



10/05/2019

Número: **0805979-63.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO) FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
19200449	13/02/2019 16:36	Petição Inicial	Petição Inicial
19200471	13/02/2019 16:36	DPVAT adm jose arimateia fernando	Informações Prestadas
19200477	13/02/2019 16:36	jose de arimateia fernando BO BAM	Documento de Comprovação
19200487	13/02/2019 16:36	jose de arimateia fernando proc PAD	Documento de Comprovação
19766156	13/03/2019 17:15	Despacho	Despacho

anexa



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ª VARA
CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

Justiça Gratuita

JOSÉ ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA, brasileiro, agricultor, inscrito no CPF sob o nº 058.269.664-08, residente e domiciliado na Rua Pio Gonçalves Chaves, 585, Centro, CEP: 58338-000, São José dos Ramos – PB, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)
EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE

em face da **BRDESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

Rua Quintino Bocaiúva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com



PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **25.11.2017**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com



**ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS,
COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM
DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.**

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.

Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com



2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:

CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de



ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros.4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

"Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.""
(grifo nosso)

Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

"A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas



as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei". (destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

"STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização".

É inconteste, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR

Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

**"Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:
'Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:
I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;**



II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a)** ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b)** ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que

Rua Quintino Bocaiuva, 358 - Sala 04 - Torre - João Pessoa - PB
Fones: (83) 8701.9090 / 8863.6133 - Email: advclima@hotmail.com



corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais

c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;

d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista.**

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 12 de fevereiro de 2019.

Fabio Carneiro Cunha Lima
Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho
Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Quesitos para a perícia:

- 1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:
- 2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.
- 3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?
- 4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.
- 5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?
- 6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?
- 7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?
- 8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?
- 9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00727.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00727.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:42 horas do dia 18 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Jose de Arimateia Fernando da Silva, CPF nº 058.269.664-08, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Jose Farias da Silva e Severino Fernando da Silva, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 19/09/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av. Piu Gonçalves Chaves, Nº SN, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercadinho Pai e Filho, na cidade de São José dos Ramos/PB, telefone(s) para contato (83) 98681-4790.

Dados do(s) Fatos:

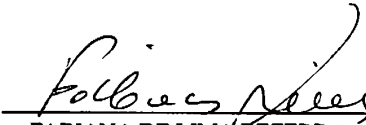
Local: Pb 054, Perto de Lagoa do Rancho, Itabaiana/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 25/11/17 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

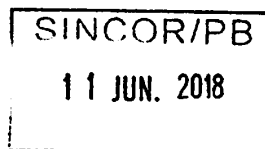
Que conduzia a MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, PRETA, 2012/2012, PLACA OFA 7517/PB, CHASSI 9C2KC1670CR586579, quando atropelou um cachorro que passou na sua frente vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÊDO, CRM 1873/PB, DATADO DE 14.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por uma ambulância de Itabaiana; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 18 de abril de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00727.01.2018.1.00.420

CONFERIDO COM O ORIGINAL

1/1





Governo do Estado da Paraíba
Secretaria de Saúde
Hospital Regional de Itabaiana
Sebastião Rodrigues de Melo

RECEITUÁRIO

Encomendo o paciente
Jon de Armaturo Fimon-
des do Silva 33 anos
anos no momento do
com um TCE, idêntico
em órbita e frimento
em pelvis direita.

CD: Avaliar e conduzir
do neurologista

Dr. Ana Raquel de Sousa e Silva Coutinho
CRM-PB 8638

25/11/17

Lot. Nova Itabaiana, S/N - Itabaiana - PB





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 19/09/84
NOME DA MÃE MARIA JOSÉ FARIAS DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1044208
DATA DO ATENDIMENTO 25/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 19:19
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TRAUMATISMO DE CRANIO E FACE
CID 10 S02.0, S02.3, S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

CONFERIDO COM O ORIGINAL

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM TRAUMATISMO EM CRANIO E FACE. APRESENTA EDEMA E FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO PERIORBITAL DIREITA MAIS ENFISEMA EM FUNDO DO VESTIBULO MAXILAR DIREITO

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRANIO , TC DE FACE

SINCOR/PB
11 JUN. 2018

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC DE CRANIO - NORMAL
TC DE FACE - FRATURA DO ARCO ZIGOMATICO, DO SEIO MAXILAR DIREITO E DOS OSSOS PRÓPRIO DO NARIZ

TRATAMENTO:

