



Número: **0800619-06.2018.8.15.0281**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Pilar**

Última distribuição : **15/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	Viviane Maria Silva de Oliveira
AUTOR	PEDRO OLIMPIO DA SILVA
ADVOGADO	JOSE EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17178 654	15/10/2018 17:01	DPVATcomplementação	Outros Documentos
17178 668	15/10/2018 17:01	BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL	Outros Documentos
17178 675	15/10/2018 17:01	DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO IML	Outros Documentos
17178 960	15/10/2018 17:01	DOCUMENTO DA MOTO	Outros Documentos
17178 976	15/10/2018 17:01	DOCUMENTOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO	Outros Documentos
17178 993	15/10/2018 17:01	DOCUMENTOS PESSOAIS - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PROMOVENTE	Outros Documentos
17179 004	15/10/2018 17:01	PROCURAÇÃO - DECLARAÇÃO - CONTRATO	Outros Documentos
17179 019	15/10/2018 17:01	PRONTUÁRIO MÉDICO	Outros Documentos
17179 033	15/10/2018 17:01	PROTOCOLO - ENTRADA ADMINISTRATIVA	Outros Documentos
17179 079	15/10/2018 17:01	RESULTADO DO PEDIDO ADMINISTRATIVO	Outros Documentos
17319 623	23/10/2018 11:33	Despacho	Despacho

Excelentíssimo (a) Senhor (a) Doutor (a) Juiz (iza) de Direito da ____ Vara da Comarca de João Pessoa, Paraíba.

PEDRO OLIMPIO DA SILVA, brasileiro, solteiro, servente, portador do RG nº 1.609.658 – SSP/PB e do CPF nº 840.159.344-15, residente e domiciliado na no Sítio Lagoa de Pedra, s/n, zona rural, São José dos Ramos/PB, CEP: 58.339-000 vem à presença de Vossa Excelência por seus advogados com escritório profissional estabelecido na Praça Monsenhor Francisco Coelho, nº 06, sala 09, 1º andar, Centro, Itabaiana/PB, CEP: 58.360-000, onde recebem as intimações e notificações de praxe, propor a presente...

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

...em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, centro, Rio de Janeiro, CEP: 20031205, pelas razões de fato e de direito a seguir delineadas:

I. DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, o (a) Promovente requer os benéficos da justiça gratuita, nos termos da Lei nº 1060/50, tendo em vista ser pobre na forma da lei, não podendo arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios, sem se privar dos recursos necessários a sua manutenção e de sua família.

II. DOS FATOS

No dia 08 de abril de 2018 por volta das 22h00min, o autor estava pilotando a motocicleta Honda CG 150 FAN ESI, placa OGB 2868/PB, fabricação/modelo 2013/2013, cor vermelha, chassi 9C2KC1670DR489075 na via quando perdeu o controle e colidiu na traseira de um veículo que ao cair, desmaiou e só voltou a consciência no hospital Complexo Hospitalar Mangabeira – Trauminha.

No referido hospital foi diagnosticado com **FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO, CID 10 S52.4**, tendo que passar por procedimento cirúrgico no antebraço direito, através de osteossíntese com placas e parafusos, conforme laudo médico anexo.

Ocorre que em decorrência do mencionado acidente o autor experimentou vultosas despesas médicas e ainda ficará com sequelas físicas que o acompanharão para o resto da vida.

Após a alta médica o Promovente requereu administrativamente o pagamento do seguro DPVAT, conforme documentação anexa, tendo recebido a irrisória quantia de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos) pela via administrativa. Senão vejamos a consulta realizada no endereço eletrônico <https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

SINISTRO 3180252668 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PEDRO OLIMPIO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO PEDRO OLIMPIO DA SILVA

CPF/CNPJ: 84015934415

Posição em 15-10-2018 15:36:49

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Tendo em vista o valor recebido a título de indenização DPVAT, o qual mostra-se aquém do valor que o Promovente realmente teria direito se considerada a grave seqüela apresentada em decorrência do acidente, ajuíza-se a presente demanda, visando a complementação do pagamento do aludido seguro.

III. DO DIREITO

DA LEGITIMIDADE ATIVA "AD CAUSAM"

A legitimidade ativa do Autor é cristalina, visto ser ele a própria vítima do ocorrido.

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores vias terrestres – DPVAT objetiva socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

Portanto, é direito do Autor receber indenização por danos pessoais até o máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), ante a invalidez permanente.

IV. DA LEGITIMIDADE PASSIVA

A Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. integra o complexo do FENASEG (Federação Nacional de Seguros). Assim sendo, é entendimento pacífico que qualquer seguradora que dele faça parte constitui-se em parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório, visto trata-se de responsabilidade solidária.

