



Número: **0801522-79.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **4ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição : **25/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 11137.5**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

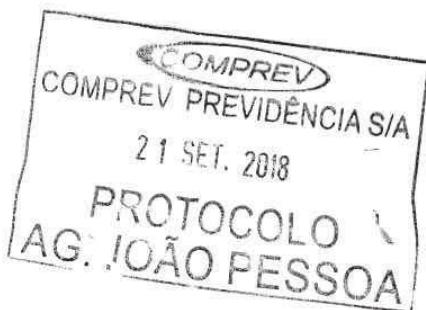
Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA
AUTOR	FILYPE FERNANDES FERREIRA
ADVOGADO	RENAN DE CARVALHO PAIVA
ADVOGADO	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
19452 854	25/02/2019 16:23	<u>1.0 DOCUMENTOS PESSOAIS</u>	Outros Documentos
19452 876	25/02/2019 16:23	<u>2.0 PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS</u>	Outros Documentos
19452 893	25/02/2019 16:23	<u>3.0 BOLETIM DE OCORRÊNCIA</u>	Outros Documentos
19452 911	25/02/2019 16:23	<u>3.1 DUT</u>	Outros Documentos
19452 923	25/02/2019 16:23	<u>4.0 LAUDOS</u>	Outros Documentos
19452 938	25/02/2019 16:23	<u>4.1 LAUDOS</u>	Outros Documentos
19452 957	25/02/2019 16:23	<u>4.2 Laudos</u>	Outros Documentos
19452 984	25/02/2019 16:23	<u>5.0 AUTORIZAÇÃO PAGAMENTO SINISTRO</u>	Outros Documentos
19453 016	25/02/2019 16:23	<u>5.1 Laudos e Declaração.</u>	Outros Documentos
19453 071	25/02/2019 16:23	<u>6.0 B.O E PROCURAÇÃO.</u>	Outros Documentos
19453 088	25/02/2019 16:23	<u>7.0 RG E CPF.</u>	Documento de Identificação
19453 102	25/02/2019 16:23	<u>8.0 PAGAMENTO SINISTRO-convertido</u>	Outros Documentos
19453 112	25/02/2019 16:23	<u>9.0 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.</u>	Outros Documentos
19540 180	06/03/2019 18:14	<u>Despacho</u>	Despacho
19756 538	13/03/2019 14:04	<u>Expediente</u>	Expediente



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	4.121.507	DATA DE EXPEDIÇÃO	14/05/2013
NOME: FILIPE FERNANDES FERREIRA			
FILIAÇÃO FABIO FERREIRA DA SILVA CRISTANE FERNANDES DA SILVA			
NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO 07/12/1999		
DOC. ORIGEM CERT. NASC. Nº6100 - LIV.A-B - FLS.225V - CARTORIO 13ºJOÃO PESSOA PB.			
CPF João Pessoa - PB			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI N° 7.116 DE 20/06/83			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - PB		Nº 014081894341	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PDT 20180000282810 EXERCÍCIO	
VIA	COD. RENAVAM	1 0115732775-0	00/00000000 2018
NOME CRISTIANE CARDOSO FERNANDES			
CPF/CNPJ	PLACA	04714092430	QSC8936/PB
PLACA ANT/UF	CHASSI	NOVO PB	9C2JC6900JR312287
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO FAB.	HONDA/CG 125I FAN	2016 2018
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	2 P/124 /CI	PARTIC
I	VENC. COTA ÚNICA	IPVA PAGO EM	00/00/0000
P	VENC/COTAS		1 ^a
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2 ^a
A	*****	0	3 ^a
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	PAGO	03/07/2018
OBSERVAÇÕES: A.F BANCO HONDA S.A.			
JOÃO PESSOA	DATA	05/07/2018	7003781
9999999	IMPRESSO		

SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

PB Nº 014081894341 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/07/2018

VIA 1 04714092430 CPF/CNPJ PLACA QSC8936/PB

BENAVAM 01157327750 MARCA/MODELO HONDA/CG 125I FAN

ANO FAB. 2016 CAT. TARIF. 9 N° CHASSI 9C2JC6900JR312287

PRÊMIO TARIFÁRIO

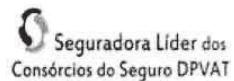
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
IOF (R\$) *****	SEGURO	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) PAGO
PAGAMENTO COTA ÚNICA	PAGAMENTO PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 03/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.603/0001-04
7003781-1505249-20180705

03/07/2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347626/18

Vítima: FILYPE FERNANDES FERREIRA

CPF: 125.200.674-89

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: FILYPE FERNANDES FERREIRA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FILYPE FERNANDES FERREIRA : 125.200.674-89

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3580 YY 1167

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: 21/09/2018
Nome: FILYPE FERNANDES FERREIRA
CPF: 125.200.674-89

FILYPE FERNANDES FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILETON SANTOS DE OLIVEIRA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS/A

21 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08037.01.2018.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08037.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 21:15 horas do dia 11 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12^a Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigacao, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu Filipe Fernandes Ferreira, conhecido(a) por Felipe, CPF nº 125.200.674-89, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Cristiane Fernandes da Silva e Fabio Fernandes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/12/1999 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Estudante Dalmo Belmont, Nº 87, complemento CONDOMÍNIO RESIDENCIAL, APART. Nº 101, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ponto Final do Ônibus da Linha 118 do Valentina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 87088-728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Fernando Luiz Henrique, nº S/N, Via Pública, Próximo a Churrascaria Sal e Brasa, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/18 19:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, OUTROS FATOS, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125i FAN, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2018/2018, placa QSC-8936, chassi 9C2JC6900JR312287, renavam 0115732775-0, características gerais: N°. C.r.l.v.: 014081894341; nº. P.r.t.: 20180000282810-7; nº. Lacre: 0046487042; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária: A.f.banco Honda S.a.; em Nome de Cristiane Cardoso Fernandes.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCrito ANTERIORMENTE ACIMA, FOI SURPREENDIDO POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE CRUZOU A AVENIDA PRINCIPAL, QUE ERA A VIA DO DECLARANTE, SEM RESPEITAR A SINALIZAÇÃO DE TRANSITO DO LOCAL, E QUE O DECLARANTE VEIO A COLIDIR NA LATERAL DO MESMO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR, E QUE O VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA E NEM FOI IDENTIFICADO POR NINGUÉM, SENDO O DECLARANTE SOCORRIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITI (TRAUMINHA) NESTA CIDADE, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA E ASSINADO PELO MÉDICO EDUARDO PAES LYRA, C.R.M./PB 11487, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS

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.



Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157 3560



Procedimento Policial: 08037.01.2018.1.01.012

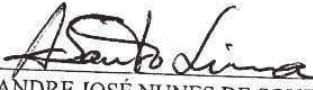
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
1^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
12^a Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

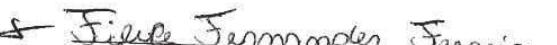
**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 11 de setembro de 2018.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigacao

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0


FILYPE FERNANDES FERREIRA

Noticiante



Procedimento Policial: 08037.01.2018.1.01.012

2/2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - PB			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	Nº 014081894341	
CRE	PRT	201800002828107	
LACRE		EXERCÍCIO	
1	0115732775-0	00/00000000	
0	CRISTIANE CARDOSO FERNANDES	NOME	
004648	04714092430	CPF/CNPJ	
04	QSC8936/PB	PLACA	
2	NOVO PB	PLACA ANT./UF	
	9C2JC6900JR312287	CHASSI	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO HONDA/CG 125I FAN		ANO FAB 2016	ANO MOD 2018
CAP/POT/CIL 2 P/124 /CI		CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA
I	COTA UNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000	VENC. COTA UNICA 1º	VENC. COTAS
P	FAIXA I.P.V.A *****	PARCELAMENTO/COTAS 2º	
V	0	3º	
A	PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO		
	*****	*****	***** SEGURO P A G O 03/07/2016
OBSERVAÇÕES A.F BANCO HONDA S.A.			
JOAO PESSOA - LOCAL		DATA 05/07/2018	
9999999		7003781	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB Nº 014081894341 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	04714092430	CPF / CNPJ	PLACA
RENAVAM	01157327750	MARCA / MODELO	HONDA / CG 125I FAN
ANO FAB.	2018	CAT. TARIF.	9
		Nº CHASSI	9C2JC6900JR312287
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)	
*****	*****	***** P A G O	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	03/07/2018	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.608/0001-04
 7003781-1505249-20160705

