



Número: **0809391-93.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **16/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40218 891	04/03/2021 14:29	Petição	Petição
40218 895	04/03/2021 14:29	2694739_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
40218 896	04/03/2021 14:29	2694739_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498558

Vítima: FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

DUT	Apresentar cópia do documento para confirmação do nome do proprietário. A solicitação está sendo realizada em caráter excepcional, pois não foi possível identificar na documentação apresentada.
-----	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01971/01972 - carta_03 - INVALIDEZ

00010986



Carta nº 14743396



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 14:29:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030414291413100000038313045>

Número do documento: 21030414291413100000038313045

Num. 40218895 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498558

Vítima: FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

Data do Acidente: 06/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14932468





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 04.387.014-08 4 - Nome completo da vítima: Fagner Jelson B. da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fagner Jelson B. da Silva 6 - CPF: 04.387.014-08
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Profetada 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Paratibe 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 9936634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0036 CONTA: 84993
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou rascunho (vairascunho)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB, 26/08/2019

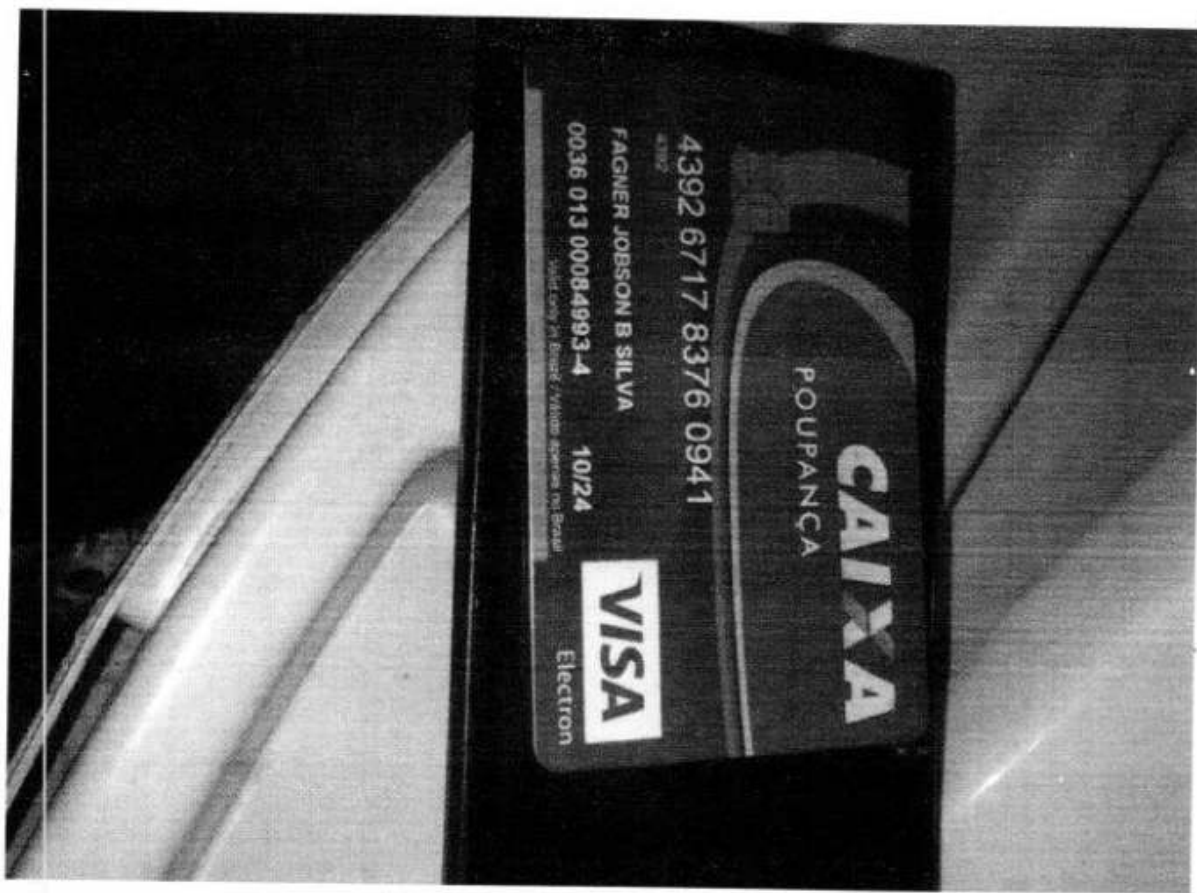
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Fagner Jelson B. da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00045.01.2019.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00045.01.2019.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:03 horas do dia 16 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fagner Jobson Bernardo da Silva**, RG nº 2309017 SEDS./PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Josélia Bernardo da Silva e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/07/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Carlos Drumond de Andrade, Nº 115, complemento casa., bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Valentina Figueiredo, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ladeira do Cuiá, Rio Cuiá, João Pessoa/PB, bairro Cuiá; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/06/17 07:40h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo 2010, marca TRAXX, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2019, chassi 951BXKBB7AB001946

