



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**

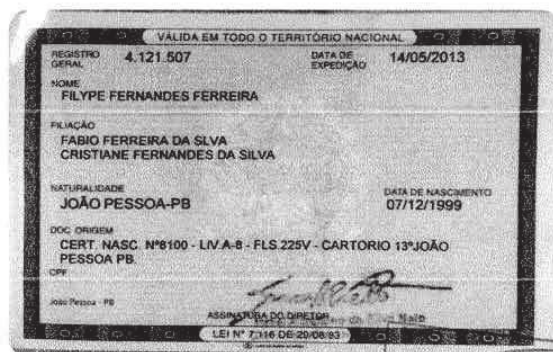
Segredo de justiça? **NÃO**

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014081894341
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0115732775-0 RNTM 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
CRISTIANE CARDOSO FERNANDES

CPF/CNPJ 04714092430 PLACA QSC8936/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2JC6900JR312287

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125I FAN ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

CAP/POT/CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 VENC. COTA UNICA 1º VENC/COTAS 2º 3º

FAIXA IPVA ***** PARCELAMENTO/COTAS 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 03/07/2018

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
A.F BANCO HONDA S.A.

LOCAL JOAO PESSOA DATA 05/07/2018

9999999 7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/07/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 04714092430 PLACA QSC8936/PB

RENAVAM 01157327750 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 SEGURO (R\$) *****


SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/07/2018

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

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347626/18

Vítima: FILYPE FERNANDES FERREIRA

CPF: 125.200.674-89

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 28/07/2018

Titular do CPF: FILYPE FERNANDES
FERREIRA

CPF de: Próprio

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

3180441167

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

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



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 12ª 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 **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: Nº. 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 TRÂNSITO 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 ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA 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, excepo 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 3500


Procedimento Policial: 08037.01.2018.1.01.012

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12ª 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 Investigação

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

DETRAN - PB Nº **014081894341**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **1** COD RENAVAM **0115732775-0** EXERCÍCIO **2018**
HITAG **00/00000000**

NOME **CRISTIANE CARDOSO FERNANDES**

CPF/CNPJ **04714092430** PLACA **QSC8936/PB**

PLACA ANT/UF **NOVO PB** CHASSI **9C2JC6900JR312287**

ESPECIE TIPO **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMBUSTIVEL **GASOLINA**

MARCA/MODELO **HONDA/CG 125I FAN** ANO FAB **2018** ANO MOD **2018**

CAP/POT/CIL **2 P/124 /CI** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **PRETA**

COTA UNICA **IPVA PAGO EM** VENC. COTA UNICA **00/00/0000** VENC/COTAS **1º**

FAIXA IPVA ********* PARCELAMENTO/COTAS **0** **2º**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ********* IOF (R\$) ********* PRÊMIO TOTAL (R\$) ********* DATA DE PAGAMENTO **03/07/2018**

OBSERVAÇÕES **A.F BANCO HONDA S.A**

JOAO PESSOA **05/07/2018**

9999999 **7003781**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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

EXERCÍCIO **2018** DATA EMISSÃO **05/07/2018**

VIA **1** CPF / CNPJ **04714092430** PLACA **QSC8936/PB**

RENAVAM **01157327750** MARCA / MODELO **HONDA/CG 125I FAN**

ANO FAB **2018** CAT. TARIF **9** Nº CHASSI **9C2JC6900JR312287**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ********* DENATRAM (R\$) ********* CUSTO DO SEGURO (R\$) *********

CUSTO DO BILHETE (R\$) ********* IOF (R\$) ********* TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) *********

SEGURO PAGO

PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO **03/07/2018**

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

ABR-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
Recepcionista: MAIZE DE FATIMA GOME
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FILIPE FERNANDES FERREIRA

Num. de vezes atendido: 1

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 FERREIRA DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