Nesse sentido a jurisprudência admite-se, segundo inteligência do art. 7º da Lei 6.194/74, que em se tratando do seguro DPVAT, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer das conveniadas a esse consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo de demanda que vise o recebimento da indenização em tela.

Assim sendo, não resta dúvida acerca da legitimidade da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A, uma vez que esta integra o referido consórcio, ou seja, complexo da FENASEG (Federação Nacional de Seguros).

V. DIREITO À INDENIZAÇÃO PELA DEBILIDADE PERMANENTE

A partir da Lei 11. 945/2009, passou – se a utilizar a tabela contida em seu anexo para quantificar o valor da indenização devida, conforme o grau de invalidez apresentado.

No entanto, isto não retira do julgador a possibilidade de interpretar o laudo, de modo que uma suposta incapacidade parcial pode ser considerada como total.

Assim sendo, tem o Autor o direito ao recebimento da quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) em razão da debilidade permanente, acrescido de correção monetária e juros de mora desde a data do evento danoso.

VI. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA APLICAÇÃO DA TABELA (ANEXO À LEI 11. 945/2009)

A tabela acerca do percentual da invalidez apresentada pela pessoa vitimada está no anexo à Lei 11. 945/2009 aplicando-se, portanto aos acidentes ocorridos a partir do dia 16 de dezembro de 2008.

No entanto, considerando a situação sócio-cultural em que está inserida o Autor, e pela incapacidade apresentada pelo mesmo, necessário se faz reconhecer a sua incapacidade total para atividade antes desenvolvida.

VII. DO QUANTUM INDENIZATÓRIO

A pretensão do Autor encontra-se fundamento nas Leis nº 6194/74 e 8441/92 nelas, o valor da cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor, em caso de invalidez permanente é de R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), independente do grau de invalidez permanente.

Nessa linha de raciocínio cabe transcrever o seguinte enunciado:

APelação CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT – INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COMPROVADA NOS AUTOS – VALOR DO SEGURO DPVAT CORRETAMENTE FIXADO EM R\$ 13.500, (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS), **POUCO IMPORTANTE O GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE** – TERMO INICIAL DA CORREÇÃO MONETÁRIA CORRETAMENTE FIXADO A PARTIR DA DATA DO EVENTO DANOSO – RECURSO IMPROVIDO. DPVAT (MS 2012.002313-9, Relator: Des. Luiz Tadeu Barbosa Silva, Data do julgamento: 16/02/2012, 5ª Câmara Cível, Data da Publicação: 23/02/2012- Grifo nosso).

No presente caso necessário que seja estabelecido o teto no importe de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), dada a multiplicidade de lesões,

conforme depreende-se do julgado do Egrégio Tribunal de Justiça da PB, abaixo transcrito:

PELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INDENIZAÇÃO. CONSTATAÇÃO VÁRIAS DEBILIDADES. AFETABILIDADE VISUAL, AUDITIVA E PARALISIA FACIAL DO SEGURADO. IMPOSSIBILIDADE DA AFERIÇÃO DO COMPROMETIMENTO DOS SISTEMAS COMPROMETIDOS. DEVER DE APLICAÇÃO DO VALOR MÁXIMO PERMITIDO. PAGAMENTO DO IMPORTE DE R\$ 13.500,00 TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS. MODIFICAÇÃO DO DECISUM. CORREÇÃO MONETÁRIA. MOMENTO DE INCIDÊNCIA. EVENTO DANOSO. JUROS MORATÓRIOS. CITAÇÃO. REFORMA DA DECISÃO. INTELIGÊNCIA DO ART. 557, § 1º-A, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. PROVIMENTO. – Dispondo a lei que as indenizações serão pagas , considerando o valor de até R\$ 13.500 treze mil e quinhentos, resta cogente o atendimento a esse teto indenizatório, dada a multiplicidade de lesões e a impossibilidade de aferição exata dos órgãos atingidos. – Em ocorrendo debilidade de sistemas tão sensíveis à vida do ser humano, no caso, o sistema auditivo e visual, e, impossibilitando-se a aferição do grau de afetação desses, impõe-se, como adiantado, o arbitramento do teto do valor aplicado na Tabela SUSEP. – O art. 557, § 12-A, do Código de Processo Civil, permite ao relator dar provimento ao recurso desde que a decisão recorrida esteja em manifesto confronto com súmula ou com jurisprudência dominante do Supremo Tribunal Federal, ou de Tribunal Superior. Processo nº 00420100006826001. Relator: Des. Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho. Quarta Câmara Cível. Data do julgamento 07/08/2012 (grifo nosso).

Com isso, torna-se patente o direito do Autor de receber a indenização no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), visto a sua debilidade permanente em decorrência do sinistro.

