



Número: **0819286-21.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **28/03/2018**

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

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13301 872	28/03/2018 10:15	adm pedro antonio do nascimento	Outros Documentos
13301 528	28/03/2018 10:15	adm pedro antonio do nascimento2	Documento de Comprovação
13301 547	28/03/2018 10:15	prot adm pedro antonio	Documento de Comprovação
13373 452	04/04/2018 15:13	Despacho	Despacho
18996 990	04/02/2019 15:00	Mandado	Mandado
18998 301	04/02/2019 15:25	Certidão	Certidão
19071 440	07/02/2019 13:01	Diligência	Diligência
19071 578	07/02/2019 13:01	0819286-21.2018.815.2001	Devolução de Mandado

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização no Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem siglas, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Pedro Antônio do Nascimento, PORTADOR(A) DO RG Nº 3854243 EXPEDIDO POR SSP/ PB EM 06/05/10, CPF 10348300420 (CNPJ 12.345.678/0001-10), PROFISSÃO pescador E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pedro A. do Nascimento. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 73905-9

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 73905-9

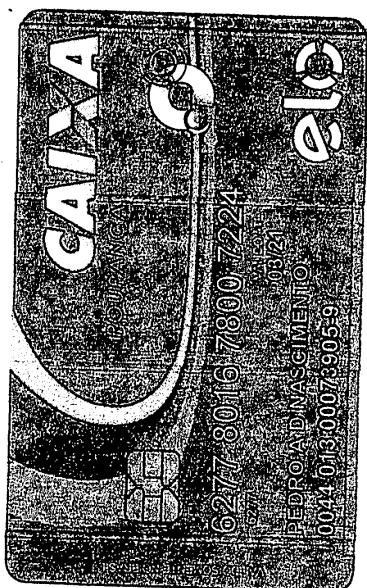
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

1.º Bimestre 12 de Setembro de 2017
LOCAL E DATA

Pedro Antônio do Nascimento
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise da pedida de indenização, acesse www.dpvat.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271204.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pedro Antônio do Nascimento,
RG nº 3854 243, data de expedição 06/05/10, Órgão SSP/PB

CPF nº 105 433 004-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Área Rural</u>
Número	<u>—</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Cente de Manauquite</u>
Cidade	<u>Manauquite - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58289000</u>
Telefone de Contato	<u>99135-6710</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 12 - 09 - 2017

Assinatura do Declarante: Pedro Antônio do Nascimento

MARIA DA PENHA DOS SANTOS
SIT INHAUA, SIN - AREA RURAL
CUTIE DE MAMANGUAPE/PB CEP: 58289000 (AG-14)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B/230, Km25-Cristo Redentor-João Pessoa/PB-CEP 58071-680
Roteiro: 15 - 269 - 871 - 3240 Referencia Abr/2017 CNPJ:09.086.183/0001-40 Inc Est: 16.015.823-0
Nº medidor: 00000503531 Emissao: 25/04/2017 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N001 153.902

Atendimento ao Cliente ENERGISA - 0800.083.0196 | Acessar: www.energisa.com.br | Código para Díbito Automático: 00011427782

Conta referente a UC (Unidade de Consumidor): 00011427782 | Data de contato: 25/04/2017

Abr / 2017

Apresentação

25/04/2017

Data prevista da
próxima leitura

24/05/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

88828571463

Faturas em atraso:

Terifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Prezado Cliente:

Conforme Resolução Homologatória ANEEL N°2214/17, no período de 26 a 30 de abril a Tarifa será reduzida em 0,00% (Zero Porcento) da Tarifa de Básico da Energia de Reservar (EER) da Usina Angra II. O efeito na fatura de cada unidade consumidora se dará de acordo com seu ciclo de leitura e faturamento.

Mais informações no site www.aneel.gov.br.