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, conduzindo a motocicleta já discriminada pela Ladeira do Cuiá, ou seja a ladeira que divide valentina e Geisel, ao livrar um buraco ali existente, perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Fratura da Clavícula Esquerda, identificada pelo CID 10 S42.0, conforme Laudo Médico apresentado.

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, 16 de agosto de 2019.


EVERTALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil


FAGNER JOBSÓN BERNARDO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00045.01.2019.1.02.008





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 04.387.014-08 4 - Nome completo da vítima: Fagner Jelson B. da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fagner Jelson B. da Silva 6 - CPF: 04.387.014-08
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Profetada 9 - Número: 510 10 - Complemento:
11 - Bairro: Paratibe 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 31936634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou rascunho (vairascunho)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - (*). Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*). Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB, 26/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Fagner Jelson B. da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019

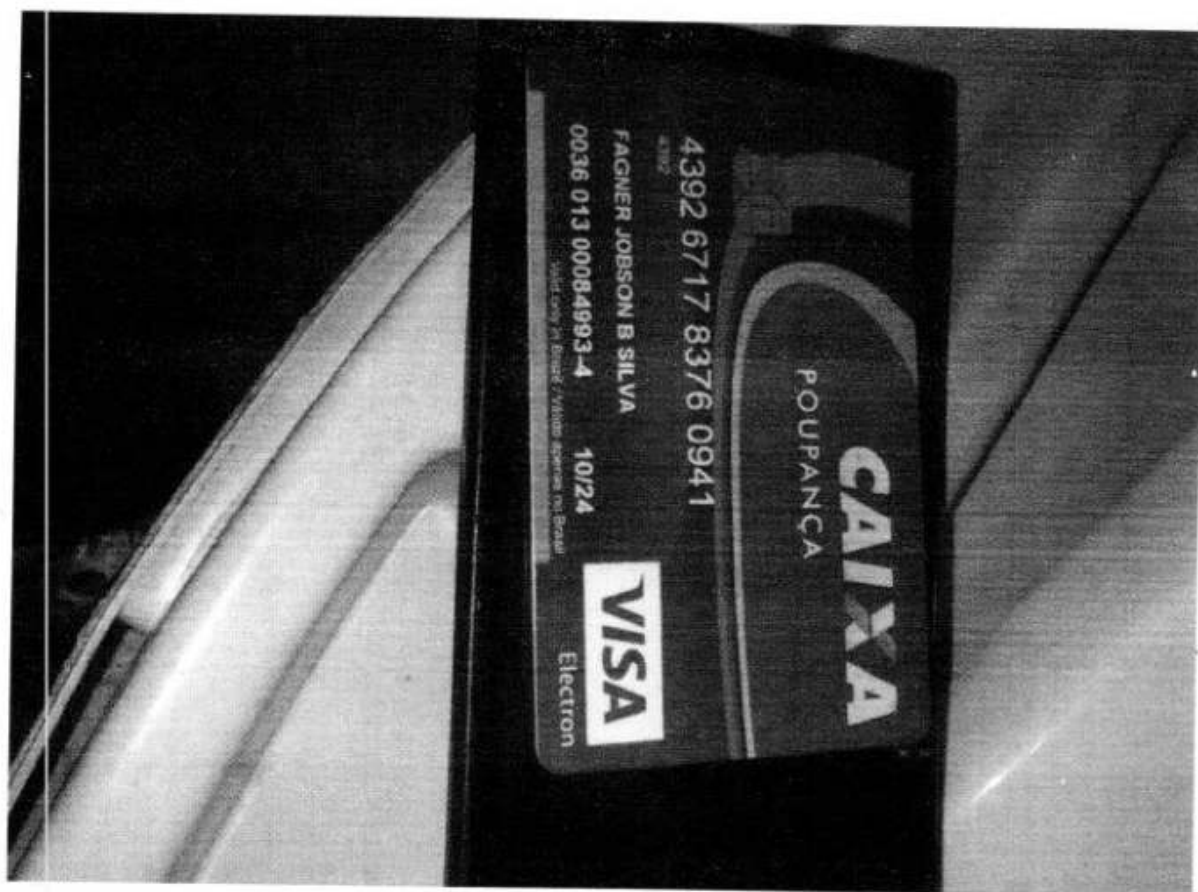


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 14:29:14

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103041429141310000038313045

Número do documento: 2103041429141310000038313045

Num. 40218895 - Pág. 6





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNEC: 123312 - Tel.: 8332165700

Bolétim de Atendimento: 1005443