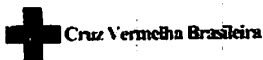
SUTURA DO FERIMENTO DA FACE, PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÃO PARA CASA

ALTA HOSPITALAR: 25/11/17
DATA DA EMISSÃO: 14/03/18


Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1044208



Identificação do paciente						
ID 1234112	Nome JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 19/09/1984	Idade 33 anos 2 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA JOSE FARIAS DA SILVA	Pai SEVERINO FERNANDO DA SILVA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo		Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2941711	Nº Cns				
Local de procedência SAO JOSE DOS RAMOS	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade		CBO/R			
Endereço						
CEP 58339000	Município de residência SAO JOSE DOS RAMOS	UF PB	Logradouro PIO GONCALVES CHAVES			
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO			
Admissão						
Data e Hora 25/11/2017 19:19:49	Número da pulseira 1000005801182		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES						Tempo 01min 14seg

Imprimir

25/11/2017 19:





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA		BAE 1044208	Data/Hora Entrada 25/11/2017 19:19:49	Data Baixa
Data de nascimento 19/09/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato
Mãe MARIA JOSE FARIAS DA SILVA				Prontuário
Endereço PIO GONCALVES CHAVES, SN	Bairro CENTRO	Município SAO JOSE DOS RAMOS	UF PB	
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB	
Data/Hora Classificação 25/11/2017 19:19:49	Data/Hora Prescrição 25/11/2017 22:18:55			
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha		

Anamnese

RETORNA PARA REAVALIAÇÃO POS ATENDIMENTO MOTOCICLETA.
JA RECEBEU ALTA DA BUCOMAXILO
FEZ INGESTA ALCOOLICA
APRESENTA IMPORTANTE TCE E TRAUMA DE FACE.

CD: ALTA CIRURGIA GERAL
SOLICITO PARECER NEUROCIRURGIA.

Conduta

Em observação

Eduardo Motta Braga
Cir. Geral / Traumatologia
CRM-19783 / CBO - PE 3660

JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA

EDUARDO MOTTA BRAGA
(7253/PB)

Boletim registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em 25/11/2017 19:21:03

72 16 0 6 8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=154092&pesquisa=S&perform=im





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA	BAE 1044208	Data/Hora Entrada 25/11/2017 19:19:49	Data Baixa
Data de nascimento 19/09/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA JOSE FARIAS DA SILVA			Telefone da Casa
Endereço PIO GONCALVES CHAVES, SN	Bairro CENTRO	Município SAO JOSE DOS RAMOS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	Nº Cons. Regional 3040/PB
Data/Hora Classificação 25/11/2017 19:19:49	Data/Hora Prescrição 25/11/2017 21:27:39		
Convênio SUS	Nº Matricula	Senha	

Anamnese

EM TEMPO, AO EXAME TOMOGRÁFICO: FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO COM POUCO DESLOCAMENTO. EM VIRTUDE DO EDEMA NÃO É POSSÍVEL AVALIAR A REPERCUSSÃO DA FRATURA. PACIENTE RELATA HIPERTENSÃO E DIABÉTES CONTROLADA POR MEDICAMENTO, MAS NEGA ALERGIAS.

CD:1)ORIENTAÇÕES 2)PRESCRIÇÃO PARA CASA 3)RETORNO PARA DIA 01/12/2017 ÀS 07:00 NO HTOP PARA REAVALIAÇÃO APÓS REGRESSÃO DO EDEMA 4)ALTA DA BMF 5)AOS CUIDADOS DA C. GERAL

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA

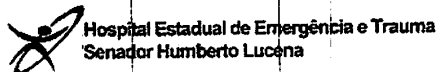
Dr. André Gustavo B. Luna
Cirurgião Bucodentofacial
CRO 3048 - PB

ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 25/11/2017 19:21:03

72.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=154047&pesquisa=S&perform=im



**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA	BAE 1044208	Data/Hora Entrada 25/11/2017 19:19:49	Data Baixa
Data de nascimento 19/09/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA JOSE FARIAS DA SILVA			Telefone de Contato
Endereço PIO GONCALVES CHAVES, SN	Bairro CENTRO	Município SÃO JOSE DOS RAMOS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	Nº Cons. Regional 3040/PB
Data/Hora Classificação 25/11/2017 19:19:49	Data/Hora Prescrição 25/11/2017 20:22:57		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

PACIENTE RELATA ACIDENTE DE MOTO, NEGA VÔMITO E DESMAIO. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO E SEM SANGRAMENTOS ATIVOS EM FACE. AO EXAME FÍSICO: EDEMA E FCC EM REGIÃO PERIORBITÁRIA DIREITA + ENFISEMA EM FUNDO DE VESTÍBULO MAXILAR DIREITO.