End.: RUA

Transporte utilizado: SAMU

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

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

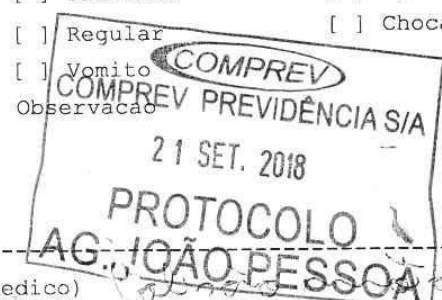
O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vômito
[] Observação

Exa Principal

VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, CORTE E TRAUMA EM MID



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Relato de acidente de trânsito, não pôde ser localizado o veículo envolvido. Fugiu da cena. Não possui dor, nem hematomas. Não possui ferimentos. Não possui alteração de consciência.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

EDMILSON CARLOS PEREIRA
TEN. OF. MED. - CRM 8015
IDT 070.514.707-2 MOEB

27
09
18

Otorrinolaringologia

Paciente vítima de colisão com
motorista apresentando dor, edema
de perna de m. perna D

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

HD: Fratura dos
ossos da perna D

Col.: Internação
hospitalar

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Dr. Everton Vasconcelos
Otorrinolaringologia
CRM-PE 4618
CREMEPE 22251
TEOT 15918

- Cefalotio
2g + AD

Assinatura da Enfermagem

Reservado



PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Antônio Carlos Amador

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

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 <i>Filipe Fernandes Ferreira</i>	CPF da Vítima <i>125.200.674-89</i>	Data do Acidente <i>28/07/2018</i>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

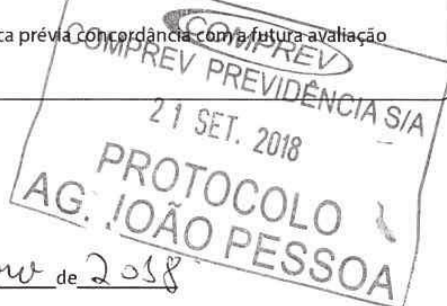
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



João Pessoa, 20 de Setembro de 2018
Local e Data

Filipe Fernandes Ferreira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

sts

PRONTUÁRIO

Nº: 201813-3513

28 07 18

flux

NOME DO PACIENTE:

Edipe F. F.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018

PROTOCOLO
AGUARDANDO
JOÃO PESSOA

ENFERMARIA: 7

LEITO: 124

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edipe 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:** 1/1/

QPD: Dor e deformidade em pernas

HDA: Dor idêntica e deformidade de pernas por acidente de moto

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: _____

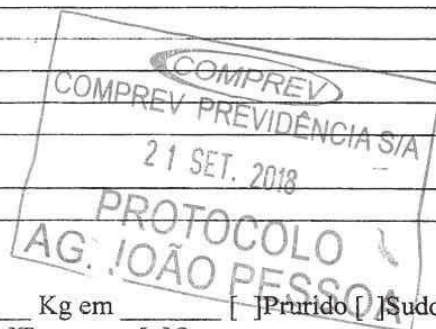
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] 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: [X] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [X] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] 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: _____

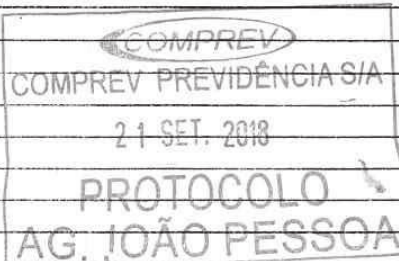
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura dos ossos da*Conduta: *internação hospitalar*



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA



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

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



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Felipe F. Ferreira</i>				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>				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>					
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 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.</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 <i>15</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <i>45</i> dias e com esforço maior em <i>90</i> dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>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.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Alginac</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em <i>21</i> dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em <i>16/08/18</i> as 08:00h para revisão.					
<i>0168/18</i> DATA			<i>[Assinatura]</i> 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
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
Recepcionista: MAIZE DE FATIMA GOME
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FILIPE FERNANDES FERREIRA

Num. de vezes atendido: 1

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 FERREIRA 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

