



10/06/2021

Número: **0800472-21.2018.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **05/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JODILSON FERNANDES DA SILVA (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44343239	10/06/2021 12:07	Petição	Petição
44343245	10/06/2021 12:07	2563591_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
44343247	10/06/2021 12:07	2563591_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180472525

Vitima: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 30/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180472525**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13461896

Pag. 00633/00634 - carta_01 - INVALIDEZ



00020317



Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180472525

Vitima: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 30/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180472525**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00339/00340 - carta_04 - INVALIDEZ



00050170

Carta nº 13501989



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472525 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JODILSON FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
DATA DO ACIDENTE: 30/07/2018.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 309345374-57	Nome completo da vítima Jadilson Fernando da Silva
---------------------------	-------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jadilson Fernando da Silva		CPF titular da conta 309345374-57	Profissão Agricultor
Endereço Sítio Geraldo		Número S/N	Complemento
Bairro Rio Rural	Cidade Alagoinha Nova	Estado PB	CEP 58325000
Email		Telefone (DDD) 83 386027750	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
08 OUT. 2018
PROTOCOLO
AGUARDANDO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO. 3834 D/V 8		CONTA NRO. 20070 D/V 0		CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Alagoinha Nova - PB, 28 de 08 de 2018
Local e Data

Jadilson Fernandes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

71 V001/2017



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/09/2018 AUTO-ATENDIMENTO 08.07.45
381403814 001

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

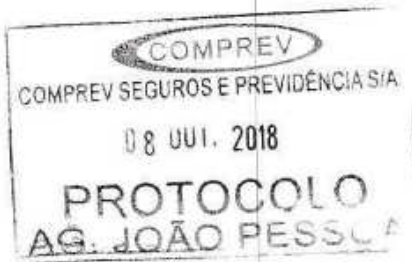
AGENCIA: 3814-8 CONTA: 17.379-7
CLIENTE: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

FAVORECIDO

AGENCIA: 3814-8 CONTA: 20.070-0 VAR: 51
CLIENTE: JODILSON FERNANDES SILVA
VALOR: 0,10

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOA
CENTRO - ALAGOA NOVA -



Ocorrência Nº 000360/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000360/18 registrada em 28/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de ALAGOA NOVA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE ALAGOA NOVA, quando encontrava-se presente a Bela. MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 14:16 horas, compareceu o Sr. JODILSON FERNANDES DA SILVA, com 35 anos de idade, filho de SEVERINO FERNANDES DA SILVA e SEVERINA MARIA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ALAGOA NOVA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 3661186, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10914517457, residindo à rua SÍTIO GERALDO (PROXIMO AO MERCADINHO DE VADELISON), bairro ZONA RARAL, na cidade de ALAGOA NOVA - PB.

Declarou que:

QUE no dia 30/07/2018 por volta das 14h00mim estava trafegando com sua motocicleta de marca HONDA/ CG 125 TITAN, ANO 1999, COR VERMELHA, PLACA MNR 1762/ PB, CHASSI 9C2JC2500XR126655, REGISTRADA EM NOME DE EDINALDO FIRMINO DE LIVEIRA saindo de Alagoa Nova - PB em caminho do Sítio Geraldo onde reside; QUE nesse deslocamento perdeu o controle do veículo e caiu ao solo; QUE o acidente aconteceu na PB - 097, mas precisamente próximo do local conhecido como engenho no Sítio Geraldo de Alagoa Nova - PB; QUE na queda deslocou a clavícula direita e sofreu algumas escoriações pelo corpo; QUE foi procurar atendimentos médicos no dia seguinte às 14h00mim; QUE passou 08 (oito) dias internado no Hospital de Trauma em na Cidade de Campina Grande - PB; QUE passou por um procedimento cirúrgico e colocou uma peça de platina, possivelmente para reparar o osso que foi danificado na queda. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

ALAGOA NOVA, Terça-feira, 28 de Agosto de 2018

Jodilson Fernandes da Silva

JODILSON FERNANDES DA SILVA

Declarante

Thiago Brandão

THIAGO BRANDÃO

Escrivão



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 interdita 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

Joilson Fernandes da Silva

CPF da Vítima

109.145.174-52

Data do Acidente

30/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

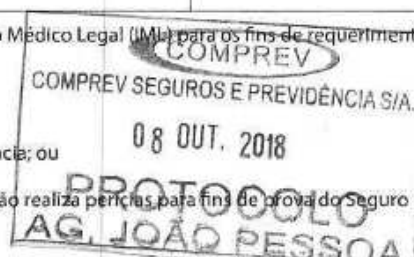
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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.



