



Número: **0832881-05.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **10/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LANE SILVINO RUFINO (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
44943 579	24/06/2021 14:45	<a href="#"><u>Petição</u></a>
44943 582	24/06/2021 14:45	<a href="#"><u>2780465_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>
44943 583	24/06/2021 14:45	<a href="#"><u>2780465_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:45:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414450452300000042718306>  
Número do documento: 21062414450452300000042718306

Num. 44943579 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 12 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200422915 Vítima: LANE SILVINO RUFINO

**Data do Acidente: 06/03/2020 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LANE SILVINO RUFINO**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidade Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%  
Valor a indemnizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LANE SILVINO RUFINO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000092969951-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096480309-64 4 - Nome completo da vítima: Lame Sálimo Rufino

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD):	5348056654

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------

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

## 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

## CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NO PAGAMENTO

AGÊNCIA: 0061	CONTA: 42969951
---------------	-----------------

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

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

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

Declaro, sob as penas de 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha)? <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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 09/07/20

Lame Sálimo Rufino

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

102/2019

TESTEMUNHAS





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
5<sup>a</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA

GOVERNO  
DA PARAÍBA  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00445.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00445.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:53 horas do dia 18 de novembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Lane Silvino Rufino**, conhecido(a) por Lania, CPF nº 096.480.304-64, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Rita de Cássia Rufino e José Silvino Rufino, natural de São Vicente do Seridó/PB, nascido(a) em 31/01/1986 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Santa Cruz, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro Seridó, tendo como ponto de referência Próximo do Bar da Baiuca, na cidade de São Vicente do Seridó/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

### Dados do(s) Fato(s):

Local: Sítio Santa Cruz, nº S/N, Casa Na Zona Rural. Próximo da Casa da Declarante, São Vicente do Seridó/PB, bairro Seridó; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/03/20 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

### Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESDi, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2014/2014, UF: PB, placa OXO-8824, chassi 9C2KC1680ER540526, renavam 0100402806-4, características gerais: Veículo Em Nome de Mayara Lane L. de Paiva e Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO NO LOCAL, DATA E HORA AMBOS JÁ DESCritos ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, QUANDO O PILOTO DO VEÍCULO BATEU NA LATERAL DE UM VEÍCULO DO TIPO AUTOMÓVEL QUE NÃO FOI IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO, SENDO QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA. SENDO QUE O PILOTO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E A DECLARANTE VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA RODRIGUES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS. CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL E COMO PRETENDE DAR ENTRADA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO D.P.V.A.T. A QUE FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, POREM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DESTE ESTADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00445.01.2020.1.05.101



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:45:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106241445060470000042718309>  
Número do documento: 2106241445060470000042718309

Num. 44943582 - Pág. 3

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
5<sup>a</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 18 de novembro de 2020.

  
ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

  
LANE SILVINO RUFINO  
Noticiante



Procedimento Policial: 00445.01.2020.1.05.101

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:45:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414450604700000042718309>  
Número do documento: 21062414450604700000042718309

Num. 44943582 - Pág. 4



# 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: 096480309-64 4 - Nome completo da vítima: Lame Sálimo Rufino

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD):	5348056654

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: NO PAGAMENTO

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

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

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

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

Declaro, sob as penas de 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 automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	-------------------------------------------------------------------

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha)? <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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 09/07/20

Lame Sálimo Rufino

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

102/2019

# 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: 08/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LANE SILVINO RUFINO

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000092969951-8

---

Nr. da Autenticação 85C29C7FA2C40730



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:45:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414450604700000042718309>  
Número do documento: 21062414450604700000042718309

Num. 44943582 - Pág. 6

# BOLETO PARA PAGAMENTO

DOCUMENTO DE REFERÊNCIA  
00190.00009 03268.926007 03412.673174 9 8436000005553  
Nº 053.165.372

## DADOS DO CLIENTE:

RITA D\* K\*\*\* R\*\*\*\*

SIT SAN\*\* CR\*\* SI\* 58159000  
SAO VICENTE DO SERIDO.



