



Número: **0801108-96.2018.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **11/07/2018**

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	DANIEL VIEIRA SMITH
AUTOR	SIVALDO VICENTE DA SILVA
RÉU	MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
15504699	23/07/2018 18:39	Juntada de Documentos Comprobatórios	Petição
15504774	23/07/2018 18:39	001. PROCURACAO	Procuração
15504842	23/07/2018 18:39	002. RG PARTE 1	Documento de Identificação
15504852	23/07/2018 18:39	002. RG PARTE 2	Documento de Identificação
15504857	23/07/2018 18:39	002. COMP DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
15504867	23/07/2018 18:39	003. BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
15504872	23/07/2018 18:39	004. CARTA DPVAT 1	Documento de Comprovação
15504875	23/07/2018 18:39	005. CARTA DPVAT 2	Documento de Comprovação
15504956	23/07/2018 18:39	006. LAUDO MEDICO E PRONTUARIO PARTE 1	Documento de Comprovação
15504977	23/07/2018 18:39	007. LAUDO MEDICO E PRONTUARIO PARTE 2	Documento de Comprovação
15505003	23/07/2018 18:39	007. LAUDO MEDICO E PRONTUARIO PARTE 3	Documento de Comprovação
15505018	23/07/2018 18:39	008.CARTAO DE RETORNO	Documento de Comprovação
15505112	23/07/2018 18:39	009. DECLARACAO DE PROPRIETARIO DO VEICULO	Documento de Comprovação
15505157	23/07/2018 18:39	011. DECLARACAO DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
15505162	23/07/2018 18:39	012. DECLARACAO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML	Documento de Comprovação
15505168	23/07/2018 18:39	013. AUTORIZACAO DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação
15505173	23/07/2018 18:39	014. CARTAO BANCARIO	Documento de Comprovação

15505 176	23/07/2018 18:39	010. DOC DO VEICULO-ilovepdf-compressed	Documento de Comprovação
17507 640	31/10/2018 09:12	Despacho	Despacho

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MAMANGUAPE, ESTADO DA PARAÍBA.

REF: PROCESSO N.º: 0801108-96.2018.8.15.0231

SIVALDO VICENTE DA SILVA, já devidamente qualificado nos Autos da Ação em epígrafe, que contende com **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, vem, com o devido respeito e acatamento à presença de Vossa Excelência, **REQUERER A JUNTADA DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS ANEXOS**, pugnando pelo regular processamento do feito.

Termos em que pede e espera deferimento,

Mamanguape/PB, 23 de julho de 2018.

Daniel Vieira Smith

OAB/PB n.º 19.193

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO,
GARI, RESIDENTE À R. ARIOSVALDO R. COSTA,
Nº 529, CENTRO, MAMANGUAPE/PB, CEP: 58290-
000, INSCRITO NO CPF/MF SOB O Nº 075.
554.654-77

OUTORGADO:

DANIEL VIEIRA SMITH, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional da Paraíba, sob o n.º 19.193, com escritório profissional situado à Av. Ruy Carneiro, nº. 148, Sala 04, Miramar, CEP: 58.032-101, João Pessoa/PB.