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura 1 88 32

24/03/17 10826 25/04/17 10711 Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30KWh-BR	30	0,18811	4,08
Consumo - 31 a 100KWh-BR	58	0,23334	13,08
Adic. B. Amarela			0,18
Adic. B. Vermelha			1,04
Subsídio			18,82
ICMS			13,34
PIS			0,48
COFINS			2,28

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Devolução Subsídio -18,82

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	81
Fev/17	78
Jan/17	78
Dez/16	84
Nov/16	60
Out/16	73
Set/16	75
Ago/16	69
Jul/16	73
Jun/16	68
May/16	65
Apr/16	66

BASE DE CÁLCULO	ALIQUOTA	VALOR R\$
ICMS	63,38	25,00
PIS	63,38	0,9230
COFINS	63,38	4,2412

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

03/05/2017 R\$ 34,45

Média dos últimos meses

RESERVADO AO PISCO

190a.760e.f48a.db38.5227 aa36.3a5a.3a13.

Indicadores de Qualidade 2/2017 - 8ap

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,35	0,60
DIC TRIMESTRAL	48,42	NOMINAL
FIC MENSAL	7,82	3,00
FIC TRIMESTRAL	15,84	CONTRATADA
FIC ANUAL	31,29	LIMITE INFERIOR
DNIC	8,78	LIMITE SUPERIOR
DICRI	18,80	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	8,53	18,85
Compra de Energia	6,81	25,67
Serviço de Transmissão	0,46	1,31
Encargo Selôtia	2,51	7,46
Impostos Diretos e Encargos	16,08	48,71
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,45	100,00

Valor do EUSD (Rel 2/2017) R\$ 8,57

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 18,82.

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01610.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01610.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:26 horas do dia 06 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Pedro Antonio do Nascimento**, RG nº 3845243 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria da Penha dos Santos e Antonio Arnor do Nascimento, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 22/07/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Inhaua, Nº s/nº, complemento sitio, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Proximo a Manmanguape, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 99135-6710.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Inhaua, nº s/nº, Sítio, Proximo a Manmanguape, Mamanguape/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 09/04/17 22:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

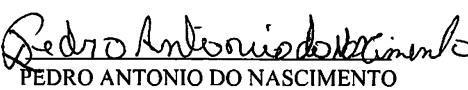
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR PRETA ANO 2012, DE PLACA LQV-4239-PB, CHASSI Nº 9C2KC1680CR450559, EM NOME DE DAMIAO PEDRO DA SILVA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM PB 2516, DATADO 11/08/2017.

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

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao


PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
Noticiante

Procedimento Policial: 01610.01.2017.1.00.420

1/1

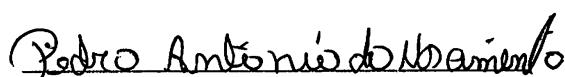
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Pedro Antônio do Nascimento portador da carteira de identidade nº 3854243 e inscrito no CPF/MF sob o nº , residente e domiciliado na Setor Industrial Quite Nauauguape, Cidade Natal, Estado Rio Grande do Norte, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data



 **COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **105.433.004-20**

Nome: **PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO**

Data Nascimento: **22/07/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **10/03/2010**

Dígito Verificador: **00**

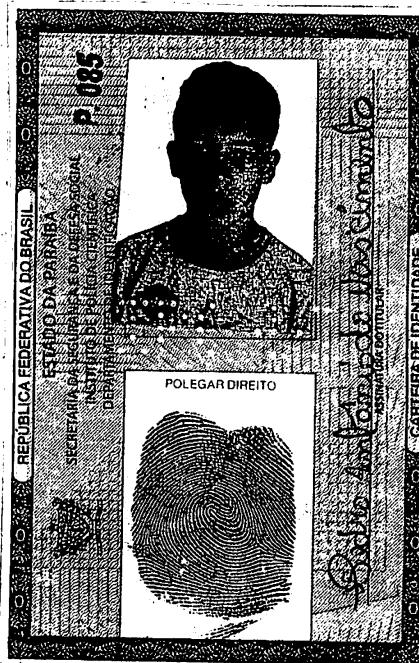
Comprovante emitido às: **10:39:37** do dia **15/09/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **A0A2.6393.437A.82A7**



