Nasc.: 30/12/1989 Idade: 30

Data Atendimento: 30/03/2020
Sexo....: FEMININO
NºAtend.: 36699

RECEITUÁRIO

DESCRIÇÃO:

USO ORAL

1- MAXSULID 1 VIXX ✓ 8 MES matutin ~~10:00 HRS~~ 20:00
TOMAR 01 COMP DE 12/12HS POR 5 DIAS

2- LISADOR 1 VIXX 2 10:00 matutin 11:00 HRS
TOMAR 01 COMP DE 1/8HS Noite 19:00 HRS

Hospital Universitário Nova Esperança
Av Capitão José Pessoa, 919 - Jaguaribe
João Pessoa - Paraíba - Tel.: (83) 2108-0707

REMISSÃO ESTADO A. R. P. R.
DROGARIA E FARMACIA
CNPJ: 00.000.000/0001-00





Hospital Universitario
NOVA ESPERANÇA

1ª Via Retenção Farmácia ou Drogaria

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

FUNDAÇÃO JOSÉ LEITE DE SOUZA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - CNPJ: 40.980.914/0001-86
AVENIDA CAPITÃO JOSÉ PESSOA, 919 JAGUARIBA - JOÃO PESSOA - PB

DATA...: 30 de março de 2020

MÉRICO - TEHISTOCLES DE ALMEIDA PEREIRA, 2010

PACIENTE: APANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

ENDEREÇO: RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS, 106.

PREScrição médica

ANSWER

1- CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG-----02CM
IOMAR 01 COMP DE 8.46HS SE DOR INTENSA

apite 19-00HES Iden. Fornecedor

— 10 —

Note: _____

RG. 1 _____

Date: _____ / _____ / _____

First: _____

Cidade: UF:

~~CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO~~
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA FEDERANCA - 108

01 ~~02~~ Ass. Farmacêutico / Da

ASS. FARMAC
FARMACIAS DE A. E. P.
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO
CABLOS TESTIMONIO
DR. MEDICO
FRANCA - JOAO VIEIRA





Documento de Alta

Nome: AMANDA FERREIRA LAURINDO			Número Prontuário: 121869
Data de Nascimento: 30/12/1989	Sexo: Feminino	Data de Internação: 23/03/2020 18:47:54	Data de Alta: 23/03/2020 20:34:40
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD. ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Resumo da Internação: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD. ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Resultado de Exames: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD. ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Tratamento: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD. ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			
Diagnóstico: S42.0 - Fratura da clavícula			
Recomendações: # ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO AS 7 HORAS DA MANHÃ DE HOJE. REFERE DOR NA CLAVÍCULA/OMBRO DIREITO AO EXAME: BEG, NEUROVASCULAR PRESERVADO, ADM PREJUDICADO PELA DOR RX APRESENTANDO FRATURA DE TERÇO DISTAL DE CLAVÍCULA DIREITA COM DESVIO CD. ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO ANALGESIA IMOBILIZAÇÃO PRECEPTOR: DR. STEFFERSON OBS: - ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL ORIENTA SOMENTE INTERNAÇÃO POR MOTIVO DE EXTREMA URGÊNCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			