PR-2018

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: 148808 Atd: Nao Regul
Data: 28/07/2018
Hora: 20:58:18
Recepçionista: MAIZE DE FATIMA GOMEZ
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FILIPE FERNANDES FERREIRA
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 996037995
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/07/2000 Id: 18 ano(s)

End.: RUA ESTUDANTE DALMA BELMONT, 87

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: CRISTIANE FERNANDES

Pai: FABIO FERREIA DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Lugar: RUA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO HJ NO BESSA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- [] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

COMPREV
Observacao

21 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Relato que deixa corporal, não pude de ferir
esta em nenhuma figura de ferimento. Andou se
encontrando de forma violenta com o chão, e
não saiu ferido.

Diagnóstico

Conduta

Exames do Dr.

Sintomas principais?

Prescrição | Horário da medicação

- SAT Scopus

- Drogas no sistema

EDMILSON CARLOS PEREIRA
TEN. OF. MED. - GRUP. B
IDT 070.514.707-2 MOIES

27

Ortopedia

07
18

Paciente vítima de colisão cari
moto apresentando dor, edema
deformidade em perna D

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

HD: Fractura das
costas da perna D

Celi - Internação
Hospital

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dr. Everson Mesquita
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 3618
CREMEPE 22251
TEOF 10018

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

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

> Guttiel Cardoso demanda

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima **Kiley Fernandes Ferreira** | CPF da Vítima **125.200.674-81** | Data do Acidente **28/07/2018**

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:

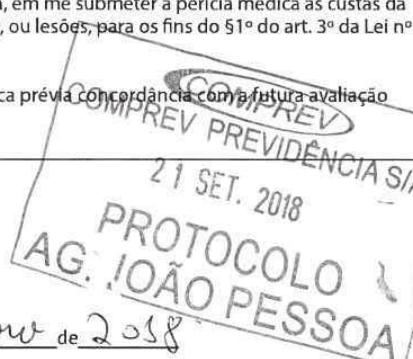
Assinalar uma das opções abaixo:

- 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.

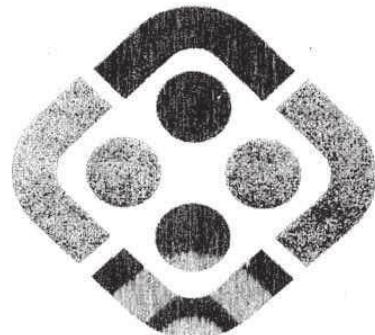
Maria Pessoa, 20 de Setembro de 2018
Local e Data



x Tiley Fernandes Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCISIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2018072813

28/07/18

alex

NOME DO PACIENTE:

Fáelipe

F

F

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018
PROTÓCOLO
AGÊNCIA JOÃO PESSOA

ENFERMARIA:

LEITO: 124



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Felipe F. Ferreira Data da Admissão: 28/04/18

Prontuário: _____ Idade: 17 Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M (X) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento 1/1

QPD: Dor e deformidade em perna

HDA: Dor intensa e dolorosa -
de perna - por meia de dia -
por conta de mola

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

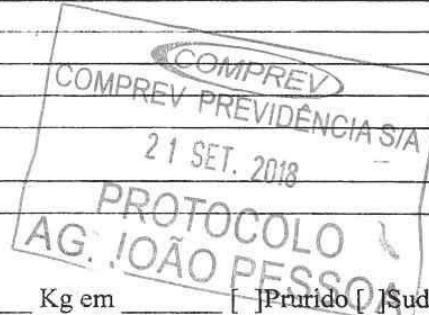
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