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
Nº 3503	DATA DE EXPEDIÇÃO
3.859.243	06/05/2010
NAME	PEDEIRO, ANTONIO DO NASCIMENTO
MATERIALIDADE	MARIA DA PENHA DOS SANTOS
MAMANGUAPE-PB	DATA DE NASCIMENTO
doc. b6m	22/07/1992
NASC. N. 5.579	F. S. 429
CARROIO	L. I. V. A. 6
MAMANGUAPE-PB	
CPRF	
João Pessoa - PB	
Márcio da Conceição V.	
ASSINATURA DO PAGADOR	
<i>Mauro Henrique</i>	
LEI Nº 7.116 DE 29/05/83	



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Damiao Pe de rosa silva
RG nº 29-930-514-4 data de expedição 16/04/2015
Órgão DETRAN-RJ portador do CPF nº 066-853-414-16 com
domicílio na cidade de Cuité DEMME-PB no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio PAULO, Município DE CUI
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Pedro Antônio do Nascimento cujo o condutor era

Veículo: motorcycle
Modelo: Honda CG 150 FON
Ano: 2012
Placa: L QU 4239
Chassi: 9C2KC1680CR450559
Data do Acidente: 09/04/17
Local e Data: garagem 19/09/17

Damiao Pe de rosa silva
Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor () (caso seja) um terceiro (que) não é vitima) reclamante (do) sinistro)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
 ESTADO DO RIO DE JANEIRO SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL		REGISTRO GERAL 29.930.514-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/04/2015	
 Poligrafia Digital 0206		NOME DAMIÃO PEDRO DA SILVA FILIAÇÃO FRANCISCO PEDRO DA SILVA MARIA DAS GRAÇAS IZIDRO DA SILVA NATURALIDADE PARAÍBA DATA DE NASCIMENTO 18/06/1987 DOC. ORIGEM C. CASM LIV 00019BA FLS 169 TERM. 0006238 MAMANGUAPE PB CPF 066.853.416-16 001 2 Vl <small>J. F. J. / R. CARLOS DOS SANTOS ARAÚJO , PRESIDENTE VELHO 0006238</small> LEI Nº 7.116 DE 28/08/83	
Assinatura do Titular Damião Pedro da Silva CARTEIRA DE IDENTIDADE			

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
 DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

DADOS DE NASCIMENTO 22/07/1992

NOME DA MÃE MARIA DA PENHA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 992.788

Nº PRONTUÁRIO 101.378

DATA DO ATENDIMENTO 09/04/17

HORA DO ATENDIMENTO 02:22

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE OPN (OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ) +
 TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

CID 10 S 02.2 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU de Cuité de Mamanguape-PB, apresentando TCE + trauma com escoriações em face, sufusões periorbitais bilateral e ferimento em lábio superior. Relato de ingestão alcoólica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

TC da face

RX da coluna cervical - AP e P

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura de opn à TC da face. Sem alteração à TC do crânio, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento conservador aos cuidados da BucoMaxiloFacial, Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 25/04/17

DATA DA EMISSÃO: 11/08/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
 MEDICO CRB-BHETSHL
 CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
 CRM: 2516/PB

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

GOVERNO DA PARÁIBA

Standard Humbleto License

1. Epidemiologia da Emergência e Trauma

THE VETERINARY BRASSERIA

#BMF# 09/04/2011 - 04:00h

Paciente vítima de acidente motociclistico, há aproximadamente 05 horas. Nego vômito ondernavio, apresenta-se consciente, orientado, eugénico, normocordado, em taca, movimentando os quatro membros, em BEG. Ao exame físico da face, observa-se F.C.C. em lábio e edema em nariz. Lesões em oso nasal

C.D. ① Anamnese;

② Exame clínico;

③ Sutura de F.C.C tempoamento
nasal anterior.

④ Reavaliação após tomografia.

Dr. Diego Dantas M. de Paiva
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-PB: 5424

Nervos 09/04 7h25.