IX. DOS PEDIDOS

Pelo exposto, requer a Vossa Excelência:

a) A citação do réu no endereço mencionado para, querendo, responder à presente pretensão no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, bem como para custear os honorários do médico perito judicial;

b) A dispensa da audiência de conciliação, vez que diante da ausência de Laudo Pericial resta improvável a composição amigável;

c) Seja nomeado médico perito para realização de exame (custeado pela Seguradora) na pessoa do autor para o fim de constatar as sequelas deixas pelo acidente aqui narrado;

d) A procedência da demanda para condenar o Promovido ao à complementar a indenização paga ao Promovente, determinando este juízo o pagamento do valor máximo no montante de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescido de correção monetária e juros de mora desde a data do evento danoso;

e) A concessão dos benefícios da GRATUIDADE JUDICIÁRIA, nos termos da Lei 1060/50, por não ter o autor condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família;

f) a condenação do réu em custas, despesas e honorários advocatícios;

g) Alega provar os fatos por todos os meios em direito admitidos.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais);

Nestes termos,

Pede deferimento.

Itabaiana/PB, data do protocolo eletrônico.

Advogado (a)

OAB/PB nº



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 030/2018

Aos ONZE dias de MAIO de dois mil e dezoito, nesta cidade de São José dos Ramos/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **EDUARDO DE ALMEIDA LIMA PORTELA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã – ad-hoc Maria Luiza Andrade de Oliveira, aí, por volta 09h: 37min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

NOTICIANTE: PEDRO OLÍMPIO DA SILVA, Identidade nº 1.609.658 – 2º VIA-SSDS/PB –, CPF nº 840.159.344-15, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: Servente, filho(a) José Olímpio da Silva e Maria de Lourdes da Silva, natural de Pilar/PB, nascido(a) em 29/06/1971 (46 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Lagoa de Pedra, Zona Rural, município de São José dos Ramos/PB, fone(s) para contato: (83) 9 87679852.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 08/04/2018
- 3) **Horário do fato:** 22:00h;
- 4) **Local do fato:** PB 054 -Itabaiana/PB
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA - TRAUMINHA
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?**

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI, PLACA: OGB 2868/PB, FABRICAÇÃO/MODELO 2013/2013, COR VERMELHA, CHASSI: 9C2KC1670DR489075, RENAVAM: 0056647322-4, LICENCIADO: IVANILDO DE ARAÚJO SILVA.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

NÃO APRESENTOU

8) Breve resumo do fato:

Afirma o NOTICIANTE que estava pilotando a motocicleta na via, perdeu o controle e colidiu na traseira de um veículo; QUE ao cair, desmaiou e só voltou a consciência no hospital Complexo Hospitalar Mangabeira – Trauminha; QUE lá passou o período de 08/04/2018 até 19/04/2018 no referido hospital, pois foi diagnosticado com Fratura dos ossos do Antebraço, CID. S52.4; QUE foi submetido a tratamento cirúrgico no ante braço direito, através de osteossíntese com placas e parafusos, conforme Laudo Médico em anexo . Nada mais disse.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

NÃO HOUVE

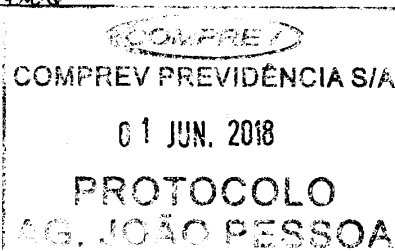
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã que digitei.

Pedro Olimpio da Silva
PEDRO OLÍMPIO DA SILVA

NOTICIANTE

Maria Luiza Andrade

Maria Luiza A. de Oliveira
Policial Civil/PB
Mat. 182.465-1



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Pedro Olimpio da Silva

CPF da Vítima

840.159.344-15

Data do Acidente

08/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

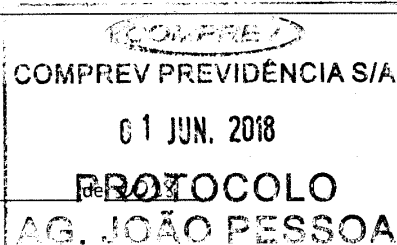
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João José dos 17 de maio

Ramos

Local e Data

Pedro Olimpio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Juanildo de Araújo Silva,
RG nº 1.527.368, data de expedição 01/04/2013
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 797.739.154-68, com
domicílio na cidade de Itaíba, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Pau Apique, nº SIN,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Pedro Olimpus da Silva, cujo o condutor era
Pedro Olimpus da Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda CG 150 FAN
Ano: 2013
Placa: OCB 2868/PB
Chassi: 9C2 KC 1670 DR 489075
Data do Acidente: 08/04/2018
Local e Data: Itaíba 03 de junho de 2018