Alagoas - Maceió - PE, 28 de 08 de 2018

Local e Data

Joilson Fernandes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI 1 001 V001/2017



31/03/2018



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1626023 CLASS. DE RISCO: AMARELO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 31/03/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ellyda Vanessa De Farias Ramos

PACIENTE: JODILSON FERNANDES CEP: 58125000 Nascimento: 10/11/1982

DA SILVA Sexo: M Telefone: Bairro: CENTRO

Cidade: Alagoa Nova Idade: 035 RG: Nº: 0

Nome da Mãe: SEVERINA MARIA DA SILVA CPF: Profissão: AGRICULTOR

Responsável: Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atend: 31/03/2018 CNS: 5464654654054

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 13:58:43 CONVÊNIO: SUS

Médico: Especialidade:

OBS FICHA

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão	15. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Injeção de veneno
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendão
7. Edema	25. Luxação
8. Empalramento	26. Mordedura
9. Entalhe subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Escorregamento	28. Objeto Encaixado
11. Equimose	29. Otite aguda
12. Ferida branca	30. Paralisia
13. Ferida de fogo	31. Paralisia
14. Ferida contusa	32. Pericardite
15. Ferida cortante	33. Queimadura
16. Ferida contusa	34. Rinite aguda
17. Ferida contusa	35. Sinais de isquemia
18. Ferida cortante	36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: *Politrauma (queda de moto)*

<http://10.1.1.148/projetobcgmpr/gencia.php?contar=1826023>

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente automobilístico (queda de moto) no curso da abordagem encontrava-se inconsciente e sem uso de capacete, não TCE, não apresentava sinais vitais, vitais vulgares episódios de vômito. Rubor do tronco e limitação da movimentação em membros superiores e membros inferiores. Rubor do tronco e membros superiores.

ALERGIA:

NECESSARIEDADE:

NECESSARIEDADE:

PATOLÓGICAS:

EXAME FÍSICO

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:

31/03/2018

PUPILAS () Fororregentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: 5/6

ECG: *concomitante, orientado.*

Obstrução: íleo, intestino, mobilidade.

- Rins: estáveis

- Membros superiores: membros superiores.

- Membros inferiores: membros inferiores.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *ORL*

Especialista: *ORL*

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6

Voltar em 01 h, 1h

Interferido pelo ortopedista

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

Revisão de c. Geral

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

Dr. Ronaldo Geral

172

172

172

172

172

172

172

172

172

172

172

172

EDILTON TEIXEIRA DOS SANTOS
SIT GERALDO, S/N - ÁREA RURAL
ALACIA NOVA - PB CEP: 58125000 (AO 71)

Emissão: 29/05/2018 Referência: Mai/2018
Classificação: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 17 - 77 - 665 - 1800 Nº medidor: 3008726627

energisa

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 232, Km 26 - Centro Rodovia João Pessoa/PB - CEP 58601-680
CNPJ: 09.085.183/0001-40 Ins. Est. 18.015.822-0

Nº de Fatura/Conta de Energia Elétrica: 17007 338 728
Cód. para Dto. Automático: 80017610040

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/CNPJ/RANI**
Mai/2018 29/05/2018 28/06/2018 28220074858
mar. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/1741906-0**