Acidente de moto c/ TCE

Grayson 15

S/ deficit

TC crânio: sem lesão intracraniana

Rx col. cervical: sem fraturas

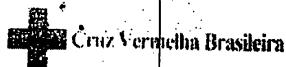
② alta da Neurocirurgia

Enfermagem Geral

As 07:48h: Paciente vítima d queda de moto, com edema, periodontal ②, sanguinolento não especificado por corde no levo - epífora. cd: ① Victimino K. Sampaio Int. 08:00
② Transmínia Sampaio no Sono. 08:00

Dr. Alécio C. E. S. Barcelos
Neurocirurgião - 09/08 7104
Cirurgia da Coluna

Paulo Marques
Enfermagem Geral

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO	BAE 992788	Data/Hora Entrada 09/04/2017 02:22:41	Data Baixa
Data de nascimento 22/07/1992	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 165957219110009
Mãe MARIA DA PENHA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 993543938
Endereço null, SN	Bairro	Município	UF
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO RAMALHO DINIZ	Nº Cons. Regional 2797/PB
Data/Hora Classificação 09/04/2017 02:22:41		Data/Hora Prescrição 09/04/2017 02:49:13	

Amnese	PAUTENTE POLITRAUMATIZADO VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, TRAZIDO PELO SAMU DE CUITÉ DE MAMANGUAPE, APRESENTANDO TRAUMA DE FACE COM SUFUSÕES PERIORBITAIS BILATERAL E FERIMENTO DE LABIO SUPERIOR. SINAIS DE INGESTA DE BEBIDA ALCOÓLICA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. GLASGOW 15, ACORDADO, COMUNICANTE, CORADO, EUPNÉICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.
---------------	---

MEDICAÇÃO	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 24 HORA(S)	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H	
Diluir	
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA	
SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H	
Diluir	
OPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP	
C.10	

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta	
Em observação	

*em tempo
Parecer: Nee, BMF, ORTOPEDIA.*

*FERNANDO RAMALHO DINIZ
(2797/PB)*

PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO



CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSHL

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

F(NG).ENF.018-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

992788

Nome do paciente

Pedro Antônio da Nóbrega

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
14/04/19	10h	<p>CTRMF.</p> <p>Paciente com bastante edema em face, com queixas oficiais</p> <p>CD: ① Prescrições Hospitalar</p> <p>② Não hemograma</p> <p>③ Orientações para Higiene Oral Relyme</p>
15/04/19	09:45	<p>CTRMF.</p> <p>Paciente com BEG, edema em regredos.</p> <p>CD: ① Prescrições Hospitalar</p> <p>② Prescrição de Buxolopen</p> <p>③ Agendado regredos totais de edema em face por desmame da conduta</p> <p>④ Orientações da Higiene Oral</p>
16/04/19	08:45	<p>CTRMF.</p> <p>Paciente com forte ondulação Hb: 8,3% Hct: 27,1%</p> <p>Solicitado Encerramento de Hematócrito, no qual foi orientado que apenas urgência ou Hb < 7,0%</p> <p>Terá prioridade, e em recesso concentração de hematócrito.</p> <p>CD: ① Prescrições Hospitalar</p> <p>② Prescrição Acido Fólico - Sifado ferroso</p> <p>③ Agendado melhorar da queixa odinofagia para agendamento Cirurgião</p> <p>④ Ajustado Novo hemograma.</p>

F(NG).ENF.018-1

Mario Bruno Grisi L Mendonça
Cirurgião e Traumatologista
Bucal - Odontológico
CRM 34148



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente	
------------------	--

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
09/04/17	18:56	# BMF
		Paciente vítima de acidente motociclistico (sic) Segue com fratura nasal e epartoxe, Faringo- zato tamponamento nasal posterior.
		Paciente internado pela BMF
		Autananda Nobrega Alves Cirurgião DENTOMAXILOFACIAL CRM: 40172
		10/04/17

10/04/13

Paroxysms curvando una fístula
nervosa manda impulsos entro-n
un tempor, intumescencia
nervios controlados devia en sus
mitades a un lado o tempor dia

12101127

CD Students exam de entra

~~# 180/09/17 20:22h #~~
~~# C79W-#~~

Remate de templo grecorromano.