JUANILDO DE ARAUJO SILVA
Assinatura do Declarante

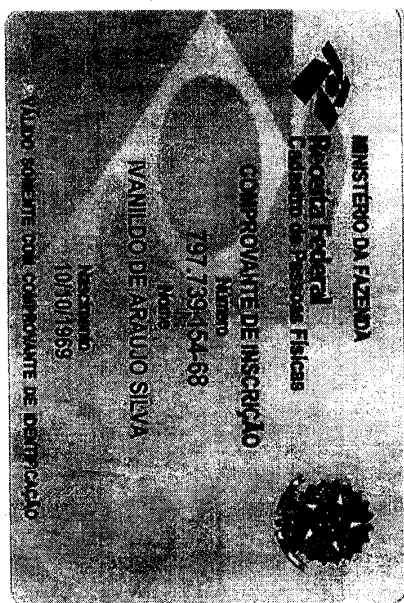
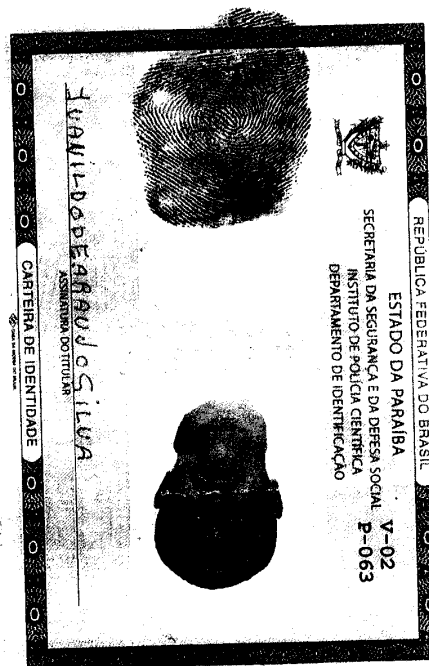
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



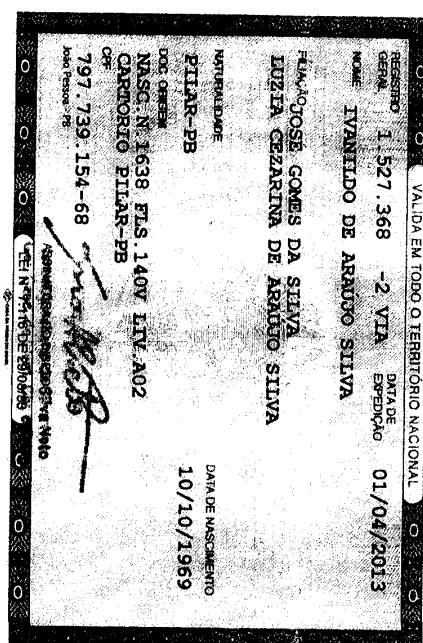
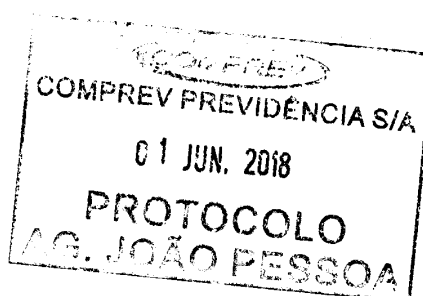
Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
IVANILDO DE ARAUJO SILVA
Data: Itabaiana/PB - 04/06/2018
Escritor: Iris Lira Araújo
Selo Digital: AGZ13483-TC2V
Consulte a autenticidade em <https://selo.digital.tjpb.jus.br>
Emol: R\$ 11,66 Farpen R\$ 0,28 MP R\$ 0,19 Fed R\$ 1,90

Iris Lira Araújo
Escritor do Cartório de
Itabaiana-PB





PROPRIETARIO DO VEICULO



COMPROVANTE DO PROPRIETÁRIO DO

VEÍCULO

MARIA ANA DA SILVA OLÍMPIO
SIT. PAUARIQUE, S/N, ÁREA RURAL
SÃO JOSÉ DOS RAMOS / PB CEP: 59390-000 (AIG: 113)
Emissão: 10/04/2018 Referência: Abr/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO 230, km25 - Cota Redentor: João Pessoa / PB - CEP 56071-500
Potência: 4 - 297 - 857 - 1310 Nº medidor: 00001204758
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.908.083/0196
Nota Fiscal nº 0004758
Cód. para Dth Automático: 00012500708
Acesse: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0690 083 0196
Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RAND
Abr/2018 10/04/2018 10/05/2018 1310878439
Insc. Est. 5/1250070-8

