



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)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
38484 850	18/01/2021 16:03	2778037_CONTESTACAO_Anexo_02



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

Rio de Janeiro, 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





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

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





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 **Cobertura:** INVALIDEZ

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 - INVALIDEZ



Carta n° 16189295



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Núm. 38484850 - 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 LAURINDO 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 - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2 P5 P10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequelas

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - Pág. 5



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:
3200254581

3 - CPF da vítima:
016.486.934-40

4 - Nome completo da vítima:

AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

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 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:

RECUSO 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: VOTORANTIM

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 (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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou Sim Não nascitur (vai nascer)?

31 - Vítima Sim Não teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim 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:

José 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)	<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:	Amanda Ferreira da Silva Louzardo 016.486.934-40		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Receuse	Geraldo Francisco dos Santos 106		Louzado
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Gramame	José Pessoa	PB	58088-355
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"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <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: <u>Neon</u>	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA: <u>0655</u>	CONTA: <u>6738457</u> 9
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			

INVALIDEZ PERMANENTE

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<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 <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <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 pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			

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>José 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)		



**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 FRENTES 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.



Nº 044861.01.2020.0.00.704

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - Pág. 9



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 Jardim

9 - Número:

106 Jardim

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 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 (Todos os bancos): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: Neom

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0655

CONTA: 6738457

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu/veio a falecer?

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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 MÍNIMA

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 - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - 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: 090 051.034-80

Gruta CONVENTIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Casse RES MTC BI / Subcasse: RESIDENCIAL
Líquido MONOFÁSICO
Ritmo 11-2-884-2870 N° Medidor: 000000013489



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016350605

	R\$ 99,33		06/04/2020
	Mar / 2020		CONSUMO 3,87 kWh MÉDIA DIária LEITURA CONFIRMADA
SITUAÇÃO DE DÉBITOS			

CEP: 58066-352



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - 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	Lagradouro 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	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - 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 URGENCIA 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 URGENCIA 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 URGENCIA 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 URGENCIA 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 URGENCIA DEVIDO A PANDEMIA; - CARTÃO DE RETORNO NO CEREST COM DR. PORTELA;			

Data: 26/03/2020

JORGE JOSE SOUSA PINTO
CRM: 12278 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



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

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

- TRAMADOL 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



HÓSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Usuário: ANDRÉ GUSTAVO C.
Boleto: 1230619


PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº Prontuário	Data Prescrição
AMANDA FERREIRA LAURINDO	30/12/1989	30a 2m 23d	FEMININO	1230619	23/03/2020 17:54:53
Motivo do Atenção	Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição	
SUS				23/03/2020 17:54:53 - 24/03/2020 17:54:00	Senhora
Convenio	Matrícula				
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso		
1 DIETA LIVRE	0,0			ORAL	
2 DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.	
3 ONDANSETRONA 8MG/ML (AMPOLA 4ML)	10,0	ML		E.V.	
4 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	10,0	ML		E.V.	
5 OMEPRAZOL 20MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	40,0	MG	Observação: F.M.J.E.U.M, PELA MANHÃ.	ORAL	
6 CETOROLACO DE FRONTEMINA 0,9% (AMPOLA 100ML)	2,0	ML		E.V.	
7 CURATIVO				E.V.	
8 SSVV + CCBG	0,0		Observação: DIARIO		

Permanência na
9h 45min

Veloc. Int.

Pós

Apagamento

Reimpresso por:

dia:

paciente não sentiu

Dr. André Gustavo C.
CRM: 12412

Assinatura e Carimbo do Profissional


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 TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB-7618/TEOT-15747/RQE-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

Digitalizado com Certificado





COLLEGIUM
UNIVERSITATIS
NAZARENAE

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA
Av. Capitão José Pessoa, Nº 919 Jaguaribe - João Pessoa
CNPJ: 40.980.914/0091-80 Tel.: (83) 2108-0707

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		FUNDAÇÃO JOSÉ LEITE DE SOUZA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA CNPJ: 48.988.914/0001-84	
DATA: ... : 30 de março de 2020		AVENIDA CAPITÃO JOSÉ PESSOA, 919 JAGUARIBE - JOÃO PESSOA - PB	
PACIENTE: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO		MEDICO: : IEMISTOCLES DE ALMEIDA Ribeiro FILHO	
RESSCRIÇÃO MÉDICA:		ENDERECO: RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS 106	
USO ORAL		Data: / /	
1- CIPROFLOXACINO 500MG-----02CX TOMAR 01 COMP DE 12/12HS POR 15 DIAS		Data: / /	
Cidadão: _____ UF: _____		Ass. Farmacêutico: _____	
Nome: _____ Fone: _____		Nome: _____ Fone: _____	
Cidade: _____		Cidade: _____	
<p style="text-align: center;"><i>Temistocles de A. R. Filho</i> ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PB: 7618 / TEOZ: 1547 / RQE:</p> <p style="text-align: right;">CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO</p> <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA/PB</p> <p style="text-align: right;">Ass. Farmacêutico</p> <p style="text-align: right;"><i>Temistocles de A. R. Filho</i></p> <p style="text-align: right;">CRM-PB: 7618 / TEOZ: 1547 / RQE:</p> <p style="text-align: right;">CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO</p> <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA/PB</p> <p style="text-align: right;">Ass. Farmacêutico</p> <p style="text-align: right;"><i>Carimbo e Assinatura da Farmácia</i></p> <p style="text-align: right;">CRM-PB: 7618 / TEOZ: 1547 / RQE:</p> <p style="text-align: right;">CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO</p> <p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA/PB</p> <p style="text-align: right;">Ass. Farmacêutico</p>			