CD:1)SUTURA 2)SOLICITO TC DE FACE

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

CID10

Código	Descrição
S01.1	Ferimento da pálpebra e da região periorcular

Conduta

Em observação

JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA

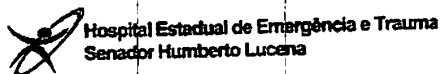
(Assinatura)
 Cirurgião Bucodentofacial
 CRO 3040 - PB
 ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
 (: 3040/PB)

(Assinatura)
 Dr. André Gustavo B. Luna
 Cirurgião Bucodentofacial
 CRO 3040 - PB

Boletim registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em 25/11/2017 19:21:03

16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=154000&pesquisa=S&perform=im... 1/1





SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2778696

Paciente JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA	BAE 1044208	Data/Hora Entrada 25/11/2017 19:19:49	Data Baixa
Data de nascimento 19/09/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA JOSE FARIAS DA SILVA			Telefone de Contato
Endereço PIO GONCALVES CHAVES, SN	Bairro CENTRO	Município SÃO JOSE DOS RAMOS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 2563/PB
Data/Hora Classificação 25/11/2017 19:19:49		Data/Hora Prescrição 25/11/2017 19:57:38	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FERIMENTO CORTO-CONTUSO SUPERCÍLIO D. ESTADO GERAL BOM.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

SUTURA DE FERIMENTO

CID10

Código	Descrição
R52.0	Dor aguda

Conduta

Em observação

Dr. Teofilho G. de Andrade
Cirurgião Geral
CRM 2563

JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA

TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE
(2563/PB)

Boletim registrado por: AYLÁ NICOLLE FERNANDES GOMES em 25/11/2017 19:21:03





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lupena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA	BAE 1044208	Data/Hora Entrada 25/11/2017 19:18:49	Data Baixa 2017-11-25 23:46:22
Data de nascimento 19/09/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA JOSE FARIAS DA SILVA			Telefone de Contato
Endereço PIO GONCALVES CHAVES, SN	Bairro CENTRO	Município SAO JOSE DOS RAMOS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE	Nº Cons. Regional 6215/PB
Data/Hora Classificação 25/11/2017 19:19:49	Data/Hora Prescrição 25/11/2017 23:46:24		
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

#NEUROCIRURGIA#

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA E TRAUMATISMO CRANIANO E FACIAL.
AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL E BMF QUE DERAM ALTA.

-AO EXAME:

GLASGOW 15

MOVIMENTAÇÃO ATIVA DE MEMBROS

PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

EQUIMOSE PERIORBITAL DIREITA

-TOMOGRAFIA DO CRANIO:

SEM DESVIO DA LINHA MÉDIA

SEM COLEÇÕES COM INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO NO MOMENTO

-HD: TCE

-CD:

SEM CONDUTA DA NCR PARA O CASO NO MOMENTO

ORIENTO RETORNO

ALTA DA NCR COM ORIENTAÇÕES

CD: ALTA CIRURGIA GERAL

SOLICITO PARECER NEUROCIRURGIA.

CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano, não especificado

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE

Motivo de Alta
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora
25/11/2017 23:46:22
Observações

DR. EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE
NEUROCIRURGIA
CRM-PB 6215
Neurocirurgião Funcional B-Div

Boletim registrado por JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA em 25/11/2017 19:21:03

EMERSON MAGNO FERNANDES DE ANDRADE
(: 6215/PB)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000942473

Idade: 33 anos

Paciente: JOSE DE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA

Data: 25/11/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

Técnica

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise

Fratura do arco zigomático sem desvios.

Fraturas das paredes posterolateral e anterior e medial do seio maxilar direito e das paredes posterolateral e medial da órbita ipsilateral, associadas a hemossinus frontoetmoidomaxilar correspondentes.

Fratura dos ossos próprios do nariz.

Volumoso hematoma de partes moles adjacente às fraturas descritas.

Septo nasal sem desvios significativos.