Canal de contato

É com o aplicativo Energisa Gf em qualquer smartphone ou tablet
Você terá acesso a perguntas via da conta, mudança de titularidade,
informações sobre tarifas de energia e diversos outros serviços.
Tudo sem precisar sair de casa. E, sempre, a aprovação em 15
minutos.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
27/04/18	1145	29/05/18	1204	
			1	69
				32
Demonstrativo				
CCF Descrição	Quantidade	Tarifa C	Valor Base C	Abg. I
0601 Consumo em kWh	59.000	0.355622	21.18	2.00
0601 Adic. 5 Amarela			0.00	0.00
0610 Subsídio			0.00	0.00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0904 JUROS DE MORA 02/2018			0.00	0.00
0904 JUROS DE MORA 03/2018			0.00	0.00
0906 MULTA 02/2018			0.00	0.00
0906 MULTA 03/2018			0.00	0.00
0906 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2018			0.00	0.00
0906 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2018			0.00	0.00
0906 Devolução Subsídio			0.00	0.00
CCF Código de Classificação do Item	TOTAL	23,72	0,00	8,00 35,79 0,18 0,00

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 06/06/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 23,72**

Histórico de Consumo (kWh)											
50	55	45	64	59	59	5	50	47	55	52	50
Mar/17	Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18

789d.47cd.e0d2.a8ee.150c.a941.00f6.f1d8

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DR MENOR	0,30	NOMINAL
DR TRIMESTRAL	23,89	220
DR ANUAL	47,78	
FS TRIMESTRAL	7,07	CONTRATADA
FS ANUAL	15,84	LIMITE SUPERIOR
FS TRIMESTRAL	31,38	231
FS ANUAL	6,59	
DMC	15,80	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PB	7,06	33,13
Compra de Energia	9,71	40,84
Serviço de Transmissão	1,21	5,10
Energia Consumida	2,18	9,19
Impostos, Oribos e Encargos	2,78	11,84
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	23,72	100,00

Valor de FUSO (Ref 3/2018): R\$ 9,64

ATENÇÃO
- REVISÃO DE VENCIMENTO: Caso a fatura (e) ao lado relacionado(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 13/06/2018. Condição: Resoluções 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da dívida, suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se o cliente não pagar a fatura em sua data de vencimento.

Estorno em atraso
Abil/18 18,77

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 JUL. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Num. 44343245 - Pág. 10

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Israel de Souza Farias inscrito (a) no CPF/CNPJ 082912124 / 03, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Fernando da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 109145174 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima João Fernando da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 109145174 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

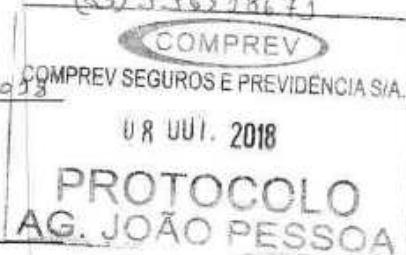
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Loc. Engenho Velho Riqueza/Coteamento Riqueza Lins.</u>		<u>65</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Velho Riqueza</u>	<u>Alagoinha Nova</u>	<u>PP</u>	<u>58125000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		<u>(83) 981167741</u>	
		<u>(83) 996318671</u>	

Alagoinha Nova - PP, 28 de 08 de 2018
Local e Data

Israel de Souza Farias
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edinaldo Firmino de Oliveira,
RG nº 3296973, data de expedição 29/12/04,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 072306194-98, com
domicílio na cidade de Aloga Nova, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Geraldo - Área Rural, nº 5/N,
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 Josilson Fernando da Silva, cujo o condutor era
Josilson Fernando da Silva.

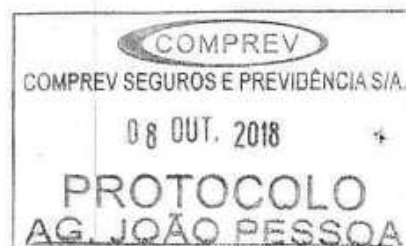
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda KG 325 TITAN
Ano: 1999/1999
Placa: MNR 5762/PB
Chassi: 9C2JC2500XR326655
Data do Acidente: 31/03/2018
Local e Data: Aloga Nova - PB - 27/07/2018

Edinaldo Firmino de Oliveira
Assinatura do Declarante

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

 **CARTÓRIO DO TABELIONATO "ALÍPIO BEZERRA"** Antonio Marcos Passos de Melo
R. Oliveira Lobo, 131 - Centro - Aloga Nova/PB - CEP: 58125-000 - Fone: (83) 3365-1366 TABELIÃO PÚBLICO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) da:
EDINALDO FIRMINO DE OLIVEIRA
Dou fe. Aloga Nova/PB - 27/07/2018
Escritor: **FÁGNER RODRIGUES SOARES**
Selo Digital: **AHG80470-UHSE**
Consulta e autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$9,48 Farpen R\$0,28 MP R\$0,15 Papj R\$1,74