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 VICK ✓ 8 MES matutin 20.00 PM 08HS DA NOITE
TOMAR 01 COMP DE 12/12HS POR 5 DIAS

2- LISADOR 1 VICK 2 1/2 mes matutin 11:00 HRS
TOMAR 01 COMP DE 1/8HS
Noite 19:00 HORAS

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

REMISSO DE ESTOQUE A R. PINTO
DROGARIA E FRAMBOESA
CADA 01/04/2021 10:00:00

Digitado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - Pág. 19



Hospital Universitário
NOVA ESPERANÇA

1ª Via Retenção Farmácia ou Drogaria

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

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

FUNDAÇÃO JOSÉ LEITE DE SOUZA - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA CNPJ: 40.980.914/0001-80
AVENIDA CAPITÃO JOSÉ PESSOA, 919 JAGUARIBE - JOÃO PESSOA - PB

DATA....: 30 de março de 2020

MÉDICO...: TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO

PACIENTE: AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

ENDEREÇO: RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS 106

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

USO ORAL

1- CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG-----02X01
TOMAR 01 COMP DE 8/8HS SE DOR INTENSA

55 KRS
1000 mg mltas

Ident. Comprador:

Nóite 19:00HES Iden. Fornecedor

Nome: _____

RG.: _____

Data: _____ / _____ / _____

Fone: _____

Cidade: _____ UF: _____

Ass. Farmacêutico / Data

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA - JOÃO PESSOA

Digitado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - Pág. 20



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 Pinheiro Diniz
Traumato Ortopedista
CRM-PB 12278





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - 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).





Temistocles de A. K. FNAU
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRP-7111 / TITL. 1124/POL. 200

26/07/2020

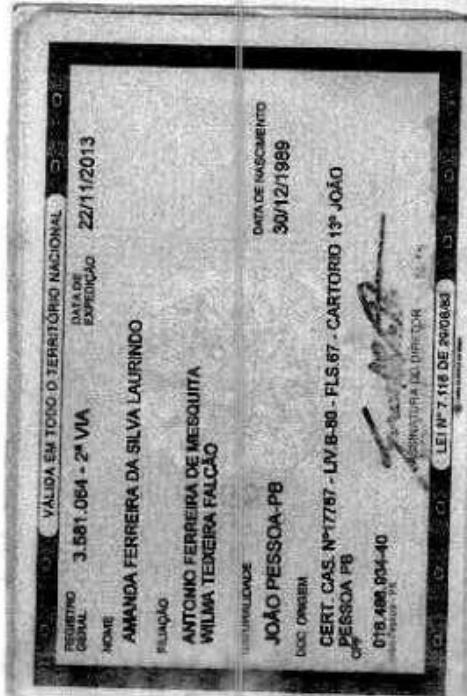
Nome: Anderson Ferreira da Silva
Branquinho
Larivo. Médico

A paciente denominada Anderson
da branquinho, motociclista no
dia 23/03/20, rocamida para o
HCTSM, onde obteve o diagnóstico
de fratura em clavícula (D), com
de luxação da tbo. clavicular, na
ocasião foi socorrida pelo corpo de
Bombeiros.

Pct. foi submetida a tbo.
cirurgico no HNE, tratamento com
MATRIZ fixações internas com placa e
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661
osteosíntese da fratura Pct.
não apresenta sequelas atualmente.

Digitalizado com CamScanner





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - Pág. 27

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS
VIA: CÓD. PERNBZT - 201900000466684-6/EFICÍCIA:
1 0033059529-6 00/00000000 2019

JOBSON ASSUERO S LAURINDO

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



TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 01479BO67772 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE È 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	CPF / CNPJ	09905109480	DATA EMISSÃO	2019 24/04/2019
RESERVAS:		ANEXOS:	Nº CHASSI		
ANO FAB.	2011	CST TAREF.	9C2KD05500R008362		
PRÉMIO TARIFÁRIO					
FNS (R\$)	*****	DE JUVENTAN (R\$)	*****	CUSTO DO SEGURO (R\$)	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	*****	IOF (R\$)	*****	VALOR A SER PAGO (R\$)	*****
PAGAMENTO					
COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/>	PARCELAÇÃO	<input type="checkbox"/>	DATA DE QUITAÇÃO	24/04/2019

FNS (R\$)	*****	DE JUVENTAN (R\$)	*****	CUSTO DO SEGURO (R\$)	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	*****	IOF (R\$)	*****	VALOR A SER PAGO (R\$)	*****
PAGAMENTO					
COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/>	PARCELAÇÃO	<input type="checkbox"/>	DATA DE QUITAÇÃO	24/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.400/0001-04

SET/2018

Scanned by CamScanner



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
CNPJ: 70.181.777/0114-71 RG: 3265

26/07/2020

Nome: Anderson Ferreira da Silva
Brancaleone
Endereço: Largo. Mídico

A paciente apresentava lesão no
olho esquerdo em motocicleta no
dia 23/03/20, socorrida pronta.
Hematoma orbital, órbita obstruída, disgrâncias
de luxação da clivagem P, com
indicações de fratura cingular, na
ocasião foi socorrida pelo corpo da
Bombeiros.

Pct. (ai substituir or + to
coring. no HUNÉ, trocar com
MATRIZ /íxos intos won placa e
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661
Fonsollosas da Pintura Pet.
não apresenta sequelas abundante.



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 - 18/01/2021 16:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011816030463500000036698153>
Número do documento: 21011816030463500000036698153

Num. 38484850 - Pág. 32