Rinofaringe, fossas pterigo-palatinas e infratemporais livres.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 26/11/2017 19:38.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JOSÉ DRIMOTEIA FERNANDO DA SILVA

Advogado, inscrito na OAB/PB

CPF/MF: 058269664-08

RG: 2941211

Endereço: Rua Rio Saneas, 585, Centro

São José dos Ramos - PB 58338000

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

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

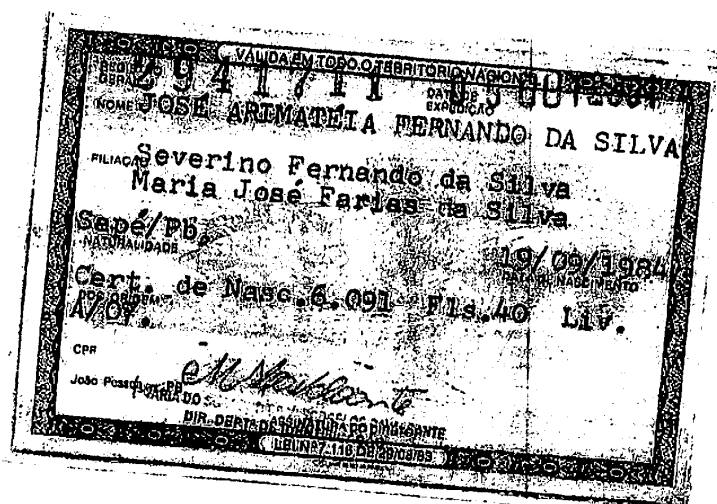
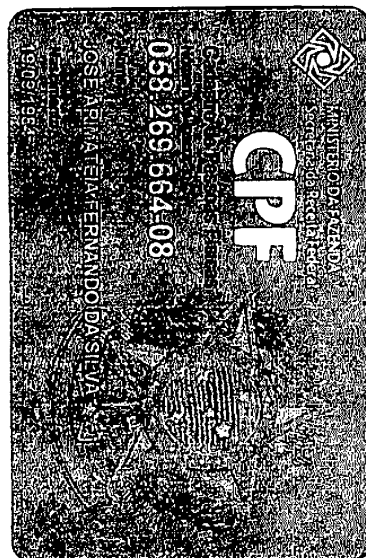
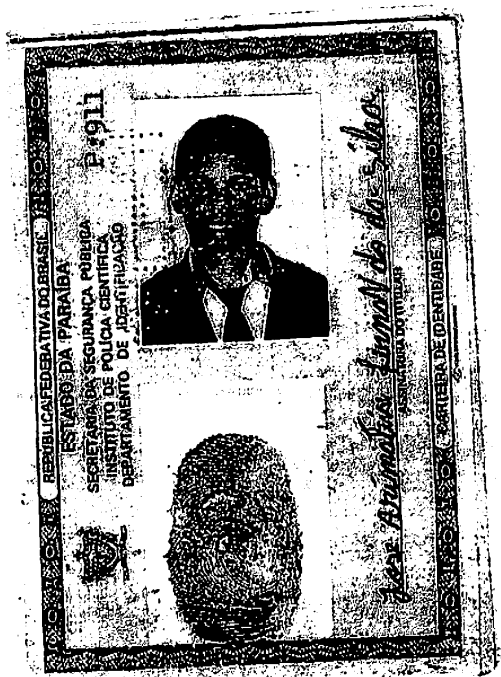
GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

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

João Pessoa – PB, 5 de fevereiro de 2017.

Ana Raquel de Sousa e Silva Coutinho
Outorgante








SINCOR/PB
11 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

19/09/84



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0206205/18

Vítima: JOSE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA

CPF: 058.269.664-08

Data do Acidente: 25/11/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

JOSE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA : 058.269.664-08

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2018
Nome: JOSE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 058.269.664-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

JOSE ARIMATEIA FERNANDO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa

F





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

Nome completo da vítima

058 269 664-08

José de A. Fernando da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: José de A. Fernando da Silva
CPF titular da conta: 058 269 664-08
Profissão: Vagante
Endereço: Rua Pio Chaves
Número: 585
Complemento:
Bairro: Centro
Cidade: São José dos Ramos
Estado: Paraíba
CEP: 58320-000
Telefone (DDD): 98681 4790

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)

ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

Nº

0733

(Informar dígito se existir)

DV

CONTA

Nº

30482

(Informar dígito se existir)

DV

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

BANCO

Nome

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

SINCOR/PB

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 agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Pessoa, 10 de maio de 2018

Local e Data

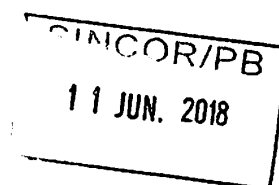
José Pessoa, Fernando da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CONFERIDO COM O ORIGINAL



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose de Arimateia Fernando da Silva