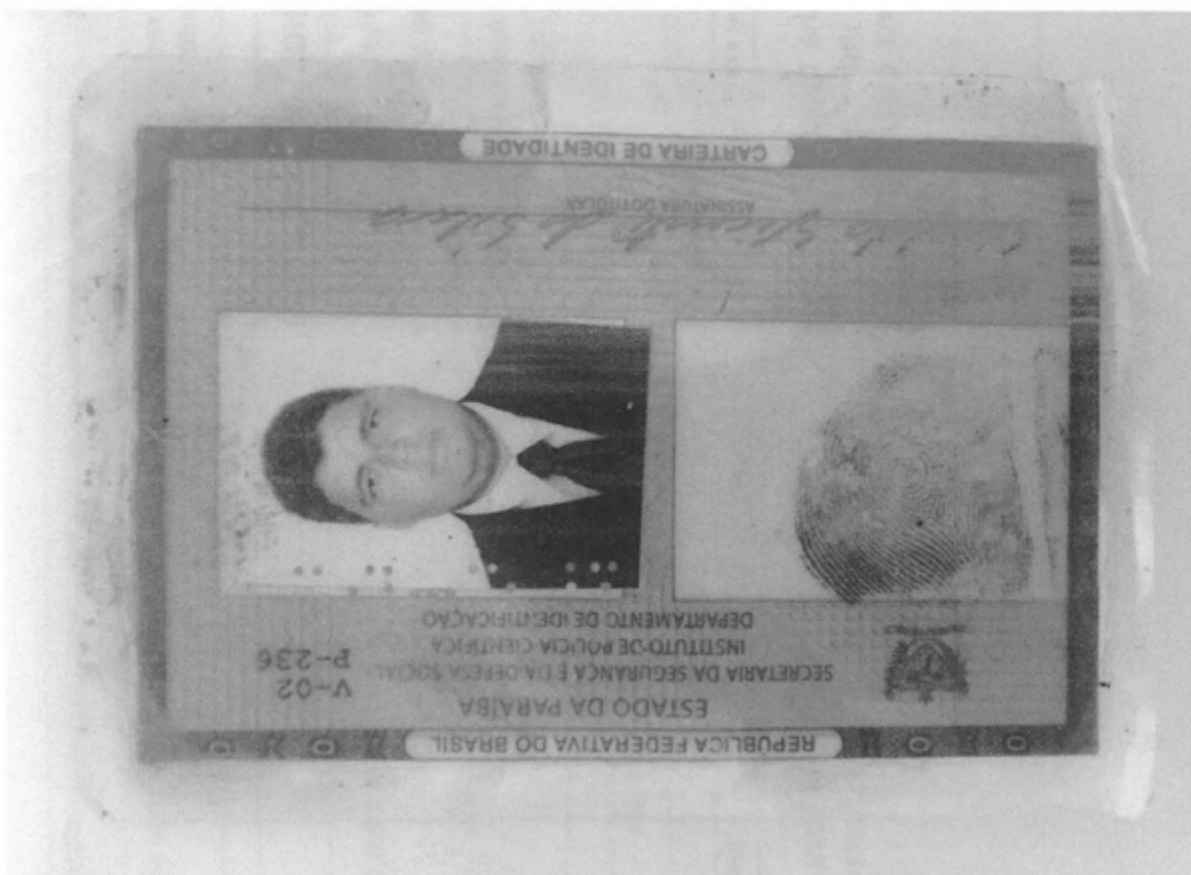
PODERES:

Amplos e inerentes poderes, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no art. 105 do Código de Processo Civil, e os especiais, podendo representar em audiência, transigir, desistir, firmar compromisso, receber intimações, renunciar, receber e dar quitação, receber alvarás judiciais em cartório, recorrer para qualquer instância ou tribunal, substabelecer, com ou sem reserva de poderes, podendo, ainda, representar perante os órgãos da Administração Pública Direta ou Indireta, tais como Hospitais Públicos, Delegacias Cíveis, IPC, IML, DML, GEMOL, **podendo expressamente solicitar laudos e prontuários médicos em qualquer hospital público ou privado**, tudo para o fiel cumprimento do presente mandato.

MAMANGUAPE /PB, 05 DE JANEIRO DE 2018.

Sivaldo Virente da Silva

OUTORGANTE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.208.019 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2011

NOME SIVALDO VICENTE DA SILVA

PRIMEIRO NOME DO PAI DOZOR

SEVERINA VICENTE DA SILVA

MAMANGUAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 14/08/1996

DOC ORIGEM

NASC.N.19514 FLS.260V LIV.A23

CARTORIO MAMANGUAPE-PB

CPF 075.554.654-77

Isracl Aureliano da Silva Neto
Ger. Exec. de Ident. Civ. e Crim.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SIVALDO VICENTE DA SILVA
RUA ARIOSVALDO R COSTA, 528 - CENTRO
MAMANGUAPE/PB CEP: 58290000 (AO: 14)

Emissão: 14/12/2017 Referência: Dez/2017
Classe/Subcl: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 14 - 85 - 5506 Nº medidor: 00008467475