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.995.183 / 0001-40 Insc Est. 18.715.823-0

Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA  
**5/1867572-8**

[www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) | [www.facebook.com/energisaoficial](https://www.facebook.com/energisaoficial)

NOV/2020

04/11/2020

67 kWh

11/11/2020

**R\$ 55,53**

BANCO DO BRASIL S.A.		001-9	00190.00009 03268.926007 03412.673174 9 8436000005553			
LOCAL DE PAGAMENTO <b>PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S.A.</b>						
BENEFICIÁRIO <b>ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A</b>			CPF/CNPJ 09.995.183/0001-40	AGÊNCIA/CONTRATO/BENEFICIÁRIO		
ENDEREÇO BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				REGISTRO NOMEADO		32889280003412673
DATA DO DOCUMENTO 04/11/2020	Nº DOCUMENTO 00000000-2629-11-1	ESPECIE DO DÉBITO	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 04/11/2020	VALOR DO DOCUMENTO 55,53	
		CARTERA	ESPECIE RS	QUANTIDADE	DESCONTOS/ABATIMENTOS	
				VALOR		
INSTRUÇÕES: OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.						
PAGADOR <b>RITA D* K*** R****</b>		CPF/CNPJ 847.3**-***.24 SAO VICENTE DO SERIDO (AG: 85)				
SACADOR/ANALISTA		COD. DE BAYA				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA						



Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:45:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414450604700000042718309>  
Número do documento: 21062414450604700000042718309

Num. 44943582 - Pág. 7

06/03/2020

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.266/00038-57  
AV. IARA, FRANCISCO PEIXOTO, 3700 - Manguinhos, Carioba Grande - PB, CEP: 58432-809  
Data: 06/03/2020

PACIENTE: LANE SILVINO RUFINO Idade: 034 N° ATEND: 2122130

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO  
DATA: 06/03/2020 HORA: 18:42:48

ESPECIALIDADE: MEDICINA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X CARRO

SINAIS DE EMBRIAGUEZ: NÃO

SINAIS VITais:  
HGT: SAT 02; PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES I (SIM (X) NÃO HAS ( ) SIM (X) NÃO  
DEF. MOTORIA ( ) SIM (X) NÃO

ALERGIAS: NÉGA

MEDICAÇÃO EM USO:  
ESTADO GERAL: REGUL

AValiação NEUROLÓGICA

- ( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE ( ) ORIENTADO
- ( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO
- ( ) IRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

- ( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARREIA ( ) EXANTEMA
- ( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAIS
- ( ) ANAFLAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAIS
- ( ) EPIGASTRAGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) IMELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE  
CLASSEIFICAÇÃO DE RISCO:  
VERMELHO

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

DBS: SAMU SÃO VICENTE DO SERIDÓ  
ENFERMEIRO/COREN  
Assinatura

J. S. Silva  
72.3.352.  
025.178.36

06/01/2020

HTCG-Painel Administration

EXAME SECUNDARIO / PARECER MEDICO

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ hs : \_\_\_\_\_ hs.

SERVICOS REALIZADOS:

Entrada cirúrgico \_\_\_\_\_

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CRG

IDADE

Internação (oter) \_\_\_\_\_

Júlia hospitalar  JÁ (exclua)

\

Decisão Médica

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

Óbito

  
Assinado paciente ou responsável (quando necessário)





四百九

Hospital:	Cód. Procedimento:
Procedimento:	
Paciente:	Convênio:
Data da Cirurgia: ___ / ___ / ___	Nº prontuário: ___
Cirurgião: ___	Código: ___
<input checked="" type="checkbox"/> Reposição <input type="checkbox"/> Caixa Pronta	

### **DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

## **ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS**

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº						
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº						
Parafuso Esponjoso 4,0 mm	Nº						
Parafuso Esponjoso 6,5 mm R/16 Curta	Nº						
Parafuso Esponjoso 6,5 mm R/32 Longa	Nº						
Parafuso Maleolar 4,5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

DESENHAMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

**FORMA DE PAGAMENTO:**

**Estimativa N. F para:**

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_  
Ctd. do consultor: \_\_\_\_\_

Cod. de Consultor: \_\_\_\_\_

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodônico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/000-  
Fone/Fax: (88) 3521-4801 \* www.bioplants.com.br





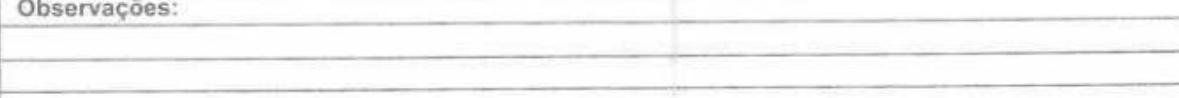
2000

T<sub>4-L</sub>

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Lene Silvino Rufino Idade: 34  
Convênio: Sisu Data: 06/03/2020  
Procedimento: Colostomia simples com baço extenso de 200 ml para  
Cirurgião: Dr Wagner Auxiliar: Anestesista: Dr Felipe  
Início: 20:50 Término: Anestesia Regional