RG nº 2941711, data de expedição 05/10/, Órgão SSP/PB

CPF nº 058 269 664-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Pio Chaves</u>
Número	<u>10-585</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>São José dos Ramos</u>
Estado	<u>Paraíba-PB</u>
CEP	<u>58338000</u>
Telefone de Contato	<u>986814790</u>
E-mail	

SINCOR/PB

11 JUN. 2018

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 10/05/2018

Assinatura do Declarante: Jose Arimateia Fernando da Silva

CONFERIDO COM O ORIGINAL





Energisys

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-650
CNPJ: 00.205.100/0001-10 - Fone: (31) 3333-1111

№ менбон: 0000000018

Notas Físicas/Contas de Energia Elétrica 19004 124 7*4

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

7Acesso: www.energis.com.br

Contă referență a

Apresentação

Data prevista da

REFERENCES

Mar / 2018

26/03/2018

25/04/2018

84536998420

UC (Unidade Consumidora)

1-800-4-A-FLYER

Canal de contato[illegible]

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
23/02/18	18158	26/03/18	18310			112			
Demonsrativo									
CC	Descrição	Quantidade Tarifas	Valor Base Calc.	Alíq. ICMS(R)	Base Calc.	Par(R)	Consumo(R)		
		Totale	Totale	ICMSIRE	ICMS	Par(Consumo(R))	(0,8777%) (0,1214%)		
0801	Consumo de Energia Elétrica	30.000 0,244948	7.347,44	7,34	1,68	7,34	0,05	0,20	
0802	Consumo de Energia Térmica	15.000 0,419903	6.298,55	26,99	27,92	26,99	0,00	0,00	
0803	Consumo de Energia Solar	10.000 0,623941	6.239,41	7,55	7,55	27,04	7,55	0,05	0,21
0810	Subsidio		35.670,39	19,16	37,06	35,76	0,04	0,24	1,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0908	Receivavel Subsidio		-24,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Cod go de Classificacao do Item	TOTAL	55,29	60,03	21,60	80,03	0,54	2,41
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

PAGE 08-00070317-20KWB

VENGIMENTO

TOTAL A PAGAR

Histórico de Consumo (KWh)

117	65	67	70	69	63	70	74	62	61	62	104
Mar/17	Apr/17	May/17	Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18	Feb/18

0847 dfc0.c043.19de fbf7.c608.f408.b314.

SINCOR/PB

11 JUN. 2018

Indicadores de Qualidade		2018 (Jan-Jun)	
	Limites da ANEEL	Afudae	Limites de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,27	6,00	
DIC TRIMESTRAL	12,54		NOMINAL 220
DIC ANUAL	25,33		
FC MENSAL	3,40	6,00	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	4,47		EM TENSÃO 202
FC ANUAL	7,41		EM TENSÃO 231
FC MENSAL	3,40	6,00	
FC TRIMESTRAL	4,47		
FC ANUAL	7,41		

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Servicos de Dist. de Energia e PE	11,74	21,22
Compra de Energia	3,54	36,66
Servico de Transmissao	1,80	3,26
Encargos Selo	2,26	5,89
Impostos Diretos e Encargos Outros Servicos	14,63	44,95
Total	66,29	100,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 24,76
- Letura confirmada

Faturas em atraso

CONFERIDO COM O ORIGINAL



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 <u>Jose de Fumateira Fernando da Silva</u>	CPF da Vítima <u>058 269 664-08</u>	Data do Acidente <u>8.5.11- 2017</u>
---	--	---

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 o 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 não interpor a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para fins de aplicação da Lei nº 6.194/74.

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

Jos Pense 10 de maio de 2018
Local e Data

José Aristoteles fernando do silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

11 JUN. 2018

[illegible]



Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital

[SEGURO] 0805979-63.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Assumi jurisdição exclusivamente em fevereiro de 2017.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a experiência vivencial revela que nas ações em que se busca o pagamento do seguro obrigatório DPVAT, como é o caso, tentativas de acordo somente são viabilizadas em momento processual posterior a realização de prova pericial para apuração da debilidade alegada pelo Autor, razão pela qual torna-se infrutífera a designação de sessão para tentativa conciliatória.

Dessa forma, **deixo de agendar audiência de conciliação.**

Assim, **cite-se** a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, **intime-se** a parte Promovente para, em 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação, nos termos do art. 351 do CPC/2015.

Por fim, **agende-se data para perícia.**

Ultimadas as providências anteriores, retornem-me os autos conclusos.



João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara

Juíza de Direito