End.: 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:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

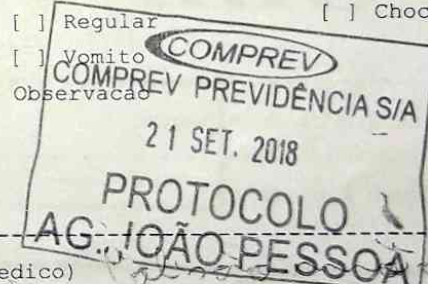
[] Regular [] Chocado

[] Vomito

[] Observacao

Exame Principal

VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, CORTE E TRAUMA EM MID



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Relato de acidente de carro, com perda de controle do veículo, colisão com muro, vítima de trauma em membros inferiores, dor no local de impacto, sem alteração de consciência, sem ferimentos visíveis, sem alteração de vitalidade.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

EDINILSON CARLOS PEREIRA
TEN. OF. MED. - CRM 80914
IDT 070.514.707-2 MAREB

27
07
18

O ortopedista

Paciente vítima de colisão carro
moto apresentando dor, edema
de perna de m perna ①

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

H.D. Fratura dos
ossos da perna ①

Col. - Internação
hospitalar

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

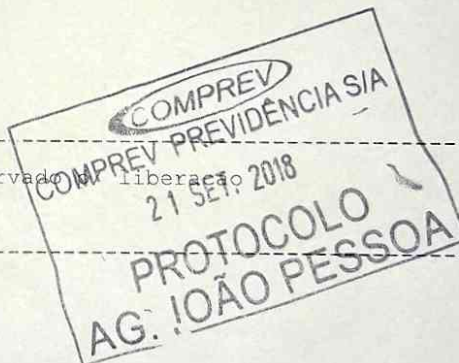
Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 8618
CREMEPE 22251
TEOT 15018

- Cefalotina
2g + AD

Assinatura da Enfermagem

Reservado



PROCEDIMENTO REALIZADO

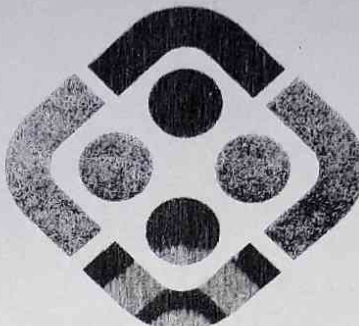
DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Cartão Cardoso Amador

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2018073873

28 07 18
sts
Alx

NOME DO PACIENTE:

Filipe F. F.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018

PROTOCOLO
AGUÃO PESSOA

ENFERMARIA: 7

LEITO: 124

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Filipe 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:** 1/1/

QPD: Do e deformidade em pernas

HDA: Do e deformidade em pernas e deformidade no tronco por acidente de moto

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: _____

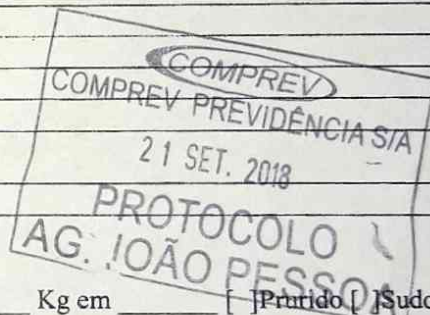
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] 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: [x] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] 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: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] 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: _____

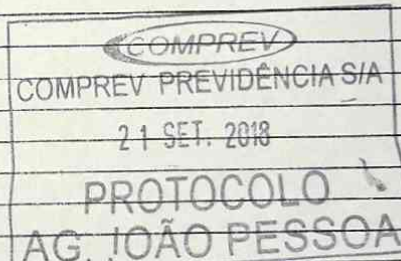
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fraqueza dos membros inferiores*Conduta: *internação hospitalar*