ENERGISA
SIMPÓSIO ENERGISA, CDT 1000 546 038
B-230, Km 25 - Cda. Roteiro - João Pessoa - PB CEP: 53071-090
CNPJ: 08.000.000/0001-00 Ins. Est: 16.016.823-0

Note Fiscal/Código Fiscal de Consumo: 0000 546 038
Código de Vta. Automática: 00015033137

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAEI
Dez/2017	14/12/2017	12/01/2018	7555485477 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1560313-7

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca empine pipas perto dos fios da rede elétrica e não as retire caso fiquem presas na rede. Nada de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
14/11/17	5912	14/12/17	5971	1	59	30	
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa C/	Valor Base Calc.	Alq. ICMS(R\$)	Base Calc. Po(Hd)	Cobro(R\$)
		Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS		Pot(Cobro(R\$)) (J.8088%) (2,7255%)			
0601	Consumo em kWh	59,000	0.701890	41,41	41,41 25	10,35	41,41 0,33 1,64
0601	Adic. B. Vermelha			3,40	3,40 25	0,85	3,40 0,03 0,12
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			8,16	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0604	JUROS DE MORA 11/2017			0,17	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0605	MULTA 11/2017			1,01	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0601	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 12/2017			3,00	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 11/2017			0,07	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00
363,03							
CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL		57,22	44,81	11,20	44,81 0,38 1,68

Média últimos meses (kWh)
79

VENCIMENTO
01/01/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 57,22

Histórico de Consumo (kWh)

60	85	67	73	77	83	80	76	99	79	100	94
Nov/17	Out/17	Sep/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

RESERVADO AO FISCO

f7a6.9b0d.fc6a.8a8d.a109.7742.4403.b8c3.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,89		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	3,67	0,00	
FIC TRIMESTRAL	7,35		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	14,70		
DARC	3,90	0,00	
DICRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia a PB	11,40	19,93
Compra de Energia	15,28	26,70
Serviço de Transmissão	1,76	3,08
Encargos Setoriais	3,16	5,52
Impostos Diretos e Encargos	22,83	39,85
Outros Serviços	3,00	5,24
Total	57,22	100,00

Valor do EUSD (Ref. 10/2017) R\$ 17,22

ATENÇÃO

- Letura confirmada
Contato Serviço: HOSEP NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 3506-9771
- O cancelamento da cobrança do consumo e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora

Faturas em atraso

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.208.019 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2011

NOME SIVALDO VICENTE DA SILVA

PRIMEIRO NOME DO SOUZA SEVERINA VICENTE DA SILVA

NATURALIDADE MAMANGUAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 14/08/1986

DOC ORIGEM NASC.N.19514 FLS.260V LIV.A23 CARTORIO MAMANGUAPE-PB

CPF 075.554.654-77

Assinatura: Israel Apolinário da Silva Neto
Ger. Exec. de Ident. Civ. e Crim.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SIVALDO VICENTE DA SILVA
RUA ARIOSVALDO R COSTA, 519 - CENTRO
MAMANGUAPE / PB CEP: 58200-000 (AQ. 14)

energisa

Emissão: 14/12/2017 Referência: Dez / 2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 7 - 14 - 85 - 5508 Nº medidor: 00008447475

ENERGISA PARANÁ - 0800 083 0196
B-230, Lm 25 - Casa Real - Jd. P. Verde - CEP 81071-880
CNPJ: 09.088.943/0001-00 Ins. Est: 16.016.923-0

Rede Fixa: (11) 3000-5485
Serviço ao Cliente: 0800 083 0196

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ / CNPJ / RAR
Dez / 2017	14/12/2017	12/01/2018	7555465477 Ins. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1560313-7

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as crianças devem aprender. Nunca empire pipas perto dos fios da rede elétrica e não as retire caso fiquem pregadas na rede. Evite de usar fios metálicos para empinar pipas. Com segurança, não se brinca.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/11/17	Leitura 5912	Data 14/12/17	Leitura 5971	