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1175048	FAGNER JOSSON BERNARDO DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Estado civil	Religião
03/07/1980	38 anos 11 meses 2 dias	Protestante
Mãe	Pai	
JOSELIA BERNARDO DA SILVA	NAO INFORMADO	
Residência	Responsável (Parentesco)	
	GENIVALDO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel	DDD Fixo	Fone fixo
62	987291510	
Tipo documento	Numero documento	Nº Cms
CNH	2309017	703600991287767
Local de procedência	Tipo	UF
HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	UNIDADES SAUDE	PB
Etnia	Naturalidade	CSQR
	JOAO PESSOA	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
59062008	JOAO PESSOA	PB	CARLOS DRUMOND ANDRADE
Número	Complemento	Bairro	
115		PARATIBE	

Admissão

Data e Hora	Numero do pulso	Convênio
05/06/2017 08:42:46	100005336038	SUS

Especialidade

Cirurgia Geral	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Cad. policial	Plano de saúde	Voto de atribuição	Trauma
Não	Não	Não	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA			

Sinais Vitais

PA	Puls	Temperatura

Exames complementares

Raios X[]	Sangue[]	Sinais[]	TC[]	Ultrassom[]	ECG[]	Ultrassonografia[]

Outros exames

Diagnóstico

Realizado por
MARIELE JANAÍNA DA COSTA GAMA

Imprimir

CID

Tempo
01min 01seg

06/06/2017 09:49



FAGNER JOSSON BERNARDO DA SILVA
RUA PROJETADA, S/N - PARATISSE
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000-000 (AQ: 5)

USUÁRIO MONOFÁSICO
CATEGORIA: RESIDENTAL - RESIDENCIAL
Número: 15 - 5 - 462 - 3800 Referência: Jun/2019
Medidor: 0000814C864 Emissão: 25/06/2019

ENERGISA PARÁIBA
ENERGISA PARÁIBA - COTAÇÃO DE ENERGIA Nº 4
87200 km25 - Cotação Redutor - João Pessoa/PB - CEP 54071-680
CNPJ 08.046.185/0001-40 - RPP: Est 10 015 0220