Data: 23/03/2020

JORGE JOSE SOUSA PINTO
CRM: 12278 - PB

Stefferson Pintzirio Diniz
Traumatólogo Ortopedista
CRM-PB 12278



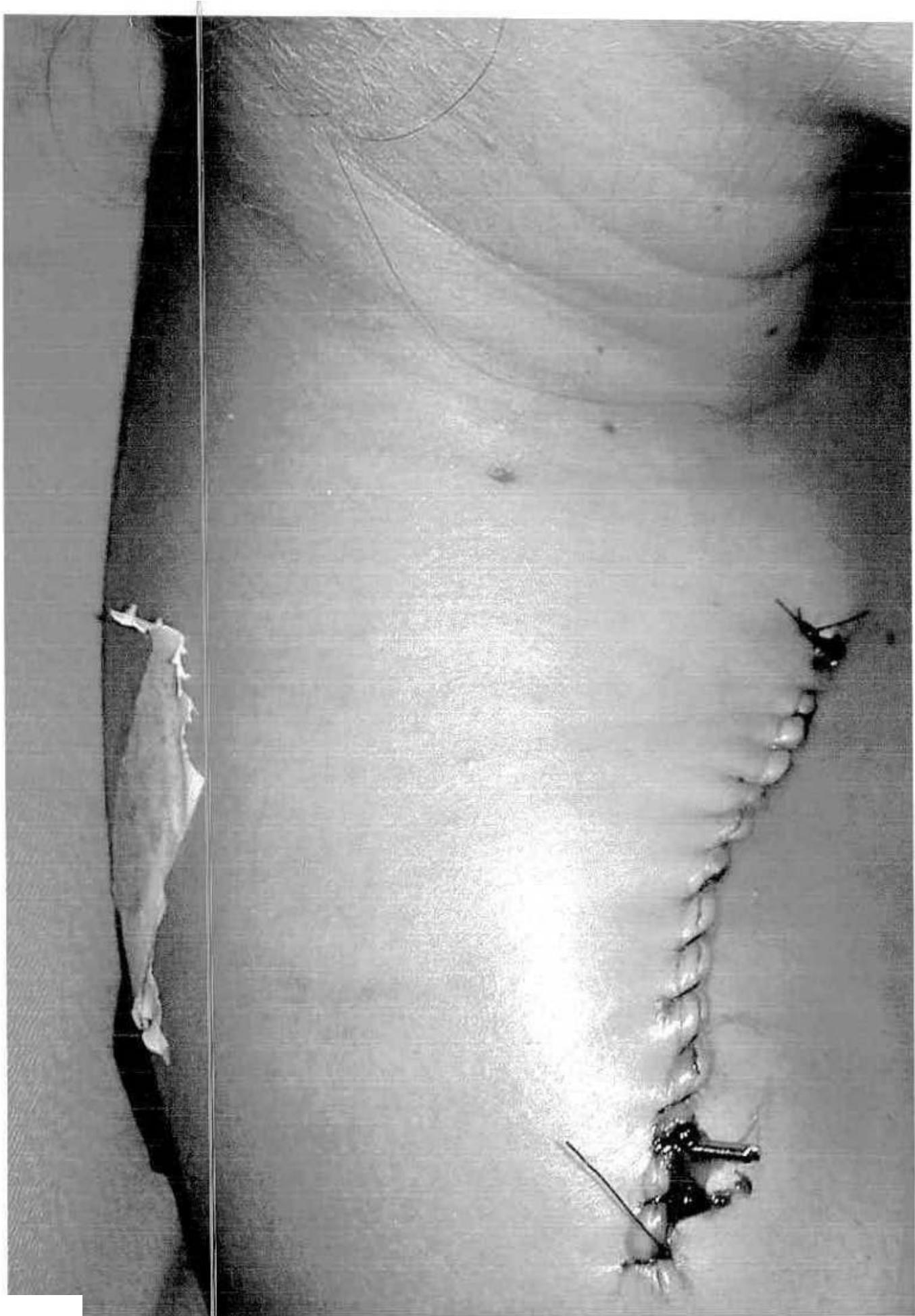
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422859900000043506776>
Número do documento: 21071510422859900000043506776

Num. 45785652 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422859900000043506776>
Número do documento: 21071510422859900000043506776

Num. 45785652 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422859900000043506776>
Número do documento: 21071510422859900000043506776

Num. 45785652 - Pág. 24



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento [para consultas sobre indenizações e prêmios]: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC [para dúvidas e reclamações]: 0800 022 8189 | SAC [para deficientes auditivos e de fala]: 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200254581

Data da solicitação: 17/07/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do beneficiário: 016.486.934-40

Nome do solicitante: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do solicitante: 016.486.934-40

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98855-1045

Tel. Comercial: (83) 98708-8728

Tel. Residencial: (000)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

NÃO CONCORDO COM O VALOR RECEBIDO, TENDO EM VISTA QUE MINHA LESÃO FOI GRAVE E ESTOU COM O MEU MEMBRO COMPROMETIDO.

JOAO PESSOA - PB, 23 DE SETEMBRO DE 2020

Local e Data

Amanda Ferreira da Silva Laurindo

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





~~Tomistóclés de A. K. FNAU
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CNPJ: 08.701.177/0001-50~~