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Valor Base Calc.	Alq. ICMS (R\$)	Base Calc. Pto (R\$)	Cofine (R\$)			
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)	Pto (R\$)	ICMS (R\$)			
0801	Consumo em kWh	59,000	0,701830	41,41	41,41	25	10,35	41,41	0,33
0801	Adic. B. Vermelha			3,40	3,40	25	0,85	3,40	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			8,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 11/2017			0,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2017			1,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0801	DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO 12/2017			3,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2017			0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	57,22	44,81	11,20	44,81	0,38	1,68
-----	---------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)

79

VENCIMENTO
01/01/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 57,22

Histórico de Consumo (kWh)

80	85	87	73	77	83	80	78	89	78	100	94
Nov/17	Out/17	Sep/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Maio/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16

RESERVADO AO FISCO

f7a6.9b0d.fc6a.8a8d.a109.7742.4403.b8c3.

Indicadores de Qualidade

10/2017 - Rte Teto

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC/MENSAL	6,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,94		
DIC ANUAL	25,89		
FIC/MENSAL	3,67	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	7,35		
FIC ANUAL	14,70		
CMC	3,00	0,00	
DICRI	12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PS	11,40	19,93
Cobrança de Energia	15,28	26,70
Serviço de Transmissão	1,75	3,06
Encargos Setoriais	3,16	5,52
Impostos Diretos e Encargos	22,83	39,85
Outros Serviços	3,00	5,24
Total	57,22	100,00

Valores EUSD (Ref. 10/2017) R\$ 17,22

ATENÇÃO

- Leitura confirmada
Contato Serviço: HOPE NAPOLEÃO LAUREANO - (83) 3508-8771
- O cancelamento da cobrança do consumo e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 003/2018

Ocorrência nº. 0817/2018

Aos 9 dias de MAIO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SIMONE QUIRO DE SÁ MACIEIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, aí, por volta 09h:13min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

SIVALDO VICENTE DA SILVA, conhecido por -, Identidade nº 3208019-2VIAº-SSP/PB, CPF nº 07555465477, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro(a), profissão: funcionario publico, filho(a) de Manoel João De Souza E Severina Vicente Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 14/08/1986, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Travessa Do Rosario,529,Centro, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83) 991339343.

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 segue:

- 1) **NATUREZA DO FATO:** ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) **DATA DO FATO:** 01/01/2018, segunda-feira;
- 3) **HORÁRIO:** 11h:0min;
- 4) **LOCAL:** EM FRENTE AO BANCO DO BRASIL DE MAMANGUAPE-PB.

5) DESCRIÇÃO DO VEÍCULO:

TIPO: MOTOCICLETA; **MARCA:** HONDA NXR BROS ES; **MODELO:** 150 ; **PLACA:** NPW6601-PB;
CHASSI: 9C2KD0550DR110836; **COR:** Vermelha; **ANO/MODELO:** 2012/2013;
LICENCIADO EM NOME DE: DO COMUNICANTE.

6) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia e local acima descrito o comunicante foi vitima de um acidente de transito em frente ao banco do brasil de Mamanguape-PB; QUE o comunicante foi socorrido pelo seu irmão de carro particular para o Hospital regional de Mamanguape-PB e em seguida encaminhado para o "TRAUMINHA" e la o comunicante teve todo atendimento Hospitalar; QUE o comunicante passou 04(quatro) dias internos; QUE o comunicante teve em seu "LAUDO" CID S82.6 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQ; QUE o comunicante se encaminhou a essa delegacia de policia para registrar.

8) OBSERVAÇÕES:

não consta.

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

SIVALDO VICENTE DA SILVA
Comunicante

Ad Hoc Euribes Fagundes De Oliveira
Escrivão Ad Hoc - Matrícula nº 5764

Rua Escritor Lima Pinto nº 08, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604



Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: SIVALDO VICENTE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180288712

Vítima: SIVALDO VICENTE DA SILVA

Data do Acidente: 01/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180288712**.

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 13017006

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SIVALDO VICENTE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180288712**
Vítima: **SIVALDO VICENTE DA SILVA**
Data do Acidente: **01/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180288712**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- DUT faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

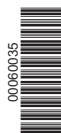
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00069/00070 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 1301589

CERTIDÃO

Nº. 0476/2018

Atendendo solicitação de DANIEL VIEIRA SMITH e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº90827 e Prontuário nº 2018.01.000075, pertencentes a **SIVALDO VICENTE DA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2018 às 15H37min, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo unimaleolar do tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/01/2018 com alta médica dia 04/01/2018.