Ficha de Acolhimento

Nome:	Joilson Fernandes da Silva		
End:	Sítio Grande Alagoinha		
Data de Nascimento:	11/82	Documento de Identificação:	COMPREV
Queixa:	Acidente		
Data do Atendimento:	31.03.18	Hora:	11:00
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Documento de Identificação:	COMPREV
			08 OUT. 2018
			PROTOCOLADO
			AG. JOÃO PESSOA
Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:			
Pressão arterial:			
Dosagem de HGT:			
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		
Frequência cardíaca:			
Temperatura axilar:			
Mucosas:	() Normocorada () Pálida		

Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Mahayna Carvalho Sá
COREN-PB 509719-5
Assinatura e carimbo do profissional



SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



08 OCT. 2018

Enfermaria

Protocollo

AG - JOÃO PESSOA

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

1990-1991





Paciente	JODILSON FERNANDES, 35	Alojamento	Leito	Convênio
Data	10/05/2017	Horário		
1 DIETA LIVRE 1000 CAL	Prescrição Médica			
2 JEICO SALINIZADO				
3 OMEPRAZOL 40 MG VO EM JEIUM				
4 DIPIRONA 1g VO 6/6H, 1 dia CV 6/6h				
5 FISIO MOTORA				
6 SSVV+CCGG				
7 NALISEDRON 1FA + AD IV 8/8H				
8 TYLEX 1CP VO 12/12H				
9 Captação 1g + 1000 FLV 12/12h				
10 2x 2x 2x 2x				
11 2x 2x 2x 2x				
12 2x 2x 2x 2x				
13 2x 2x 2x 2x				
14 2x 2x 2x 2x				
15 2x 2x 2x 2x				
16 2x 2x 2x 2x				
17 2x 2x 2x 2x				
18 2x 2x 2x 2x				
19 2x 2x 2x 2x				
20 2x 2x 2x 2x				
21 2x 2x 2x 2x				
22 2x 2x 2x 2x				
23 2x 2x 2x 2x				
24 2x 2x 2x 2x				
25 2x 2x 2x 2x				
26 2x 2x 2x 2x				
27 2x 2x 2x 2x				
28 2x 2x 2x 2x				
29 2x 2x 2x 2x				
30 2x 2x 2x 2x				
31 2x 2x 2x 2x				
32 2x 2x 2x 2x				
33 2x 2x 2x 2x				
34 2x 2x 2x 2x				
35 2x 2x 2x 2x				
36 2x 2x 2x 2x				
37 2x 2x 2x 2x				
38 2x 2x 2x 2x				
39 2x 2x 2x 2x				
40 2x 2x 2x 2x				
41 2x 2x 2x 2x				
42 2x 2x 2x 2x				
43 2x 2x 2x 2x				
44 2x 2x 2x 2x				
45 2x 2x 2x 2x				
46 2x 2x 2x 2x				
47 2x 2x 2x 2x				
48 2x 2x 2x 2x				
49 2x 2x 2x 2x				
50 2x 2x 2x 2x				
51 2x 2x 2x 2x				
52 2x 2x 2x 2x				
53 2x 2x 2x 2x				
54 2x 2x 2x 2x				
55 2x 2x 2x 2x				
56 2x 2x 2x 2x				
57 2x 2x 2x 2x				
58 2x 2x 2x 2x				
59 2x 2x 2x 2x				
60 2x 2x 2x 2x				
61 2x 2x 2x 2x				
62 2x 2x 2x 2x				
63 2x 2x 2x 2x				
64 2x 2x 2x 2x				
65 2x 2x 2x 2x				
66 2x 2x 2x 2x				
67 2x 2x 2x 2x				
68 2x 2x 2x 2x				
69 2x 2x 2x 2x				
70 2x 2x 2x 2x				
71 2x 2x 2x 2x				
72 2x 2x 2x 2x				
73 2x 2x 2x 2x				
74 2x 2x 2x 2x				
75 2x 2x 2x 2x				
76 2x 2x 2x 2x				
77 2x 2x 2x 2x				
78 2x 2x 2x 2x				
79 2x 2x 2x 2x				
80 2x 2x 2x 2x				
81 2x 2x 2x 2x				
82 2x 2x 2x 2x				
83 2x 2x 2x 2x				
84 2x 2x 2x 2x				
85 2x 2x 2x 2x				
86 2x 2x 2x 2x				
87 2x 2x 2x 2x				
88 2x 2x 2x 2x				
89 2x 2x 2x 2x				
90 2x 2x 2x 2x				
91 2x 2x 2x 2x				
92 2x 2x 2x 2x				
93 2x 2x 2x 2x				
94 2x 2x 2x 2x				
95 2x 2x 2x 2x				
96 2x 2x 2x 2x				
97 2x 2x 2x 2x				
98 2x 2x 2x 2x				
99 2x 2x 2x 2x				
100 2x 2x 2x 2x				

