Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

15/01/2021

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	Tipo
36685552	16/11/2020 12:05	Petição Inicial	Petição Inicial
36685588	16/11/2020 12:05	INICIAL AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO	Informações Prestadas
36685591	16/11/2020 12:05	PROCURAÇÃO	Procuração
36685593	16/11/2020 12:05	DOC. DE IDENTIFICAÇÃO E DO VEÍCULO	Documento de Identificação
36685596	16/11/2020 12:05	COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
36685804	16/11/2020 12:05	BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
36685808	16/11/2020 12:05	REQUERIMENTO E PAGAMENTO ADM SEGURO DPVAT	Documento de Comprovação
36685809	16/11/2020 12:05	LAUDO MÉDICO	Documento de Comprovação
36685812	16/11/2020 12:05	RAIOX DA FRATURA	Documento de Comprovação

EM ANEXO

PAIVA & ASSOCIADOS
ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

JHANSEN DORNELAS
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA ____ VARA REGIONAL DE MANGABEIRA – PB

AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO, brasileira, casada, desempregada, inscrito no CPF/MF sob nº 016.486.934-40 e Registro Geral sob o nº 3.581.064 SSDS/PB, residente e domiciliado na Rua Geraldo Francisco dos Santos, 106, Gramame, João Pessoa-PB, CEP: 58068-355, representado por seus advogados signatários, com escritório profissional na Rua João Teixeira de Carvalho, n° 275, Pedro Gondim, João Pessoa- PB, CEP 58031-220, endereço eletrônico: advocaciadornelas@gmail.com, renanpaivaadvocacia@gmail.com, e, vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT

em face **BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A,** localizada na R. Josefa Taveira, 314, Mangabeira, João Pessoa - PB, 58055-000, inscrita no CNPJ N.º 33.055.146/0001-93, tendo em vista os fatos e os motivos a seguir delineados:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, aposentado, vive da renda que recebe da sua aposentadoria, assim, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos para apreciação de Vossa Excelência, declaração feita pelo autor, afirmando-se, desde já, a veracidade do que fora subscrito.

II. DOS FATOS:

O Requerente sofreu acidente de trânsito no dia 23/03/2020, por volta das 07:00h, na Rua Abelardo Targino da Fonseca, no Bairro do Geisel, em João Pessoa-PB,

quando vinha de carona na Moto (marca HONDA, modelo NXR, cor preta, a 150 BROS ES, no 2011, de placa NQD-5004/PB, seguia normalmente na rua mencionada, quando uma motocicleta de placas e condutor não identificados cruzou a frente da motocicleta em que vinha a parte autora, não dando tempo do condutor evitar o sinistro, com isso sofreu uma queda onde se machucou. Na ocasião o sinistrado foi socorrido e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma, logo depois foi para o Hospital Universitário Nova Esperança de João Pessoa apresentando **Fratura de Clavícula Direita, (CID 10 S 42.0)**, passando por tratamento cirúrgico.

Mesmo realizando o tratamento, a parte Promovente ficou com debilidade permanente de natureza física, tem dificuldade levantar o braço, limitação de movimentos, diminuição da força muscular e dificuldade de erguer o membro afetado.

De posse de toda documentação necessária para requerer indenização por invalidez referente ao seguro DPVAT, o autor requereu administrativamente **(Sinistro 3200254581)**, vindo a **receber a quantia de R$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

Todavia, as sequelas suportadas pelo autor prejudicaram consideravelmente suas funções físicas, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar o braço, pentear o cabelo, praticar algum exercício físico, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas, além de estar desempregada, sendo certo que o autor faz jus a uma indenização complementar correspondente a diferença do valor recebido e o valor máximo indenizável, sendo necessário a realização de perícia médica para apuração do grau da invalidez.

Eis os fatos necessários.