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

João Pessoa, 15 de março 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: 90827 Atd: Nao Regula
Data: 01/01/2018
Hora: 15:37:16
Recepcionista: ANA CARLA LYRA DOS S
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: SIVALDO VICENTE DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3208019 Fone: 91217315 Num. Prontuario: 2018.01.000075
Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 14/08/1986 Id: 31 ano(s)
End.: TRAVESSA DO ROSARIO, 529 NAO TROUXE CARTAO DO SUS
Bairro: CENTRO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB
Mae: SEVERINA VICENTE DA SILVA Pai: MANOEL JOAO DE SOUZA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SECRETARIO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU INCOMPLETO
Resp.: SIVALDO VICENTE DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 91217315 / IDENTIDADE: 3208019
P. Adencia: HOSPITAL HOSP. GERAL DE MAMANGUAPE

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia 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
[X] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

TRAUMA DE TORNOZELO E

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Kertney Garmento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5804

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo) -

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



Nome: <i>Sivaldo Vicente da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>31a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumatol.</i>	EMP:	LR:
Data: <i>01/01/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Tânia</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura do Maléolo Lateral esquerdo</i>				<i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese do Tornozelo</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

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Sivaldo Vicente da Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>31 anos</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>01/01/2018</i>		DATA DE ALTA <i>04/01/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>03 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral do tornozelo Esq.</i>				CID <i>S82.6</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral 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.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
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: <i>Ciprofloxacina, Pradaxa (110mg) e Profenid</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 15 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 15 dias para revisão.					
DATA <i>04.01.2018</i>			ASS. MÉDICO / C.R.M. <i>Dr. Alexandre Galvão</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 SGO 9608		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DM, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Sivaldo Vicente de Silva portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S.82.6, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
(seisenta) dias, a partir desta data. 05/05/2018

João Pessoa, 04/05/18

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Médico

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Sivaldo Vicente da Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 03/01/18

□ Nº PRONTUÁRIO: _____ □ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Galvão

DIAGNÓSTICO: Fx Maleto lat. (E)

PROCEDIMENTO: osteossíntese

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

Declaração do Proprietário do Veículo

SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO
RG nº 3.208.019, data de expedição 09/11/2011
Orgão SSDS/PB, portador do CPF nº 075.554.654-77, com
domicílio na cidade de MAMANGUAPE, no Estado de
PARÁIBA, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)
R. ARIOSVALDO R. COSTA, nº 075,
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 SIVALDO VIRENTE DA SILVA cujo o condutor era
SIVALDO VIRENTE DA SILVA.

Veículo: HONDA
Modelo: NXR150 BROS ES
Ano: 2012/2012
Placa: NPW 6601/PB
Chassi: 9CZKDDSS0DR110836
Data do Acidente: 01/01/2018
Local e Data: MAMANGUAPE/PB, 05/01/2018.

Sivaldo Virente da Silva
Assinatura do Declarante

Sivaldo Virente da Silva

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

DECLARACAO DE RESIDENCIA

... SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO,
no nº 3.208.019, data de expedição 09/11/2011, Órgão SSDS/PB,

CPF nº 075.554.654-77, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar 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>RUA ARIOSVALDO R. COSTA</u>
Número	<u>529</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MAMANGUAPE (CENTRO)</u>
Cidade	<u>MAMANGUAPE</u>
Estado	<u>PARNÍBA</u>
CEP	<u>58280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 987125439</u>
E-mail	<u>DVSEPC@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MAMANGUAPE - PB, 05/01/2018.

Assinatura do Declarante: Sivaldo Virente da Silva

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

---, SIVALDO VIRENTE DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.208.019 e inscrito no CPF/MF sob o nº 075.534.654-77, residente e domiciliado na R. ARIOSVALDO R. COSTA, cidade MAMANGUAPE, Estado PARRIBA, 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.