Evolução Médica	
#ORTOPEDIA# DIH: 3	
EF 6, exame, na cintura.	
CD-VPM	
POS	
Paciente submetido ao procedimento cirúrgico ortopédico, na articulação	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	
CD-VPM	
na do control	

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <i>Jedilson Fels da Silva</i>		Nº Prontuário
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Jefferson</i>		1º Auxiliar <i>Dr. Felipe</i>
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura 1/3 distal clavícula D</i>		
Tipo de Operação		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 mult</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>3</i>		
Acidente Durante a Operação <i>N</i>		



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1 - Paciente em D.O.H., sob efeito analgésico
2 - Anestesia e Antitétano
3 - Alcatra com os membros
4 - inclinação dos clavícula D + disseção por Planos
5 - Redução cirúrgica fratura
6 - Passagem de 2 fios K PI mantendo redução
7 - Lavagem FO
8 - Sutura por Planos
9 - Curativo

Dr. Jefferson Lison L. A. Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 10185

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Diagnóstico

PRE OP

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fx $\frac{1}{3}$ distal clavicle D

LEITO 10-2

Paciente	Alojamento	Leito	Convenção
Adelino Fernandes, 35 12500 APOS, 22:00h Prescrição Médica 1 DIETA LIVRE 2 JELCO SALINIZADO SUSPENSO 3 OMEPRAZOL 40 MG VO EM JEIUM 1, 20mg VO 4 DAPIRONA 1g VO 6/6h 5 FISIO-MOTORA 6 SSVM+CCGG 7 NAUSEDRON TFA + ADIV 8/8h 8 TYLEX TCP VO 12/12h 9. SUI 1000ml V 24h	Horário 12/10/2018	Evolução Médica #ORTOPEDIA# DIH: 6. BEG, 15:00h, em atendimento CD: VPM 1 Dr. Edler Roberto A Cruz CRM-PB 9937	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 08 OUT. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

MON 035



FX 1 1/3 LAT CLAVICULA D

LEI10-10-2

10	Convênio
----	----------

Leito

Alojamento

Joel de la Cruz

Paciente	
----------	--

Data	Prescrição Médica
------	-------------------

Data	I DIETA LIVRE
------	---------------

2 JELCO SALINIZADO SUSPENSO

3 OMEPRAZOL 40 MG VO EM JEJUM 20 mg VO

4 DIPIRONA 1g VO 6/6H

5. EISIO MOTORA

955V4C6G

7 NAUSEDRON IFA + AD IV 8/8H SUSPENSO

8 TYLEX 1CP VO 12\12H

1/2

Dr. Euler-Fabrizio A. Cruz
MIR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

9. Date given after 12:00h (mole-due) DETA LIBERANA

Dr. Euler-Fabrizio A. Cruz
C/2. ORTOFEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 OCT. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Mod. 035