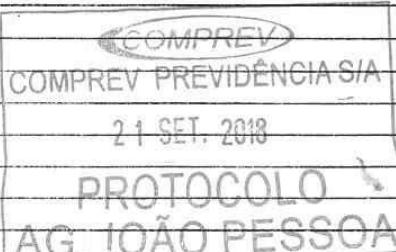
Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____



AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

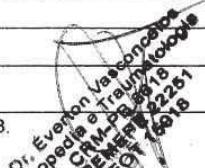
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Frotiga dos olhos
pele

Conduta: _____





Nome: <i>Felipe F. Ferreira</i>				Registro:
Idade: 24	Sexo: Masc	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP: LR:
Data: 01/08/18		Cirurgião: Mouribe Arruda		
1º Assistente: Alexandre Galvão		2º Assistente:		
Anestesista: Ibeloni		Instrumentador: Maria		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura Diafisária de Tíbia Direita</i>				S82.3
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</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 *Felipe F. Ferreira*

PRONTUÁRIO Nº

IDADE	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>28/07/18</i>		DATA DE ALTA <i>02/08/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>5 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tíbia Direita</i>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia, Submetido no dia de ontem a cirurgia através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacin, Alginac

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 16/08/18 as 08:00h para revisão.

01/08/18

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 148808 Atd: Nao Regul
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 28/07/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 20:58:18
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Repcionista: MAIZE DE FATIMA GOME
FAX: () - CNPJ: Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: FILIPE FERNANDES FERREIRA Num. Prontuario: 2018.07.003813
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 996037995
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/07/2000 Id: 18 ano(s)
End.: RUA ESTUDANTE DALMA BELMONT, 87
Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: CRISTIANE FERNANDES Pai: FABIO FERREIA DA SILVA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: ESTUDANTE Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: A MAE
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Localização: RUA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO HJ NO BESSA
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemias: IMC:
Circ. Abd: O2%:
Localização Principal: RUA ESTUDANTE DALMA BELMONT, 87
VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, CORTE E TRAUMA EM MID

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- [] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
Observacao

21 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico) Relato de dor no abdômen, mais fundo e constante, com náuseas. Figueira da Barra, Rio Grande do Norte. Endereço: Rua das Flores, nº 100, Centro, João Pessoa, PB, 58056-384.

Diagnóstico

Conduta

Protocolo do Dr. Ruy Neves Amaral da Rocha

Prescrição

Horário da medicação

- IAT 500MG
- Diprospan 100MG
- Colageno 1000MG

EDILSON CARLOS PEREIRA
TEN. OF. MED. - CIRURGIA
IDT 070.514.707-2 MRIES

27
07
18

Osteopedia

Painete vítima de edisão corr
mote apresenta dor, edema
deformida de e perne Ⓞ

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

H.D: Fracture des
grosses de perne Ⓣ

Col.: - Fontenaisie
parmi telles

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ENFERMAGEM

Dr. Evertton Vasconcelos
Ortopedista e Traumatologista
CRM-SP 8618
CREMEPE 22251
TEOT 15918

- Cefalotin
2g + A.D

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



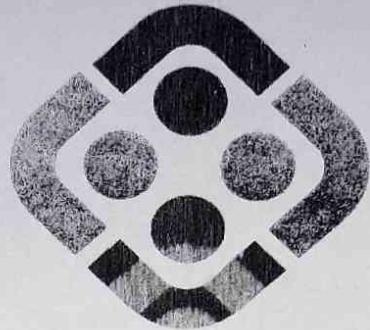
DESTINO DO PACIENTE

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

→ Curtius Pandore donander

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCISIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2018173813

28.07.18
Alix

NOME DO PACIENTE:

Fáilippe

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

ENFERMARIA:

7

LEITO: 124

IAN



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edilson F. Ferreira Data da Admissão: 28/07/18

Prontuário: _____ Idade: 18 Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

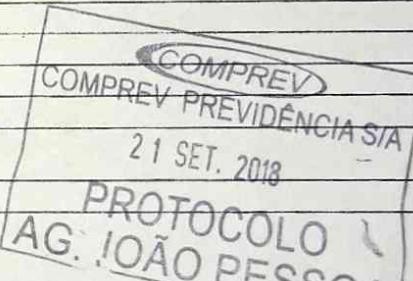
Sexo: F () M (X) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: Dor e deformidade em perna