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

Condição de Qualidade dos Serviços
Conforme previsto na Lei nº 12.017 de 2009, a partir de 2010, a concessionária de energia elétrica desta unidade consumidora deverá apresentar, anualmente, a comprovação do cumprimento das obrigações dos declarados do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
- Tanta Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 23 de abril de 2002.
Viu um fio caído no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para apagar o fôlego.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/03/18	Data 10/04/18			
Leitura 8291	Leitura 8364		73	32
Demonstrativo				
CC - Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor (R\$)
0601 Consumo até 20kWh-BR	30.000	0.242620	7.27	7.27
0601 Consumo - 31 a 100kWh-BR	43.000	0.415810	17.88	17.88
0610 Subsídio			28.52	28.52
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0604 JUROS DE MORA 23/2018			0.00	0.00
0605 MULTA 03/2018			0.00	0.00
0608 Devolução Subsídio			0.00	0.00
TOTAL				
CC - Carga por Classificação de Item				
	33.76	51.87	12.91	51.87

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
17/04/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 33,76

Histórico de Consumo (kWh)

75	52	88	25	94	71	83	77	75	70	87	97
Abr/17	Mar/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18

eeac.55ce.0010.80d4.7fdc.56ff.1098.85bf.

Indicadores de Qualidade

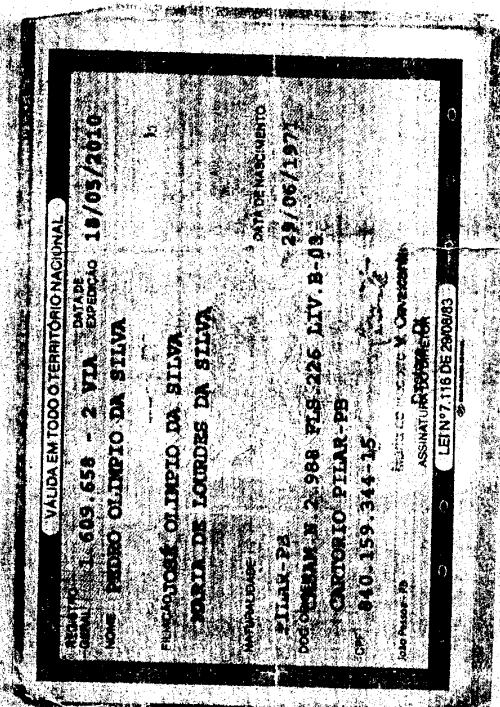
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIA MENSAL	23.48	0.00	Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	5.74	19.96
DIA ANUAL	48.53	0.00	Serviço de Transmissão	1.08	3.05
DIA MENSAL	7.32	0.00	Encargos de Operação e Manutenção	1.98	5.81
DIA TRIMESTRAL	15.64	0.00	Impostos Diretos e Encargos	19.18	47.93
DIA ANUAL	31.28	0.00	Outros Serviços	0.00	0.00
DMC	8.48	0.00			
DICM	18.65	0.00			
TOTAL				33.76	100.00

Valor em Euros (Ref 2/2018): R\$ 6.32

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
01 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV PREVIDENCIA S/A
01 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 26, Chato Redondor, João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.182/0001-40. Ins. Est. 18.015.943-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 004.728.227
Cód. para Df. Automático: 00012500708

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Go to www.english.com

Conta referente a
Abr / 2018

Apresentação
10/04/2018

Data prevista da
prossima lettura
10/05/2018

CPF/CNPJ/RANK
310878439

UC (Unidade Consumidora)

5/1250070-8

Canal de contato

De acordo com o artigo 1º da Lei nº 10.438, de 23 de maio de 2002, informamos a seguinte situação: os dados referentes aos anos anteriores àqueles requeridos de energia elétrica estão sendo considerados válidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as informações dos Aterrores Mensais e dos dados do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

• Anos Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 23 de maio de 2002.

Viu um fado no chafariz? Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolá-lo. Local

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dif.	
Data	Leitura	Data	Leitura						
09/03/18	8291	10/04/19	8264		1		73		32
Consumo mensal									
Col	Descrição	Medição	Tempo	Valor Base	Cat. At.	Tempo	Base	Cat. At.	Consumo
				Valor Base	Cat. At.	Tempo	Base	Cat. At.	Consumo
0001	Consumo até 30kVw-BR	30.000	0.242030	7.27	7.27	36	1.81	7.27	0.07
0010	Consumo - 31 a 100kVw-BR	40.000	0.415910	17.89	17.89	25	4.47	17.89	0.18
0601	Suécio			28.92	28.92	25	8.93	28.92	0.24
0604	ALUGUELO DE BOMBA D'ÁGUA								
0605	MULTA 09/2018			0.04	0.00	0	0.00	0.00	0.00
0606	Despesa Saneamento			0.53	0.00	0	0.00	0.00	0.00
				-18.53	0.00	0	0.00	0.00	0.00

CCF Grade de Classificação de Tem.	TOTAL	3278	5167	1261	5167	647	258
------------------------------------	-------	------	------	------	------	-----	-----