X Sivaldo Virente da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MAMANGUAPE/PB, 05/01/2018.

Local e data

DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, SIVALDO VIRENTE DA SILVA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, GARÍ
CONDUTOR(A) DO RG Nº 3.208.019 EXPEDIDO POR SSDS/PA EM 09 / 11 / 2011 E
CPF 0735534634-77 / CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO GARÍ
E RENDA MENSAL DE R\$ 958,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SIVALDO VIRENTE DA SILVA, 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 segurador, 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 POUPANÇA 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 de 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 informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2009-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1003147-8

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.

MAMANGUARA, 05 de SETEMBRO de 2018
LOCAL E DATA

Sivaldo Virente da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/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 médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



MAMANGUAPE

Rua Marquês de Herval, S/N, Centro, MAMANGUAPE - PB - CEP: 58287-000

1ª Vara Mista de Mamanguape

0801108-96.2018.8.15.0231

AUTOR: SIVALDO VICENTE DA SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DECISÃO

1. Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98, do CPC.

2. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, **deixo de designar audiência de conciliação** (CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM), após oportuna a análise da conveniência e, especialmente, considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo e não há nulidade sem prejuízo.

Avolumam-se em todas as unidades judiciárias pedidos de cobrança de indenização pelos danos pessoais sofridos em decorrência de acidente com veículo automotor de via terrestre mediante seguro DPVAT e, não obstante, as seguradoras apenas realizam acordos com os segurados após perícia médica. Não por outro motivo, inúmeros mutirões de seguro DPVAT já foram criados pelo TJPB na tentativa de agilizar a resolução das demandas.

3. **Cite-se a parte Ré para contestar** o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

4. Transcorrido o prazo concedido para a defesa e sendo esta apresentada com (I) preliminares¹, (II) defesa indireta de mérito² ou (III) juntada de documentos³, fale a parte autora, no prazo de 15 dias, permitindo-lhe a produção de prova (itens I, II e III), ou a impugnação correspondente (item III).

5. Sendo necessária a realização de perícia médica e não tendo sido apresentados os quesitos, intimem-se as partes para, no prazo comum de cinco dias, apresentar a quesitação e, querendo, indicar assistente técnico.

6. Após, faça-se conclusão para apreciação de eventuais preliminares e nomeação do perito, se for o caso.

Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado/carta.

31 de outubro de 2018

JUIZ(A) DE DIREITO

Endereço para intimação/citação/notificação dos(a/s) promovido(a/s)/impetrado(a/s):

Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-001

1 CPC - Art. 351. Se o réu alegar qualquer das matérias enumeradas no [art. 337](#), o juiz determinará a oitiva do autor no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe a produção de prova. **Art. 337.** Incumbe ao réu, antes de discutir o mérito, alegar: I - inexistência ou nulidade da citação; II - incompetência absoluta e relativa; III - incorreção do valor da causa; IV - inépcia da petição inicial; V – perempção; VI – litispendência; VII - coisa julgada; VIII – conexão; IX - incapacidade da parte, defeito de representação ou falta de autorização; X - convenção de arbitragem; XI - ausência de legitimidade ou de interesse processual; XII - falta de caução ou de outra prestação que a lei exige como preliminar; XIII - indevida concessão do benefício de gratuidade de justiça.

2 CPC - Art. 350. Se o réu alegar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, este será ouvido no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe o juiz a produção de prova.

3 CPC - Art. 437. O réu manifestar-se-á na contestação sobre os documentos anexados à inicial, e o autor manifestar-se-á na réplica sobre os documentos anexados à contestação. § 1º Sempre que uma das partes requerer a juntada de documento aos autos, o juiz ouvirá, a seu respeito, a outra parte, que disporá do prazo de 15 (quinze) dias para adotar qualquer das posturas indicadas no [art. 436](#). **Art. 436.** A parte, intimada a falar sobre documento constante dos autos, poderá: I - impugnar a admissibilidade da prova documental; II - impugnar sua autenticidade; III - suscitar sua falsidade, com ou sem deflagração do incidente de arguição de falsidade; IV - manifestar-se sobre seu conteúdo.