Nº da Fatura: Unidade Energia Elétrica Nº 05 nº 734
Cód. para Dig. Autenticação: 0000983780

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Jun / 2019 25/06/2019 24/07/2019 011.007.014-09
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/596378-0

Canal de contato

Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacina brasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
24/05/18	6656	25/06/19	8913	157
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Valor Base	Valor Base
0001	Consumo em kWh	157,000	0,854400	134,14
0001	Ado. B. Amarela	0,75	3,70	3,70
Lançamentos e Serviços				
0007	CONTRIB SERV LUM PUBLICA	2,54	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 03/2019	2,60	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2019	1,78	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019			

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 147,56 134,84 25,40 134,84 1,46 8,73

Tarifa de Tributos 0,571770
Média últimos meses (kWh) 146
VENCIMENTO 02/07/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 147,56

Histórico de Consumo (kWh)
153 | 127 | 110 | 135 | 154 | 153 | 157 | 129 | 135 | 154 | 143 | 153
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RESERVAÇÃO AO FISCO
82f2.68f2.ebf2.f1d5.f7ff.5a2a.1e64.12d3.

Indicadores de Qualidade				Competição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	6,13	0,00	NOMINAL	Devolução do Cust. da Energia x Fís	32,52	21,70
DIG TRIMESTRAL	18,39			Consumo de Energia	48,89	30,93
DIG ANUAL	55,17			Consumo de Transmissão	4,28	2,81
FG MENSAL	8,50			Consumo de Distribuição	1,57	1,01
FG TRIMESTRAL	25,50			Arrendamento de Linhas e Equipamentos	57,31	36,84
FG ANUAL	76,50			Outros Serviços	0,75	0,48
DIGC	2,94			Total	147,56	100,00
DIGN	13,22					

ATENÇÃO
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso não tenha pago a fatura anterior, o valor devido será acrescido de multa e juros. O pagamento deve ser efetuado até a data do vencimento. Caso contrário, a fatura será considerada em atraso e o cliente será cobrado pelo valor devido acrescido de multa e juros. O cliente deve estar atento ao prazo de validade da fatura e ao prazo de validade do boleto. O cliente deve estar atento ao prazo de validade da fatura e ao prazo de validade do boleto. O cliente deve estar atento ao prazo de validade da fatura e ao prazo de validade do boleto.

VENCIMENTO 02/07/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 147,56

PARAIBA
Roteiro: 15 - 5 - 562 - 3800
Matrícula: 596378-2019-05-5
836000000001-5 47560149000-0 05963782019-8 065000005019-8



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Receita para simples pagamento da nova fatura/conta de energia elétrica. Nº 026.772.704



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-60 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

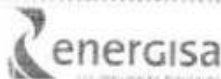
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2019	18/06/2019	219	27/06/2019	R\$ 197,89

Acesse: www.energisa.com.br



0107.0010.4004

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-085-292-8450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 18/06/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
17/06/2019	R\$ 197,89	1698358-2019-06-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 14:29:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030414291413100000038313045>

Número do documento: 21030414291413100000038313045



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOGRAFIAWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=39635>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fagner Fabron B. da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 041.387.014/08

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fagner Fabron B. da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o nº 041.387.014/08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Changabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9186634900</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 26/08/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR01 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 14:29:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103041429141310000038313045>

Número do documento: 2103041429141310000038313045

Num. 40218895 - Pág. 11



Hospital de Referência e Trauma
Senador Aécio Neves



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Tel: 32 32311111
CNES: 32000000000000000000

Paciente FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	BAE 1005443	Data/Hora Entrada 06/06/2017 09:42:46	Data Baixa
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CVS 0000901287767
Mãe JOSELIA BERNARDO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 997291010
Endereço CARLOS DRUMOND ANDRADE, 115	Bairro PARATIBE	Cidade JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JESSYKA EMILIA F. RABELO	Nº Cons. Regional 10045/PB
Data/Hora Classificação 06/06/2017 09:46:43		Data/Hora Prescrição 06/06/2017 10:03:47	Prontuário