Media Últimos meses (down)

VENCIMENTO
17/04/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 33,76

Histórico de Consumo (kWh)

[illegible]

eeac.55ce.0010.80d4.7fdc.56ff.1098.85bf

Indicadores de Qualidade				2019 (abril)		
	Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			
DIC MENSAL	11,74	0,39	100,00			
DIC TRIMESTRAL	23,48					
RIC ANUAL	48,93					
RIC MENSAL	48,93					
RIC TRIMESTRAL	15,64	0,00				
RIC ANUAL	31,26					
IMC	0,49	0,00				
ICRI	10,60					

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Remuneração Fixa da Empresa (PF)	8,74	13,86
Provisão de Renda	7,93	23,56
Geração de Transmissão	1,86	3,05
Empreços Saneados	1,86	3,05
Impostos e Encargos de Empreços	18,13	47,32
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	33,76	100,00

Valendo EUSD (Ref. 2/2018) 68833

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

01 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA E EXTRA"

OUTORGANTE: Pedro Olimpio da Silva, brasileiro, solteiro, portador
do RG nº 1.609.658, CPF nº 842.159.344-15, residente e domiciliado na
Rua da Pedra, Zona Rural, São José dos Ramos, PB

OUTORGADOS: **VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA e JOSÉ EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO**, ambos brasileiros, casados, advogados inscritos com a OAB/PB nº 16.249 e 19.337, **respectivamente**, com endereço profissional na Praça Mons. Francisco Coelho, nº 06, sala 09, 1º andar, Centro, Itabaiana, PB, telefone: (0**83) 99904-9000 / 99988-1393 / 99389-4989, onde recebe as notificações, citações e intimações de estilo.

PODERES: Para o fim, defender os interesses da (o) outorgante a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com as cláusulas "ad judicium e extra", para representá-lo em repartições Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Autarquias, Sociedade de economia mista, empresas públicas e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou privado, para tratar de assunto do seu interesse, assinando livros, requerimento, guias e documentos, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformação, desistência, reafirmação de protocolo, parcelamento, confissões, alteração de dados especiais, cadastro, ficha, obter vista em procedimento administrativo ou fiscal, concordar ou recorrer de decisões administrativas apresentar razões e contrarrazões e acompanhar os recursos e procedimentos em qualquer instância, tudo requerendo para defesa dos citados interesses: conferindo-lhes ainda poderes para em qualquer Juízo utilizando dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromisso e acordo, receber e dar quitação, levantar alvará e valores existentes em contas judiciais ou provenientes de guias de precatórios ou depósitos judiciais deduzindo e compensando os seus por despesas de verbas honorária contratual e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas ou depósitos judiciais, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente autorizado substabelecimento total ou parcial a outrem, para requerer seguro DPVAT, praticamente todos os atos que se fizerem necessários ao fiel desempenho do presente mandato, bem como para RENUNCIAR ao excedente do teto delimitador da competência absoluta do JEF, ou seja, 60 sessenta salários mínimos, à época do ajuizamento da ação, dando por bom, firme e valioso.

Itabaiana- PB, 18 / 05 / 2018

Outorgante: Pedro Olimpio da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e prova junto à Justiça, com fundamento jurídico na Lei nº 1060/50, que por ser pobre, não tenho condições financeiras de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo próprio e de minha família.

Declaro, ainda, ser conhecedora das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2º da supracitada Lei), caso o presente documento não porte a verdade.

Itabaiana- PB, 18 / 05 / 2018

Pedro Olimpio da Silva

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pedro Olimpio da Silva, Inquilino solteiro, portador de RG nº 1.609.658, CPF nº 840.159.344-15, residente e domiciliado na Rua
Barroca de Pedra, zona rural, doravante denominado

CONTRATANTE e, de outro, **VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO e JOSÉ EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO**, ambos brasileiros, casados, advogados, inscritos na OAB/PB nº 16.249 e 19.337, respectivamente, com escritório profissional na Praça Mons. Francisco Coelho, nº 06, sala 09, Itabaiana-PB, doravante denominado simplesmente **CONTRATADOS**, firmam o presente **CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**, que será regido pelas cláusulas e condições a seguir expostas.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O (a) CONTRATANTE, por este instrumento contrata os serviços advocatícios dos CONTRATADOS para que promovam ação judicial, que tramitará _____.

CLÁUSULA SEGUNDA: Para execução dos trabalhos acima mencionados, os CONTRATADOS farão jus ao pagamento do equivalente a trinta por cento do todo o proveito econômico que o CONTRATANTE vier a receber em decorrência do processo, advindos de sentença judicial ou acordo nos autos, quando o mesmo receber, e se receber;

CLÁUSULA TERCEIRA: Se o CONTRATANTE optar por destituir os CONTRATADOS, ficará sujeito ao imediato pagamento da quantia de três mil reais, em favor dos CONTRATADOS, independentemente do estado em que se encontre o processo judicial ou administrativo.