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

O seguro obrigatório (DPVAT) tem por finalidade dar cobertura a danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

A Lei n.º 6194/74, que trata do Seguro Obrigatório, em seu artigo 3º elenca os danos pessoais cobertos pelo mesmo:

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º1 compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

b) até R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Trilhando, ainda, por esta senda a Lei 6194/74, em seu artigo 5º, preceitua que a indenização será paga mediante a simples comprovação do acidente e do dano decorrente, senão, veja-se:

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

Há de se observar que esse artigo instituiu uma responsabilidade objetiva, adotando também a teoria do risco integral, aqui se deixa de imputar uma responsabilidade ao condutor do veículo e passa a imputar a sociedade como um seguro social, devido ao grande número de acidente deste gênero.

Por outro lado, urge destacar, que os requisitos (prova do acidente e do dano decorrente) para a indenização foram preenchidos, senão, observe-se:

1**) Prova do Acidente:** Laudo Médico fornecido pelo Hospital de Trauma da Capital, Central de Fraturas, Hospital Universitário Nova Esperança e Boletim de Ocorrência fornecido pela Policia Civil. (docs. anexos)

2) Dano: debilidade permanente de natureza física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar o braço, pentear o cabelo, praticar algum exercício físico, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas, além de estar desempregado e com dificuldade em erguer o membro.

3) Nexo causal: Se não tivesse ocorrido o acidente a parte Promovente não teria sofrido as lesões já relacionadas.

Neste viés, tem-se, ainda, o entendimento do Egrégio Tribunal do Rio Grande do Sul:

> ***"Para a concessão da indenização do seguro DPVAT basta a simples prova da ocorrência do sinistro e do dano decorrente.*** *O artigo 3º, letra "b" da Lei 6.194/74 estabelece o valor de 40 salários mínimos para indenização por invalidez permanente. (TJRS - AC 70010140473 - Cachoeira do Sul - 5ª C.Cív. - Relª Desª Ana Maria Nedel Scalzilli - J. 07.07.2005)."*

Outrossim, é forçoso concluir que a parte Promovente faz jus a indenização do seguro obrigatório.

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o autor com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao

recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

> **Súmula 474**
> *"A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez"*

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

ANEXO
(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	**Percentual da Perda**
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	**100**
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	**100**
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	**100**
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	**100**
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	**100**
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	**100**
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	**Percentual da Perda**
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	**70**

Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores; Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	**70**
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar; Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	**25**
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão; Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	**10**
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	**Percentual da Perda**
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	**50**
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	**25**
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	**10**

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER**:

4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

4.2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação**,** sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

- 4.4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de **R$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), menos o valor pago administrativamente, qual seja, R$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), totalizando assim, ao final, a importância de R$ 11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos);**

- 4.4.2. Condenar a ré ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de **R$ 11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos);**

- 4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

4.5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá se a causa o valor de **11.812,50 (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).**

Termos em que,
Pede deferimento.
João Pessoa-PB, 05 de novembro de 2020.

RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB 21.393

JHANSEN FALCÃO DE CARVALHO DORNELAS
OAB/PB 19.339

PAIVA & ASSOCIADOS
ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

JHANSEN DORNELAS
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: AMANDA FERREIRA DA SILVA BARRINHO, BRASILEIRA, CASADA, INSCRITA NO RG. 3581064, CPF: 016.496934.40, RESIDENTE À RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS, nº 306, GRAMAME, JOÃO PESSOA-PB, CEP: 58088-355.

OUTORGADO: **JHANSEN FALCÃO DE CARVALHO DORNELAS,** brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 19.339; **RENAN DE CARVALHO PAIVA**, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393; ambos com endereço profissional sito na Praça Antônio Pessoa, 80 Tambiá, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "***ad juditia et extra***", para representá-lo em repartições públicas federais, autarquias e especialmente perante o **INSS – Instituto Nacional do Seguro Social**, para tratar de seu interesse, assinando requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistência, obter vistas em procedimento administrativo, conferindo-lhe ainda poderes para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, conduzir os respectivos processos, nomear peritos e assistentes, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga os advogados acima descritos, os poderes especiais para **receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, renunciar valores referente ao limite do teto do Juizado Especial Federal de 60 salários mínimos em razão do procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, levantar, requerer ou receber RPV e ALVARÁS, requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento de sinistro, assinar recibos, assinar declaração de endereço, assinar autorização de pagamento/crédito de indenização de Sinistro DPVAT, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