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADO DO ORTO TRAUMA DE MANGABEIRA, SEGUNDO EXAME FÍSICO, DEVIDO A FRATURA EM TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO. AO EXAME FÍSICO, PRESENÇA DE LESÃO EM OMBRO ESQUERDO ADM. PREJUDICADA. EXAME NEUROLÓGICO PRESERVADO. PULSOS DISTAIS PRESENTES. RADIOGRAFIA: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA. CDT INTERNAÇÃO HOSPITALAR, SOLICITO EXAMES VPM.

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 150,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: SN)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 14:29:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030414291413100000038313045>

Número do documento: 21030414291413100000038313045

Num. 40218895 - Pág. 12



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	Fagner Jobson Bernardo da Silva
DATA DE NASCIMENTO	03/07/80
NOME DA MÃE	Joselia Bernardo da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	102395
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1005443
DATA DO ATENDIMENTO	06/06/17
HORA DO ATENDIMENTO	09:42
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura da clavícula esquerda
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do Ortotrauma, vítima de acidente de moto, com diagnóstico de fratura da clavícula esquerda. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura da clavícula esquerda

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda

ALTA HOSPITALAR:	20/06/17
DATA DA EMISSÃO:	23/02/2018 (2ª via emitida em 06/12/18)

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOAO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332185736

Boletim de Atendimento: 1005443



Identificação do paciente

ID 1178043	Nome FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA		Sexo Masculino
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36 anos 11 meses 25 dias	Estado civil	Religião
Mãe JOSELIA BERNARDO DA SILVA		Pai NAO INFORMADO	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) GENIVALDO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987291610	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 2309017	Nº Cns 700600901267767	
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)		Tipo UNIDADE SAUDE	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CSO/R	

Endereço

CEP 58062008	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CARLOS DRUMOND ANDRADE
Número 115	Complemento	Bairro PARATIBE	

Admissão

Data e Hora 06/06/2017 09:42:46	Número da pulseira 100005336038	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
Situação de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA						Tempo 01min 01seg

Imprimir





Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Wesley R. de Jesus</u>		N de BE: _____	
Idade: _____	Sexo: <u>M</u>	Clinica: <u>OP</u>	
Data de admissão: <u>06/06/17</u>		Alta: <u>06/06/17</u>	Enf.: _____
Diagnóstico de Internação: _____		Leito: _____	
		Tempo de Permanência: _____	

Diagnóstico Definitivo: Ex

Diagnóstico Secundário: _____

Principais exames: _____

Cirurgia realizada - data e equipe: _____

Biópsias: _____

Anatomia patológica: _____

Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()

Resultado bacteriológico: _____

Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()

Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: _____

Dietas: _____

Reposo: relativo

Orientações Pós Alta

Relativo em casa por: _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em: _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve: _____ dias e com maior em: _____ dias.

Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.

Medicações para casa: _____

Retorno: _____

Ao posto de saúde em _____

Ao ambulatório _____

João Pessoa: _____ de _____ de _____

para retirada de ponto.
em 30 dias para revisão.

Ass. Médico/CRM

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



FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Internar Paciente

Dra. Jessyka Lima F. Ribeiro
Suelio Moreira
04/03/2021

JESSYKA E
(11)

FAGNER JOBSON DA SILVA





Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ

AV. DRETES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778980-1 - TEL: (41) 3333-7100

Impresso por: ANDRÉ
LOPES SOARES
Em: 11/06/2017 10:42:51

Paciente	Sobrenome e Nome	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	1005442	06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Procedência
03/07/1980	38	Masculino	182305
Tempo de internação	Colônia		Plantão
5d 9min	SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ANDRÉ LOPES SOARES - 11/06/2017 10:42:44)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente evolui com queixas algóicas leves
exames lab ok
aguarda cirurgia