HDA: Dor edema e deformidade
de perna permanente com traços
por envoltório de mola

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias: _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

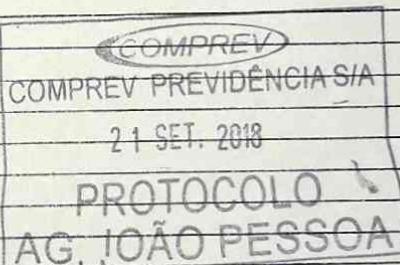
AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____
_____Hipóteses Diagnósticas: _____ Fartoze dos meus idos
pequenos (P) _____

Conduta: _____ Sintomas episódicos hospitalares





Nome: <i>Felipe F. Ferreira</i>				Registro:	
Idade: 24	Sexo: Masc	Cor:	Clinica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 01/08/18			Cirurgião: Mouribe Arruda		
1º Assistente: Alexandre Galvão			2º Assistente:		
Anestesista: Ibeloni			Instrumentador: Maria		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
<i>Fratura Diafisária de Tíbia Direita</i>	S82.3

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
<i>O mesmo</i>	

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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 125.200.674-89	Nome completo da vítima Filipe Fernandes Ferreira
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Filipe Fernandes Ferreira	CPF titular da conta	Profissão Recurso
Endereço Rua Estud. D'Almeida Belmont	Número 87	Complemento AP 101
Bairro- Mucumajuru	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email	CEP 58060-217	Telefone (DDD) (83) 98708-8728

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.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00		
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome 21 SET. 2018			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO. 3487	D/V	CONTA NRO. 29486 10	D/V	AGÊNCIA NRO. 1010	CONTA NRO. D/V
(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.

João Pessoa, 20 de Setembro de 2018.

Local e Data

Filipe Fernandes Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME **Felipe F. Ferreira**

PRONTUÁRIO Nº

IDADE	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>28/07/18</i>		DATA DE ALTA <i>02/08/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>5 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INCIAL <i>Fratura Diafisária de Tíbia Direita</i> CID <i>S82.3</i>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia. Submetido no dia de ontem a cirurgia através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Alginac

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 16/08/18 as 08:00h para revisão.

0168/18

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima **Filipe Fernandes Ferreira** CPF da Vítima **325.200.674-89** Data do Acidente **28/07/2018**

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.

COMPREV
21 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Jesús Pessoa, 20 de Setembro de 2018
Local e Data

Filipe Fernandes Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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
125.200.674-89

Nome completo da vítima
Filipe Fernandes Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Filipe Fernandes Ferreira.	CPF titular da conta	Profissão Recurso
Endereço Rua Eng. D'Almeida Belmont	Número 87	Complemento AP 101
Bairro Mucumagro	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email	CEP 58060-217	Telefone (DDD) (83) 98708-8728

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.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 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.

3487

D/V

CONTA

NRO.

29486

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

21 SET. 2018

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

PROTÓCOLO

D/V

CONTA

NRO.

PESSOA

D/V

(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.

João Pessoa 20 de Setembro de 2018.

Local e Data

Filipe Fernandes Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1^ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12^ª Delegacia Distrital da Capital