26/07/2020

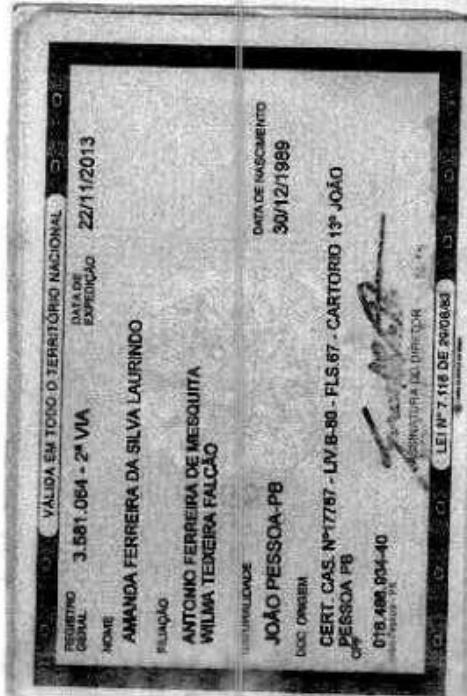
Nome: Anderson Faria da Silva
homem
Adulto. Médico

A paciente denominada Anderson Faria da Silva, homem de 30 anos, residente em Belo Horizonte, Minas Gerais, que no dia 23/03/20, enquanto dirigia sua motocicleta no bairro Centro, onde obteve o diagnóstico de fratura em clavicula D, com deslocamento de 40% e angulação de 30°, na ocasião foi socorrido pelo corpo de Bombeiros.

Pct. foi submetido a 1^{ta} cirurgia no HNÉ, tratamento com fixação interna com placa e MATRIZ para reparo fratura clavícula com consolidação da fratura Pct. Não apresenta sequelas abutante.

Digitalizado com CamScanner





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422859900000043506776>
Número do documento: 21071510422859900000043506776

Num. 45785652 - Pág. 27

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
CÓD. PERNBZT - 201900000466684-6/06/2019

VIA	1	033059529-6	00/00000000	2019
NOME				

JOBSON ASSUERO S LAURINDO

CPF / CNPJ	09905109480	PLACA	NOD5004/PB	
PLACA ANT / UF	NOVO PB	CHASSI	9C2KD0550BR008362	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL		
PAS / MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	HONDA / NXR150 BROS ES	ANO FAB.	2011	
CAP / POT / CIL	2 P/149 /CI	CATEGORIA	PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
P	00/00/0000	1 ^o	2 ^o	
V	FAIXA P.V.A.	PARCELA/MENTO / COTAS	3 ^o	
A	*****	0		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		10F (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGUR	PAGO	24/04/201
OBSERVAÇÕES				
A. F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA				

DETTRAN

DETTRAN



PB Nº 01479BO67772 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	1	09905109480	EXPIRAÇÃO	2019	DATA EMISSÃO	24/04/2019
REMESSA	00330595296	HONDA / NXR 150 BROS ES	CPF / CNPJ	11025004 / PB	VALOR	R\$ 100,00
ANO FAB.	2011	9	Nº CHASSI	9C2KD05500B008362		
PAGAMENTO						

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DE JANEIRO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	10% A SESSANTA E SEIS
*****	SEGURO	PAGO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.400/0001-04

SET/2019



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento [para consultas sobre indenizações e prêmios]: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC [para dúvidas e reclamações]: 0800 022 8189 | SAC [para deficientes auditivos e de fala]: 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200254581

Data da solicitação: 17/07/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do beneficiário: 016.486.934-40

Nome do solicitante: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF do solicitante: 016.486.934-40

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 98855-1045

Tel. Comercial: (83) 98708-8728

Tel. Residencial: (000)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

NÃO CONCORDO COM O VALOR RECEBIDO, TENDO EM VISTA QUE MINHA LESÃO FOI GRAVE E ESTOU COM O MEU MEMBRO COMPROMETIDO.

JOAO PESSOA - PB, 23 DE SETEMBRO DE 2020

Local e Data

- *Amanda Ferreira da Silva Laurindo*

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





Temistocles de A. K. FNAU
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CEP: 78111-1114-7712-3205

26/07.2020

Nome: Anderson Ferreira da Silva
Brancaleone
Endereço: Av. 20 de Julho, 1000 - Centro

Pet. foi submetido a 140
analg. e no HUNÉ, tratado com
MATRIZ fixas entre um menor e
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661
conselhos da justiça. Pet.
não apresenta sequelas atualmente.

SCHOLARLY PAPERS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200542/20

Vítima: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

CPF: 016.486.934-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2020

Titular do CPF: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO : 016.486.934-40

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: 17/07/2020
Nome: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO
CPF: 016.486.934-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422859900000043506776>
Número do documento: 21071510422859900000043506776

Num. 45785652 - Pág. 32



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08093101320208152003

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 13 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422992100000043506779>
Número do documento: 21071510422992100000043506779

Num. 45785655 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 10:42:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071510422992100000043506779>
Número do documento: 21071510422992100000043506779

Num. 45785655 - Pág. 2