**Observações:**



Assinatura Anestesista

Circulante



28. 10. 18 mei eindelijk arrivéér gemaakt

Digitized by srujanika@gmail.com

Letter from Mr. [unclear] to [unclear]

०५०१

०८:०९ १५ अगस्त २०२०

માનુષ

୪୩

10

30

10

28

... .0.6

10

40

50

greater sixth	10
seventh	60
shorter eighth	60
magister	60
above, anterior	10
from A	10
anterior	50

GLXOP

સુધીમાં ૨૦

X

91°OF

۲۷۶

X

1

300

50

నిండి



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Acane Sixking Rufino Rm 31.03.96

QI:

LEITE

CONVÉNIO

IDADE

REGISTRO

34 Anos 2122130.

CIRURGIA:

CIRURGIAO

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

06.03.2020 09:50



SECRETARIA-ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qty. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Boleia Colostoma

Qty.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp

01

Atropina amp

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp

04

Dinorox amp

Catgut cromado Sertix

Dolantina amp

Catgut Simples

Efrane ml

Catgut Simples Sertix

Fenegam amp

Catgut Simples Sertix

Fentanil ml

Catgut Simples Sertix

Inova ml

Cera p/ osso

Ketalar ml

01

Ethibond

Mercacina ml

Ethibond

Nubatin amp

Ethibond

Pavulon amp

Fio de Algodão Sertix

Protigmine amp

Fio de Algodão Sertix

Protexido 1ml

Fio de Algodão Sutupak

Quelicin ml

Fio de Algodão Sutupak

Rapifen amp

Fia cardíaca

Thiomambutal ml

Mononylon

Tracnum amp

Mononylon

Intrafath infantil

Prolene Sertix

Qty. MEDICAÇÕES

01

Aqua Destilada amp

Prolene Sertix

Decadron amp

Prolene Sertix

Dipirona amp

Prolene Sertix

Flaxigel amp

Prolene Sertix

Fletocidol amp

Vicryl Sertix

Gericinona amp

Vicryl Sertix

Glicose amp

Vicryl Sertix

Glucos de Calcio amp

Oxigênio

Haemope ml

Lâmina de Bisturi nº 23

Hexazeno ml

Lâmina de Bisturi nº 11

Karakton amp

Lâmina de Bisturi nº 15

Laxix amp

Luvias 7,0

Medrotrinazol

Luvias 7,5

Plasti amp

Luvias 8,0

Proamina

Luvias 8,5

Revivan amp

Oxigênio

Sustanon amp

Poliflux

Cefalotina 1g

PVP: Desgermante ml

Tetracaine 1%

PVPI Tópico ml

Ataduras de Crepon

Sabão Antiséptico

Ataduras de Gessada

Saco coletor

Azul metileno amp

Seringa desc. 10 ml

Benzina ml

Seringa desc. 20 ml

Agulha desc. 26 x 7

Seringa desc. 05 ml

Agulha desc. 28 x 28

Sonda

Agulha desc. 3 x 4,5

Sonda Foley

Agulha p/ reque nº

Sonda Nasogástrica

Alcool de Enfermagem

Sonda Uretral nº

Alcool fôndido ml

Stydrim ml

Ataduras de Crepon

Torreirinha

Ataduras de Gessada

Vaseline ml

Azul metileno amp

Gelcon 18

Benzina ml

Látex

**CLEAN TEST** VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

Referência:

ACEITÁVEL se o ecrã for igual ou

mais escuro que a cor da seta.