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

*Of. Everton Vasconcelos
CRM-PB 22251
21/09/2018*

Nome: <i>Felipe F. Ferreira</i>				Registro:	
Idade: <i>24</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>01/08/18</i>			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Ibeloni</i>			Instrumentador: <i>Maria</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura Diafisária de Tíbia Direita</i>					<i>S82.3</i>
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
PROTOCOLO
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 Recuso
Endereço Rua Estud. Dalme Belmont		Número 87	Complemento Apt 301	
Bairro Muzumagru	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58064-217	
Email		Telefone (DDD) (83) 98758-8728		

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <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"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 3487 D/V. (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 29486 D/V. 0 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: NRO. (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V. (Informar dígito se existir)	
				CONTA NRO. D/V. (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



Complexo Hospitalar
MANGABEIRA



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Felipe F. Ferreira</i>				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 Tibia 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 Tibia</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)

Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia, 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.

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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Filipe Fernandes Ferreira

CPF da Vítima

125.200.674-89

Data do Acidente

28/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

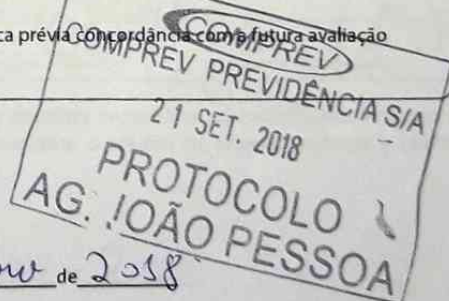
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa, 20 de Setembro de 2018

Local e Data

x 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

129.200.674-89

Nome completo da vítima

Filipe Fernandes Ferreira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Filipe Fernandes Ferreira</i>		CPF titular da conta	Profissão <i>Recuso</i>
Endereço <i>Rua Estud. D'Almeida Belmont</i>		Número <i>87</i>	Complemento <i>Ap 101</i>
Bairro <i>Mucumagru</i>	Cidade <i>João Pessoa</i>	Estado <i>PB</i>	CEP <i>58060-217</i>
Email	Telefone (DDD) <i>(83) 98748-8728</i>		

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

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

29486

(Informar dígito se existir)

D/V

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(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



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
21 SET. 2018
PROTOCOLADO
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 12ª 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 **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: Nº. 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 TRÂNSITO 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 ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA 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, expede 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. 157 350

Procedimento Policial: 08037.01.2018.1.01.012

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
12ª 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

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

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

Filipe Fernandes Ferreira

FILYPE FERNANDES FERREIRA
Noticiante



Procedimento Policial: 08037.01.2018.1.01.012

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

FILYPE FERNANDES FERREIRA, solteiro, brasileiro, CPF nº 125.200.674-89, RG nº 4.121.507 SSDS, Residente na Rua Estudante Djalma Belmont, nº 87, Condomínio Residencial, Apartº nº 101, Bairro Mucunaqueira.

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 iudicia 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

☎ 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

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



VÁLIDA 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. Nº8100 - LIV A-8 - FLS.225V - CARTORIO 13ºJOÃO
PESSOA PB.

CPF

JOÃO Pessoa - PB

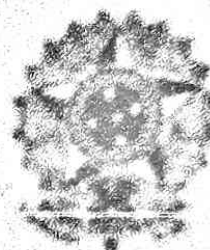
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83



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.

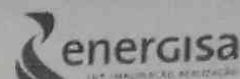
Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/02/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Relembre para simples pagamento da nota fiscal, conta de energia elétrica. Nº 018.845.710



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-689
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

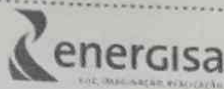
CAMILA BIANCA CAMPOS BRASILEIRO TIBURCIO
RUA JOAQUIM ELIAS FIGUEIREDO 30 BL D APTO 202
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1770885-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2019	18/01/2019	419	11/02/2019	R\$ 390,83

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

CAMILA 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 Dpvt 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, cientificada 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.L. 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 Dpvt 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, cientificada 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.L. Cumpra-se com urgência.

João Pessoa, 6 de março de 2019

Juiz(a) de Direito