DECLARAÇÃO: O (a)(s) outorgantes(s) **DECLARA(M),** para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e da sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como advogado o outorgado acima nomeado, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

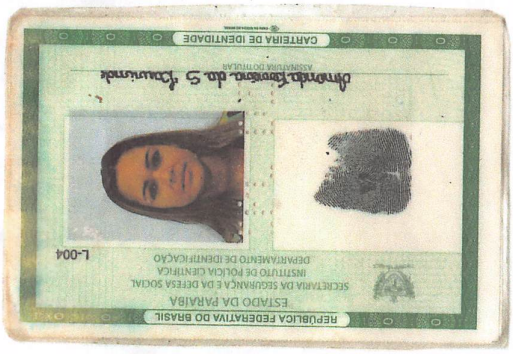
HONORÁRIOS ADVOGATÍCIOS: O(a) outorgante pagará o percentual de 30% (trinta por cento) sobre qualquer vantagem financeira auferida, em decorrência dos serviços prestados, além das demais cláusulas do contrato.

João Pessoa/PB, 04 de Novembro de 2020.

Amanda Ferreira da Silva Barrinho

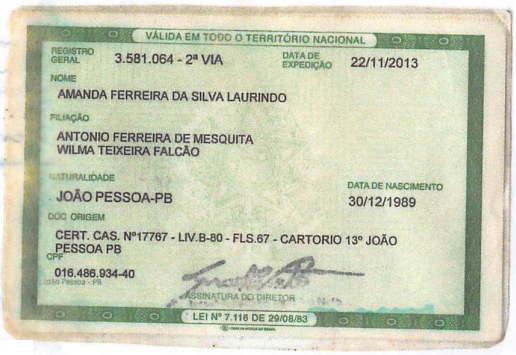
OUTORGANTE

83.99800-2074 advocaciadornelas@gmail.com
Rua Tenente Antônio Pontes, 87-B, Centro, Cabedelo - PB.
83.98708-8728 renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feito da Silveira, 509, sala 02, João Pessoa/PB
Praça Antônio Pessoa, 80, Tambiá, João Pessoa/PB.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
L-004
Amanda Ferreira da S. Laurindo
ASSINATURA DO TITULAR
CARTEIRA DE IDENTIDADE

231



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.581.064 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/11/2013

NOME
AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO

FILIAÇÃO
ANTONIO FERREIRA DE MESQUITA
WILMA TEIXEIRA FALCÃO

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
30/12/1989

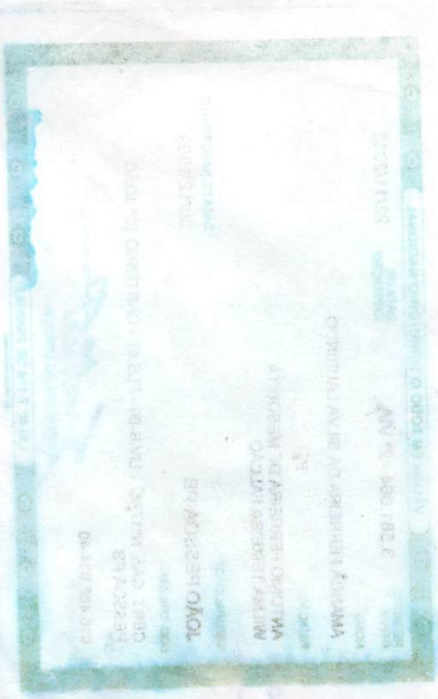
DOC ORIGEM
CERT. CAS. Nº17767 - LIV.B-80 - FLS.67 - CARTORIO 13º JOÃO PESSOA PB

CPF
016.486.934-40

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 01479806777

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCUL

RRT 2019000016668 4-6

VIA	CÓD. RENAVAM	NÚMERO	EXERCICI
1	0033059529-6	00/00000000	2019

NOME: JOBSON ASSUERO S LAURINDO

CPF / CNPJ	PLACA
09905109480	NOD5004/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KD0550BR008362

ESPÉCIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	ALCO/GASOI

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO M
HONDA/NXR150 BROS ES	2011	2011

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANT
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	00/00/0000	1ª
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
*******	0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMEN
********	SEGURO	P A G O	24/04/201

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

DENATRAN

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014798067772 **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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	24/04/2019

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	09905109480	NQD5004/PB

RENAVAM	MARCA / MODELO
00330595296	HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2011	9	9C2KD0550BR008362

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$)
******	SEGURO	P A G O

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	24/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

SET /2018

JOBSON ASSUERO DA SILVA LAURINDO
RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS, 106 - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 58068355 (AG: 1)

energisa

CPF/CNPJ/RANI: 099.051.094-80

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligacao: MONOFASICO
Roteiro: 11 - 2 - 864 - 2670 Nº Medidor: 00000913489

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1635060-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016350605

VALOR DA FATURA R$ 99,33	VENCIMENTO 06/04/2020
REFERÊNCIA Mar / 2020	CONSUMO 116kWh 3,87 kWh MÉDIA DIÁRIA LEITURA CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CEP: 58068-355

Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Online

POLÍCIA CIVIL

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria da Segurança e da Defesa Social

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 Silva 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 30/30/2020, NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA.

x Jobson

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 Bauvinde

JOBSON ASSUERO DA SILVA

DB4F60DBCAA032640696973EEC9B03EA

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.

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº 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 Nº 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:
AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO	016.486.934-40

7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RECUSO	RUA GERALDO FRANCISCO DOS SANTOS	106	CASA

11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
GRAMAME	JOÃO PESSOA	PB	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)

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

◉ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: VOTORANTIM

AGÊNCIA: 0655 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 6738457 9 (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

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

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | 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)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200254581 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB
BENEFICIÁRIO AMANDA FERREIRA DA SILVA LAURINDO
CPF/CNPJ: 01648693440

Posição em 05-11-2020 14:00:28
Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, Clique aqui (https

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/08/2020	R$ 1.687,50	R$ 0,00	R$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
06/10/2020	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/68BDPRdDBajqsKLEMA36xA==/ api_key=mZtacJ8v73kqerMh3i2V4t5wb+KZoKRwajhsLPMX4___M=)
14/08/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/wFAocmjMNx4Wmd7oftxA2(api_key=mZtacJ8v73kqerMh3i2V4t5wb+KZoKRwajhsLPMX4___M=)

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Somos todos PARAÍBA
Governo do Estado

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1230619

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 (Parentesco) JACKSON VLUIZ - CUNHADO(A)	
DDD Celular 83	Celular 988624610		DDD	Telefone
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência ERNESTO GEISEL			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

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

Admissão

Data e Hora 23/03/2020 08:12:13	Número da pulseira 1000008841895	Convênio 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 RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA	CID
	Tempo 01seg

Imprimir

.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1230619

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Somos todos PARAÍBA
Governo do Estado

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: 23/03/2020

JORGE JOSE SOUSA PINTO
CRM: 12278 - PB

Stefferson Pinheiro Diniz
Traumato-ortopedista
CRM-PB 5752

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Somos todos PARAÍBA
Governo do Estado

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

Temistocles de A. K. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CREPO: 7618 / TEOT: 16347 / RQE: 5246

CentralFraturas

26/07/2020

Nome: Amanda Fernanda da Silva Leandro

LAUDO MÉDICO

A paciente supracitada foi vítima de acidente de motocicleta no dia 23/03/20, socorrida para o HETSML, onde obteve o diagnóstico de fratura de clavícula (D), com indicação de tto. cirúrgico, na ocasião foi socorrida pelo corpo de Bombeiros.

Pct. foi submetida a tto cirúrgico no HUNE, tratada com fixação interna com placa e parafusos. Evolui com consolidação da fratura. Pct. não apresenta sequelas atualmente.