VAL: 15-AGO-2021

TIPO: CLS150819

LOTE: CLS150819

ESTEREL:

01

VALIDADE:

15-08-2016

Nº: 100445851

Registo Autor: N.º 900445851

Material ACO INOX ALIMENTO

NP: 04.861.613.001-09 - Rio Claro SP

NP: 045.15.9538-910 Info: GuerbetMed.br

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

</

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**HUECG****FOLHA DE  
ANESTESIA**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DEPARTAMENTO

LEITO

N° PRONTUÁRIO  
**3172130**

IDADE:

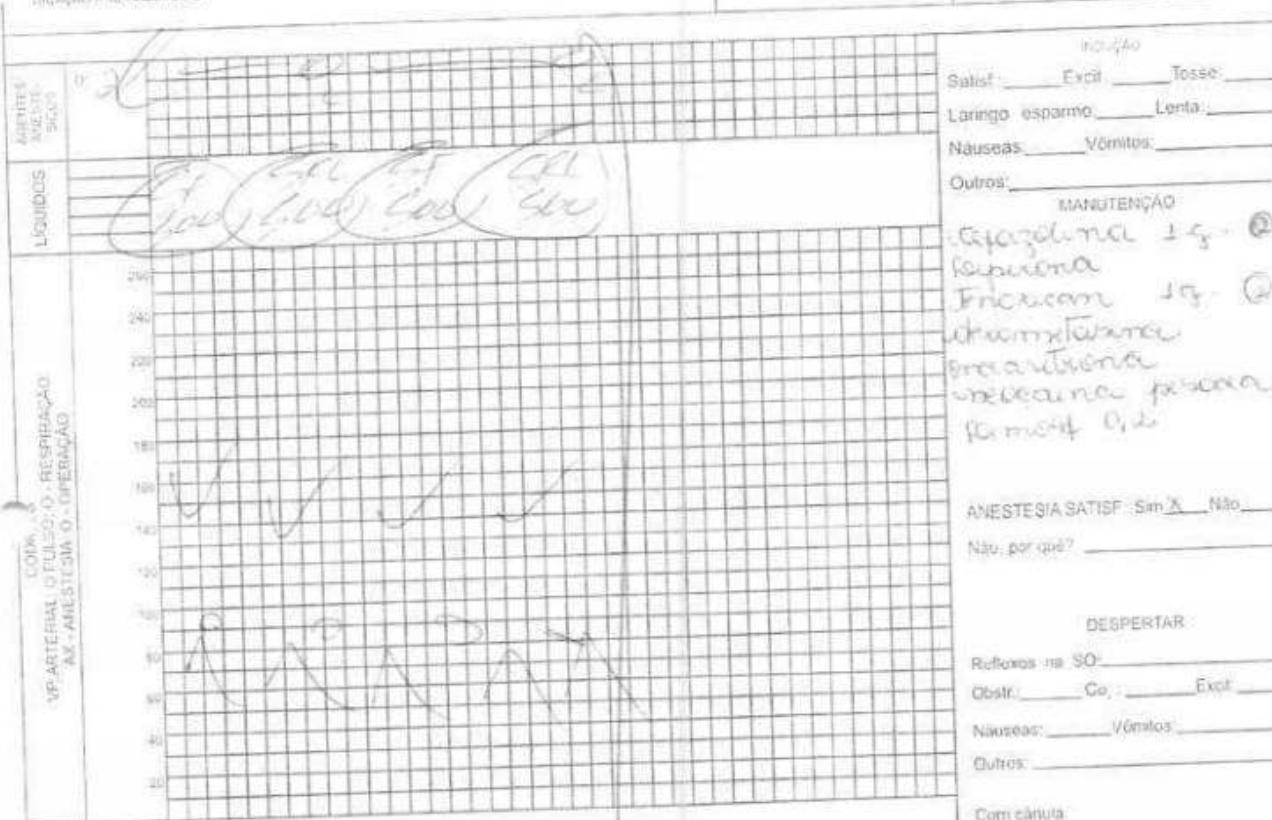
SEXO:

COR:

34 ANOS FEMININO

NAME:  
**Joanne Silveira Ribeiro**

DATA <b>CE 02 2020</b>	PREVISÃO ANTERIOR:	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:	PISSADA:	ACTUA:
TIPO SURVIVAL:	HEMORRAGIAS	HEMOCOAGULOS	HEMADICRÓTICO	CO2	LHÉSIS	CISTOSCOPICO
	URINA				ASTMA	
AP. RESPIRATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. CIRCULATORIO					AP. SANGUÍNEO	
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESO/ID:	AP. SANGUÍNEO		
ESTADO MENTAL		ATABAXICOS	CORTICOIDES	ALTERADA	HIPOTENSÃO	
DIAGNOSTICO PRE-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISOS
ANESTÉSICAS ANTERIORES					EFETO	
ANESTÉSICO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AB



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	
AGENTES	
TECNICA	<b>Raqueanestesia</b>
OPERAÇÃO	<b>Trat eviungido com quebra de esô da pira expurgo</b>
CHIRURGIOS	<b>Aquinoaldo + R2 Wagner</b>
ANESTESTAS	<b>Felipe Emanuel</b>
OBSERVAÇÕES	
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POSI-OPERATÓRIAS	
PERDA SANGUÍNEA	

MUNIC.