Murito ^{quintão}
ESTUARIA

F(NG)ENE.018-1

Nome: <u>Pedro Aurélio do Nascimento</u>			Nº de BE: <u>992788.</u>	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	<u>02</u>
Data de admissão:	Data: <u>09/04/17</u>		Leito:	<u>0.1.</u>
			Tempo de Permanência:	<u>16 dias.</u>
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura ORN.</u>				
Diagnóstico Definitivo:				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames:	<u>Ex Clínico + TC da Face.</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe:	—			
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim () não ()	Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:				
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente operado de</u> <u>pedículo auricular tisúrico apresentando traumas na região</u> <u>ORN. No seu curso evolução orientado seu BEM. seu</u> <u>edema, perfurou nasal incurvado, seu distro sequirificando seu</u>				
Dieta:	Orientações Pós Alta <u>manter autocares.</u>			
Reposo:				
Relativo em casa por, <u>308</u> dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa: <u>Auriflavan 50 mg - 3 doses/dia.</u>				
Retorno: Ao posto de saúde em <u>05/05/17</u> <u>À FOD.</u> Ao ambulatório <u>À FOD.</u> em 30 dias para revisão.				
João Pessoa, <u>25</u> de <u>04</u> de <u>17</u> .				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

Qualificação:

CPF/MF: 105 433 004- 20 RG: 3854243 SSP/PB

Endereço: Sítio Iuhaua S/N Ásia Rural
Perite de Massangueira - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obliga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

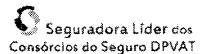
GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 18 de Setembro de 2017.

Pedro Antônio do Nascimento
Outorgante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0483058/17

Vítima: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
CPF: 105.433.004-20

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 09/04/2017
Titular do CPF: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

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 ANTONIO DO NASCIMENTO : 105.433.004-20

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/12/2017
Nome: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 105.433.004-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/12/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

Sandra Maria Accioly Pedrosa



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0819286-21.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do

corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, na data da assinatura digital.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito

**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()**

Nº do processo: 0819286-21.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, **cite** a parte Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131 para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também **intimado** para em dez (10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00 correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. **Intime-se** a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 4 de fevereiro de 2019.

De ordem, SEDNANREF RACNELA GOMES ALENCAR
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

18032810144765600000012991935



Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0819286-21.2018.8.15.2001
Classe: COMUM (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé haver notificado o perito, nesta data, conforme se observa abaixo:

Zimbra jpa.1varacivel@tjpb.jus.br

Notificação Perícia Proc. 0819286-21.2018.8.15.2001

De : 1A. VARA CIVEL <jpa.1varacivel@tjpb.jus.br> Seg, 04 de fev de 2019 15:22
Assunto : Notificação Perícia Proc. 0819286-21.2018.8.15.2001
Para : antoniovituriano@outlook.com

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos de nº 0819286-21.2018.8.15.2001, com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formuló os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.

Att,

Juízo de Direito da 1º Vara Cível da Capital.

JOÃO PESSOA, 4 de fevereiro de 2019
SEDNANREF RACNELA GOMES ALENCAR

CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins, que dei inteiro cumprimento ao presente mandado, Citando e Intimando a parte promovida BRADESCO SEGUROS S/A, na pessoa de sua Rep. Legal, a qual de tudo ficou ciente e assinou o mesmo, conforme se vê no anverso. Dou fé.

JOÃO PESSOA

7 de fevereiro de 2019

SAULO JOSE ALVES DO AMARAL

**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()**

Nº do processo: 0819286-21.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, **cite** a parte Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131 para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também **intimado** para em dez (10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00 correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. **Intime-se** a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 4 de fevereiro de 2019.

De ordem, SEDNANREF RACNELA GOMES ALENCAR
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 1803281014476560000012991935



Assinado eletronicamente por: SEDNANREF RACNELA GOMES ALENCAR
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 18996990


Rosimary Soares Costa
Assistente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB


1902041500180310000018486091

Bradesco Auto Seguro
Bradesco Auto Seguro
Bradesco Auto Seguro