MATRIZ
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NOVA ESPERANÇA

Universitário 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 CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA COM FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS. NA DATA DE HOJE

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

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

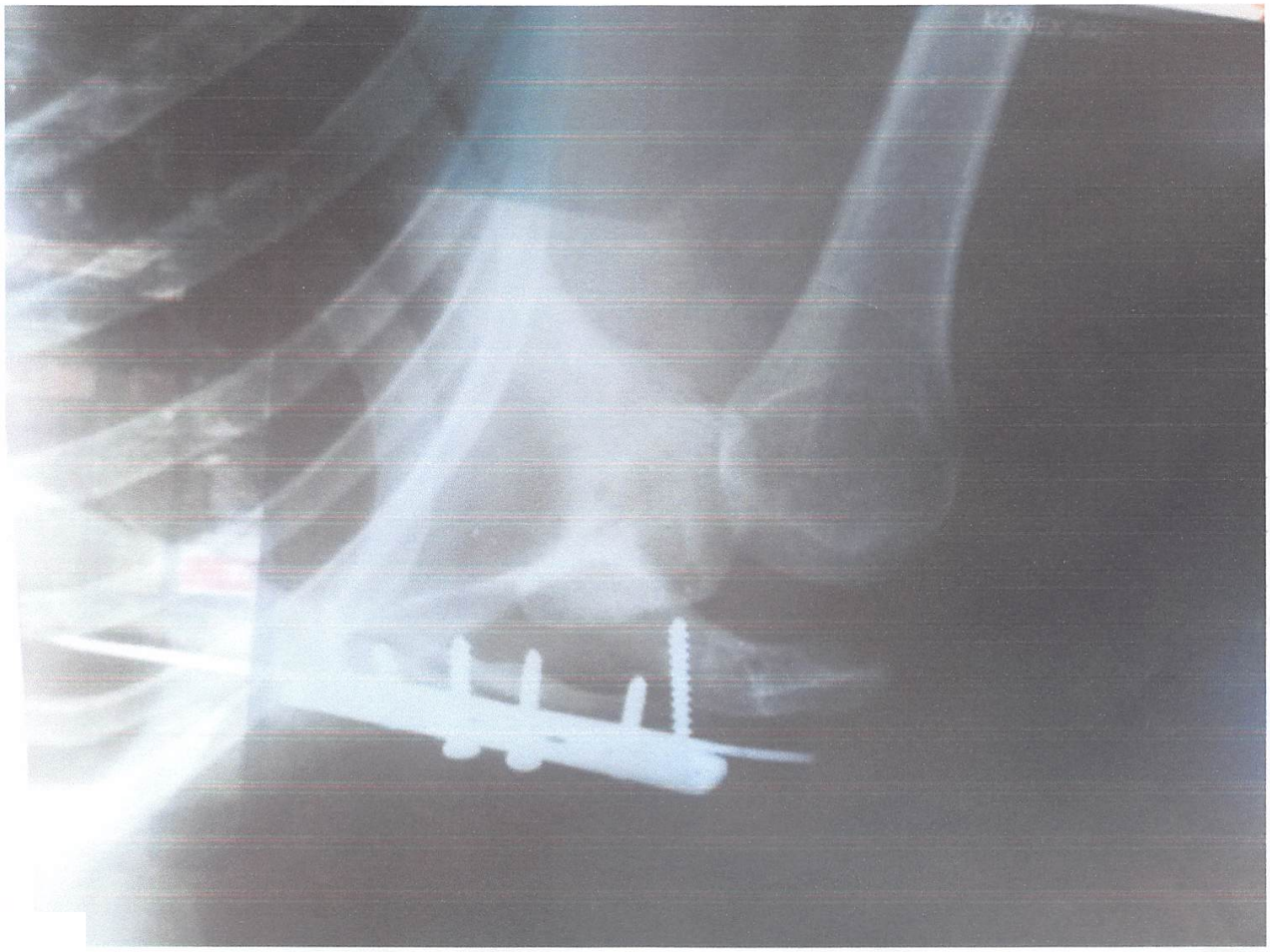
J. Pessoa 30/03/2020

LOCAL E DATA

Temistocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 7618 / TEOT: 15747 / RQE: 5245

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




250