FOLHA DE ANESTÉSIA - SRPD



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mst. Flávio Pacheco, 1700 - Matrizas, Campina Grande - PB  
CNPJ: 00.776.766/0038-52  
Data: 06/03/2020



Número do Prontuário: 185018 DATA DA CIRURGIA: 06/03/2020

Número do Atendimento: 2122160 Clin: AMARELA Enf: 3 / Leit: 2

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: LANE SILVINO RUFINO

Data da Internação: 06/03/2020

Atendimento: 2122160

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: FIXAÇÃO EXTERNA

Data da Cirurgia: 06/03/2020

Equipe:  
Médico: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR  
Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: COSTA

Anestesista: FELIPE EMANUEL DE QUEIROZ FERREIRA

Tipo de anestesia: RAQUÍ

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação:  
01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA  
02 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA  
03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS  
04 LAVADO EXAUSTIVO DE FERIMENTO COM SF(0,9%)  
05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DIAFISE DE TIBIA + FIXAÇÃO COM FIXADOR  
LINEAR  
06 LAVADO DE FO COM SF  
07 SUTURA  
08 CURATIVO

Data 06/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito de Araújo  
9768  
06/03/2021 14:45:06  
06/03/2021 14:45:06





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:45:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062414450604700000042718309>  
Número do documento: 21062414450604700000042718309

Num. 44943582 - Pág. 16



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **096.480.304-64**

Nome: **LANE SILVINO RUFINO**

Data de Nascimento: **31/01/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **14/07/2008**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:20:19** do dia **06/11/2020** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **DEA0.E8AA.30B4.9B2B**



Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETTRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VLR	CO. INSCRIÇÃO	PLA.	EXERCÍCIO
			2020
NOME / ENDERECO *****			
ESPECIE:		PLACA	
		OXO8824	
PLACA ANTIGA:			
ESPECIE / TIPO: PASSA / MOTOCICLETA			
MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI		COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL	ANO FAB. ANO MOD: 2014 2014
CAPACIDADE: PÁRTICULAR		CATEGORIA: PRETA	COR PREDOMINANTE
I	COTA UNICA	HVNO. COTA UNICA	VENCIMENTO DO CERT.
P	30/06/2020	1*	
V	PAQUETE	PARCELAMENTO COTAS	2*
A			3*
PREMIO LIQUIDACIONAL: PREMIO TOTAL: DATA DE PAGAMENTO:			
OBSERVAÇÕES:			
LOCAL:		DATA:	
CAMPINA GRANDE		06/11/2020	

OXO8824

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2020

Proprietário: \*\*\*\*\*

Placa: OXO8824

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA

Ano de Fabricação: 2014

Ano Modelo: 2014

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 30/06/2020

Observação:

Restrição:

Financeira:

Município: CAMPINA GRANDE

Situação: EM CIRCULAÇÃO

Data da Consulta: 06/11/2020

Vs.2020.2



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200422915 Cidade: São Vicente do Seridó Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: LANE SILVINO RUFINO Data do acidente: 06/03/2020 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA TIBIA E FÍBULA ESQUERDO. P1,4,8

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200422915      **Cidade:** São Vicente do Seridó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LANE SILVINO RUFINO      **Data do acidente:** 06/03/2020      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA TIBIA E FÍBULA ESQUERDO. P1,4,8

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336122/20

**Vítima:** LANE SILVINO RUFINO

**CPF:** 096.480.304-64

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/03/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LANE SILVINO RUFINO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**LANE SILVINO RUFINO : 096.480.304-64**

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](http://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: 24/11/2020  
Nome: LANE SILVINO RUFINO  
CPF: 096.480.304-64

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/11/2020  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

LANE SILVINO RUFINO

MARCELA DO CARMO DE LIMA





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

Processo n.<sup>o</sup> 08328810520208150001

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

**DO LAUDO PERICIAL**

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 21 de junho de 2021.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:45:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106241445072100000042718310>  
Número do documento: 2106241445072100000042718310

Num. 44943583 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 14:45:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106241445072100000042718310>  
Número do documento: 2106241445072100000042718310

Num. 44943583 - Pág. 2