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08037.01.2018.1.01.012

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08037.01.2018.1.01.012, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 21:15 horas do dia 11 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 12^ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Robson Andrew Couras de Carvalho, matrícula 1564102, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Filype Fernandes Ferreira**, conhecido(a) por Felipe, CPF nº 125.200.674-89, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Cristiane Fernandes da Silva e Fabio Fernandes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/12/1999 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Estudante Dalmo Belmont, N° 87, complemento CONDOMÍNIO RESIDENCIAL, APART. N° 101, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ponto Final do Ônibus da Linha 118 da Valentina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 87088-728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Fernando Luiz Henrique, nº S/N, Via Pública, Próximo a Churrascaria Sal e Brasa, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/18 19:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, OUTROS FATOS, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125i FAN, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2018/2018, placa QSC-8936, chassi 9C2JC6900JR312287, renavam 0115732775-0, características gerais: N°. C.r.l.v.: 014081894341; nº. P.r.t.: 2018000282810-7; nº. Lacre: 0046487042; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: João Pessoa/pb; alienação Fiduciária: A.f.banco Honda S.a.; em Nome de Cristiane Cardoso Fernandes.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCrito ANTERIORMENTE ACIMA, FOI SURPREENDIDO POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE CRUZOU A AVENIDA PRINCIPAL, QUE ERA A VIA DO DECLARANTE, SEM RESPEITAR A SINALIZAÇÃO DE TRANSITO DO LOCAL, E QUE O DECLARANTE VEIO A COLIDIR NA LATERAL DO MESMO, VINDO A CAIR E SE MACHUCAR, E QUE O VEÍCULO CAUSADOR DO ACIDENTE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA E NEM FOI IDENTIFICADO POR NINGUÉM, SENDO O DECLARANTE SOCORRIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITI (TRAUMINHA) NESTA CIDADE, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA E ASSINADO PELO MÉDICO EDUARDO PAES LYRA, C.R.M./PB 11487, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS

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.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157 356-0

Procedimento Policial: 08037.01.2018.1.01.012

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
1^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
12^a Delegacia Distrital da Capital



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA

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

João Pessoa/PB, 11 de setembro de 2018.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigacao

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre I. M. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

FILYPE FERNANDES FERREIRA

Noticiante



Procedimento Policial: 08037.01.2018.1.01.012

2/2

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Filipe Fernandes Ferreira, solteiro, brasileiro, CPF nº 125.200.674-89, RG nº 4.121.507 SSDS Residente na Rua Estudante Stolino Belmont, nº 87, bairro Mucumáguer.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 519, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "**ad juditia et extra**", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sem. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

João Pessoa - PB, de de 2018.

Filipe Fernandes Ferreira
OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



Ruy Neves Amaral da Rocha

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 4.121.507

DATA DE
EXPEDIÇÃO 14/05/2013

NOME
FILYPE FERNANDES FERREIRA

FILIAÇÃO
FABIO FERREIRA DA SILVA
CRISTIANE FERNANDES DA SILVA

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
07/12/1999

DOC ORIGEM
**CERT. NASC. N°6100 - LIV A-8 - FLS.225V - CARTORIO 13ºJOÃO
PESSOA PB.**

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83



**Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**



**Número
125.200.674-89**

**Nome
FILYPE FERNANDES FERREIRA**

**Nascimento
07/12/1999**

SINISTRO 3180441167 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FILYPE FERNANDES FERREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO FILYPE FERNANDES FERREIRA

CPF/CNPJ: 12520067489

Posição em 25-02-2019 14:50:44

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT.

O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

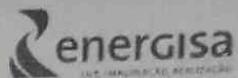
Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/02/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para simples pagamento da nota fiscal/cotra de energia elétrica

Nº 018.845.710



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-089
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CAMILLA BIANCA CAMPOS BRASILEIRO TIBURCIO
RUA JOAQUIM ELIAS FIGUEIREDO 30 BL D APTO 202
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1770885-0

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

18/01/2019

CONSUMO

419

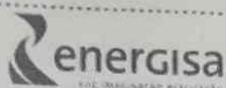
VENCIMENTO

11/02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 390,83

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

CAMILLA BIANCA CAMPOS BRASILEIRO TIBURCIO

Roteiro: 11-005-266-4743

83600000003-1 90830149000-3 17708852019-8 01600005019-1



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
11/02/2019	R\$ 390,83	1770885-2019-01-6



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

0801522-79.2019.8.15.2003

[SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FILYPE FERNANDES FERREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para odia 29 de abril de 2019, às 14:40h, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. 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.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

P.I. Cumpra-se com urgência.

João Pessoa, 6 de março de 2019

Juiz(a) de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

0801522-79.2019.8.15.2003

[SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: FILYPE FERNANDES FERREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para odia 29 de abril de 2019, às 14:40h, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. 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.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

P.I. Cumpra-se com urgência.

João Pessoa, 6 de março de 2019

Juiz(a) de Direito