CLÁUSULA QUARTA: O CONTRATANTE concorda que seja destacado da RPV, PRECATÓRIO ou DEPÓSITO JUDICIAL o valor dos honorários contratados e afirma através deste instrumento que esta ciente de que o referido valor será descontado das parcelas a que por ventura tenha direito.

CLÁUSULA QUINTA: O (a) CONTRATANTE arcará com todas as custas e despesas processuais, bem como eventuais ônus de sucumbência.

CLÁUSULA SEXTA: As partes, de comum acordo, elegem o foro da Comarca de Itabaiana-PB, como o único competente para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios decorrentes do presente Contrato.

E, estarem certas e avençadas, as partes assinam o presente Contrato, em duas vias de igual teor e forma.

Itabaiana- PB, 18 / 05 / 2018.

Contratante: Pedro Olimpio da Silva

Contratados: In. E. Nascimento

DECLARAÇÃO

Eu,

Declaro para todos os fins de prova em direito admitida que **NÃO PAGUEI nenhuma quantia a título de honorários contratuais** aos advogados **VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO - OAB/PB nº 16.249 e JOSÉ EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO - OAB/PB nº 19.337**. Declaro, ainda, que só procederei com o pagamento dos aludidos honorários ao término da ação.

Itabaiana, 18 / 05 / 2018

Pedro Olimpio da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196892/18

Número do Sinistro: 3180252668

Vítima: PEDRO OLIMPIO DA SILVA

CPF: 840.159.344-15

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: PEDRO OLIMPIO DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018
Nome: PEDRO OLIMPIO DA SILVA
CPF: 840.159.344-15

PEDRO OLIMPIO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME PEDRO OLÍMPIO DA SILVA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 08/04/2018		DATA DE ALTA 19/04/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos do Antebraço</i>				CID S52.4	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna</i>	
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA	
ANATOMIA PATOLÓGICA	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA	01 JUN. 2018
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO	PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA
ÓBITO	() CURADO ()

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de antebraço foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol)*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

Dr. Eneas P. Bessa Neto
Médico Residente Ortopedia
e Traumatologia
CRM 8498

19.04.18.

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



17

CERTIDÃO

Nº. 1086/2018

Atendendo solicitação de **JOSE EWERTON SALVINO PEREIRA E NASCIMENTO** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 118036 e prontuário de Nº2018.04.1106 pertencentes a PEDRO OLIMPIO DA SILVA que foi atendido dia 08/04/2018 às 10h22min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior direito.

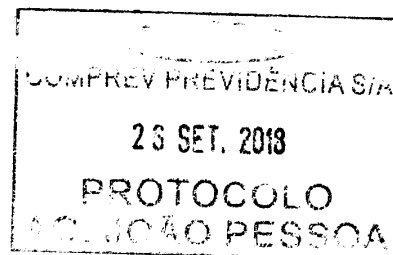
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio diáfise direito e fratura diafisária da ulna direita. Realizado cirurgia dia 18/04/2018 e alta médica dia 19/04/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de agosto de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 118036 Atd: Nao Regul
Data: 08/04/2018
Hora: 10:22:43
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: PEDRO OLIMPIO DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.04.001106

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1972 Id: 46 ano(s)

End.: LAGOA DE PEDRA, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAO JOSE DOS RAMOS UF: PB

Mae: MARIA DE LOURDES DA SILVA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: SERVENTE DE OBRAS

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: PEDRO OLIMPIO DA SILVA

/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

VINDO DO TRAUMA

Lesão Principal

FRATURA EXPOSTA EM MSD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente proveniente do Hospital a
nam a ja amarelado pela queda na
atualidade, apresentando fratura da
da enca de atubacao.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario

PREVIDENCIA SIM

23 SET. 2018

PROTOCOLO

JOAO PESSOA



Nome: PEDRO OLIMPIO DA SILVA				Registro:	
Idade: 46 A	Sexo: MASC.	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP: 29	LR: 430
Data: 18/04/2018			Cirurgião: <i>DR. JORGE AUGUSTO</i>		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: <i>IMBELONE</i>			Instrumentador: MARIA		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Rádio diáfise D</i>				<i>S52.3</i>	
<i>Fratura diafisária da Úlna D</i>				<i>S52.2</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Redução Cruenta + Fixação Interna</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 08/09/18

Nome: Pedro Henrique Sales **Idade:** 46a **Enfermaria:** **Leito:**

Prontuário:

Nome da Mãe: **Bairro:**

Endereço: **Estado:** **Fone:** **Profissão:**

Cidade: **Estado Civil:** **Religião:**

Sexo: F () M () **Cor:** **Data de Nascimento:** 1/1

Escolaridade:

QPD: *Doença crônica em tratamento*

HDA: *Paciente com história de acidente automobilístico*

Medicações em uso:

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Prurido ☐ Sudorese

☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: 2018

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe

☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: ☐ Visão:

AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise

☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros:

ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas

☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melenas ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria

☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:

SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades

☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade

☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

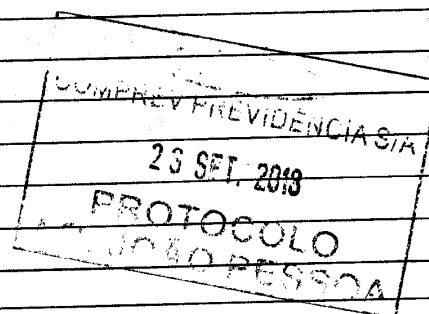
COMPREV PREVIDENCIA S/A

23 SET. 2018

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

Eduardo P. L. Silva
Médico
CRM 10.151

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Garroteamento de membro superior ao nível do 1/3 médio do braço**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***Incisão em região dorsal de antebraço para acesso ao rádio**Dissecção por planos até foco de fratura***Achados:***Visualização de fratura do rádio***Conduta:***Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos**Aposição de 01 placa 6 furos + 6 parafusos corticais em rádio D**Aposição de 1 placa 5 furos + 4 parafusos corticais em ulna D***Fechamento:***Limpeza com SF a 0,9% de punho**Fechamento por planos**Curativo**Retirada de garroteamento de membro superior**Observada boa perfusão periférica**Tala axilopalmar gessada***OBS:**Data: 18/04/2018

João Augusto
MÉDICO/CRM

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0196892/18
Vítima: PEDRO OLIMPIO DA SILVA
CPF: 840.159.344-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/04/2018
Titular do CPF: PEDRO OLIMPIO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PEDRO OLIMPIO DA SILVA : 840.159.344-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3080 252667

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/06/2018
Nome: PEDRO OLIMPIO DA SILVA
CPF/CNPJ: 840.159.344-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/06/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

PEDRO OLIMPIO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

[/Pages /Acessibilidade.aspx](#)
[/Pages /Atalhos-de-Consulta.aspx](#)

Documentos Despesas
Médicas (/Pages /Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez
Permanente (/Pages /Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documentos Morte
(/Pages /Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis
(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages /Pague-Seguro.aspx)
Consulta a Pagamentos
Efetuados (/Pages /Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)
Informações Gerais
(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber
sobre o andamento do
seu pedido de
indenização. (/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são entregues em DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, adn do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180252668 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PEDRO OLIMPIO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO PEDRO OLIMPIO DA SILVA

CPF/CNPJ: 84015934415

Posição em 15-10-2018 08:22:22

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui ([https://Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx](#)) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para o pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/06/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/C__1kHaj140EU6/Dg8mEdOSUY0i2LeTrkxdGAE+ADogKvawmLurFdvX+HYSxvI8vp6y__HQmnmjC6mHD/TArj/qCalerD__D0Yg4Xf4__g96a1jMnNbdhPSlWDSWCGNB81UgZej3Bb)Q1q5vUp8cae7api_k
06/06/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gEmjPewm1+5qB/m4pYg5uDE39TrvPhEgC87wZOSX)+5shFwibqANCrRiud4VoPEWLXgXjLsokPd/CBDUPPr:/79USVAh1FK8B5zh3jigVz9FWSLg1chmSqSUROLDqjG4bRDj5YrVG__KhOLkk3CvN37api_ke

Serviços

[Acompanhe seu processo \(/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)
[Consulte a Pagamentos Efetuados \(/Pages /Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx\)](#)
[Saiba Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
[Pontos de Atendimento \(/Pontos-de-Atendimento\)](#)
[Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao\)](#)

Dúvidas e Respostas

[A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
[Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
[Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
[Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

Atendimento

[Chat - Atendimento On-line \(/Contato /Chat-e-Atendimento-On-Line\)](#)
[Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato /Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes\)](#)
[Telefones de Contato \(/Contato/telefones-de-contato\)](#)
[Ouvidoria \(/Contato /Ouvidoria\)](#)
[Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-Denuncias\)](#)
[Mapa do Site \(/Mapa-do-Site\)](#)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Use.aspx\)](#)



Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Pilar

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800619-06.2018.8.15.0281

DESPACHO

Vistos etc.

Defiro os Benefícios da Justiça Gratuita.

Cite(m)-se o(a)(s) réu(ré)(s) para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentar(em) contestação (CPC, art. 335).

PILAR, 22 de outubro de 2018.

Juiz(a) de Direito