Diagnóstico

Fx 1/3 distal clavícula D

LEITO 10-2

Paciente	godilson Eumendes JS	Alojamento	Leito	UO	Convênio	02
Data	1-DIETA LIVRE 2-JELCO SALINIZADO SUSPENSO 3-OMEPRAZOL 40 MG VO EM JEJUM 120mg VO 4-DIPIRONA 1g VO 6/6H 5-FISIO MOTORA 6-SSVV+CCGG 7-NAUSEDRON 1FA + AD IV 8/8H SUSPENSO 8-TYLEX 1CP VO 12/12H	Prescrição Médica SUSPENSO 12/06/2021	Horário	18:30/06	Evolução Médica #ORTOPEDIA# DIH: 1 BEG, 25-06-2021, sem intercorrência CD:VRM Dr. Euler Fabrício A. Cruz MR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA CRM-FB 9907	08 JUL. 2018 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fx $\frac{1}{3}$ distal de clavicula D

20
20

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Leito	Convênio
Adilson Fernandes de Siqueira, 35	03-04-18	1) Dolo line 2) Anadol 150mg VO 12/12h 3) Diprone 1g VO 6/6h 4) Diclofenaco de sódio 50mg VO 12/12h 5) SSUV + CCG	12h 12h 12h 12h 12h	10	08



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

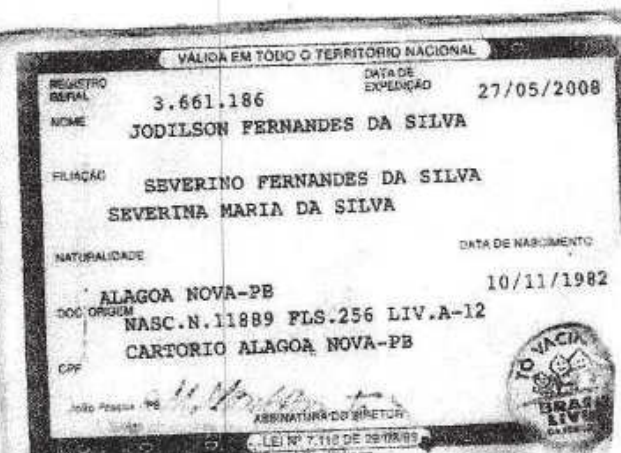
Diagnóstico

Fracture $\frac{2}{3}$ Distal Clavicle (2)

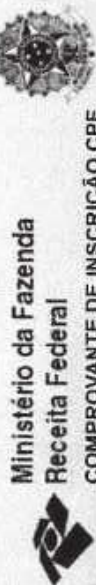
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Data	Prescrição Médica	Horário	Leito	Convênio	Evolução Médica
Adilson Fernandes de Fátima	31/03/18	Prescrição Médica 1) Difenidol 1mg/5ml 2) gelos saturados 3) Dipirona 500mg EV 6/6hs 4) TILCITIL 400mg EV 12/12hs 5) Quaproxol 400mg EV 12/12hs 6) SSV + CCG				Paciente vítima de queda de moto com fratura no ombro direito com dor e dependência.
		Dr. José Roberto Gomes CRM 6018 e 6019 - Radiologia CRM 5511 - C. P. 21437 12/11/18				1) TILCITIL 2) Solicita Pré-op 3) Entorpecimento p/ fto. esquerda
						COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 08 JUL. 2018
						PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
01104		Diet. Lene Jeico Dipirona 500mg OI FA + AD MS EV 6/6hs 12/18/00 00 Volaren 75mg OI FA <u>EM</u> 12/12/18 - 5V SSV + CCG				12/18/00 00 001 VPM
		Dr. José Roberto Gomes CRM 6018 e 6019 - Radiologia CRM 5511 - C. P. 21437 12/11/18				Dr. José Roberto Gomes CRM 6018 e 6019 - Radiologia CRM 5511 - C. P. 21437 12/11/18

MOD. 035



18/09/2018



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
109.145.174-57

Nome
JODILSON FERNANDES DA SILVA

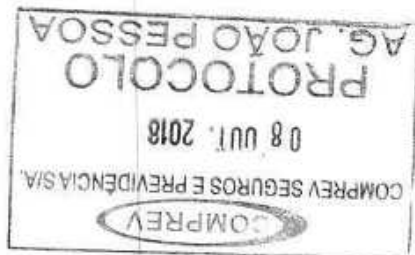
Nascimento
10/11/1982

CÓDIGO DE CONTROLE
D5B0.3622.A320.43EB



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:06:37 do dia 18/09/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180472525 **Cidade:** Alagoa Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JODILSON FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 30/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.
DATA DO ACIDENTE: 30/07/2018.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JODILSON FERNANDES DA SILVA

Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Agricultor

Identidade: 3.661.186 CPF: 109.145.174-57 Endereço: Sítio Geraldo, S/N – Area Rural, ALAGOA NOVA – PB . CEP: 58125.000

OUTORGADO:

Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão : ADVOGADO

Identidade: 3406239 SSP/PB CPF: 08291712409

Endereço: LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, 65 – OLHO DAGUA – ALAGOA NOVA – PB. CEP: 58125000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

JODILSON FERNANDES DA SILVA

ALAGOA NOVA – PB 28/08/2018

Local e data

Jodilson Fernandes da Silva
Assinatura do Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0368771/18
Vítima: JODILSON FERNANDES DA SILVA
CPF: 109.145.174-57
CPF de: Próprio
Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.
Data do acidente: 30/07/2018
Titular do CPF: JODILSON FERNANDES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ISRAEL DE SOUZA FARIAS : 082.917.124-09

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JODILSON FERNANDES DA SILVA : 109.145.174-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 08/10/2018
Nome: ISRAEL DE SOUZA FARIAS
CPF: 082.917.124-09

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ALAGOA NOVA/PB

Processo n.º 08004722120188150041

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

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, constando apenas declarações totalmente unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência, aproximadamente 5 meses após alegado acidente.

Perceba ainda Exa., que constou divergências entre a data do acidente informada na inicial (dia 30/03/2018) e a constante no r. Boletim de ocorrência (dia 30/07/2018), vejamos:

INICIAL:

O autor foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no **dia 30 de Março de 2018**, aproximadamente às 14h00min, conduzia um veículo tipo motocicleta na Saída da cidade de Alagoa Nova/PB na Rodovia PB/097 sentindo sua residência no sítio de Geraldo, quando perdeu o controle de sua motocicleta e caiu ao solo, sofrendo ferimentos graves.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela Delegacia de Polícia Civil de Alagoa Nova-PB, a vítima conduzia o veículo HONDA/CG 125 TITAN, cor vermelha, ano/modelo 1999/1999, placa MNR-1762/PB, CHASSI 9C2JC2500XR126655, licenciada em nome de Edinaldo Firmino de Liveira.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA:

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



Declarou que:

QUE no dia 30/07/2018 por volta das 14h00mim estava trafegando com sua motocicleta de marca HONDA/ CG 125 TITAN, ANO 1999, COR VERMELHA, PLACA MNR 1762/ PB, CHASSI 9C2JC2500XR126655, REGISTRADA EM NOME DE EDINALDO FIRMINO DE LIVEIRA saindo de Alagoa Nova - PB em caminho do Sítio Geraldo onde reside; QUE nesse deslocamento perdeu o controle do veículo e caiu ao solo; QUE o acidente aconteceu na PB - 097, mas precisamente próximo do local conhecido como engenho no Sítio Geraldo de Alagoa Nova - PB; QUE na queda deslocou a clavícula direita e sofreu alguma escoriações pelo corpo; QUE foi procurar atendimentos médicos no dia seguinte as 14h00mim; QUE passou 08 (oito) dias internado no Hospital de Trauma em na Cidade de Campina Grande - PB; QUE passou por um procedimento cirurgico e colocou uma peça de platina, possivelmente para reparar o osso que foi danificado na queda. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Portanto, para que não pairasse qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A RÉ INFORMA A NECESSIDADE DE SER OUVIDA, PESSOALMENTE, A PARTE AUTORA SOBRE OS FATOS NARRADOS NA INICIAL, BEM COMO TODA DOCUMENTAÇÃO JUNTADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL DO BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade.

Perceba ainda Exa., que constou divergências entre a data do acidente informada no Boletim de Atendimento Médico (dia 30/03/2018) e a constante no r. Boletim de ocorrência (dia 30/07/2018), vejamos:

BAM:



Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.



Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ALAGOA NOVA, 8 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.joaobarbosaadvass.com.br