Local: ÁREA VERDE SNF 34 - Leito: 6005
Profissional responsável pela informação: ANDRÉ LOPES SOARES

Número Controle: 8144





AV. ORESTES LINSOLA S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 2778090 - Tel: 4332*65700

Impresso por: ANDRÉ
LOPES SOARES
Em: 10/06/2017 10:13:42

Paciente FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	Bolém de Atendimento 1305443	Data/Hora Entrada 06/06/2017 09:42:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 700600901287767
Tempo de Internação 3o 23h 40min	Coveragem SUS	Prontuário 102395	Plano DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (ANDRÉ LOPES SOARES - 10/06/2017 10:13:38)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

paciente evolui com queixas algicas leves
exames lab ok
aguarda cirurgia

ção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0003
ofissional responsável pela informação: ANDRÉ LOPES SOARES

Número Conselheiro: 0344





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LINS DA SILVA - S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778696 - TEL: 8332165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 09/06/2017 07:32:06

Paciente FAGNER JOSSON BERNARDO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1005443	Data/Hora Entrada 06/06/2017 09:42:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 700600901267767
Tempo de Internação 2d 20h 59min	Convênio SUS	Prontuário 102395	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 09/06/2017 07:32:00)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente evolui com queixas algicas leves
exames lab ok
solicito cirurgia

ção AREA VERDE ENF 36 Leito: 0009

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4513





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sede: Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 2778890 - Tel: 4332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 08/06/2017 08:46:37

Paciente FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	Boletim de Atendimento 1005443	Data/Hora Entrada 06/06/2017 09:42:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 700600901287767
Tempo de Internação 1d 22h 13min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 08/06/2017 08:46:30)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente evolui com queixas algicas leves
exames lab ok
solicito cirurgia

ação: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 20
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4519





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. GRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778896 - Tel.: 83.32165700GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 07/06/2017 07:16:05

Paciente FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	Sistema de Atendimento 1005443	Data/Hora Entrada 06/06/2017 09:42:46	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 700600901287767
Tempo de internação 20h 43min	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 07/06/2017 07:16:01)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**paciente evolui com queixas algicas leves
exames lab ok
solicito cirurgiaSeção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 28
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADESDr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456
Número Conselho 9456



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: João Pessoa BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 04/02/2021
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Remoção da lesão de pele
Cirurgião: Dr. Luiz Carlos 1º Assistente: Dr. Vinícius
2º Assistente: Dr. Luiz Carlos 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início 8 Término 10

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão de pele</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Remoção da lesão de pele</u>	
<u>Exatise</u>	
<u>Exatise</u>	
<u>Exatise</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensiva ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 04 de 02 de 2021

Médico/CRM: _____



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 01/07/17

PRONTUÁRIO: 123456

PACIENTE: <u>Lucas Gabriel de Almeida</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u>Branco</u>	IDADE: <u>25</u>
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PESSIMO	RISCO CIRURGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PESSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATORIO		AP. CIRCULATORIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO
FISIOANESTESICO				ANESTESICO LOCAL
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO				
CIRURGIA REALIZADA				
CIRURGIAO		AUXILIARES		
INICIO DA ANESTESIA		TERMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA
CODIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH		VALORES RS
ANESTESISTA		CPE		CRM-PB

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> REGIONAL	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOC. ALG.	<input type="checkbox"/> ELETROANESTESIA	<input type="checkbox"/> OUTROS														
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTESICO																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Assinatura do Anestesiologista: <u>Suelio Moreira Torres</u>																			
Assinatura do Cirurgião: <u>[Assinatura]</u>																			
Assinatura do Anestesista: <u>[Assinatura]</u>																			
Assinatura do Anestesiologista: <u>[Assinatura]</u>																			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACÃO

NOME
FAGNER JOSSON BERNARDO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUT. EMISSOR UF
2309017 SSP PB

CPF
011.387.014-08 DATA NASCIMENTO
03/07/1980

RESIDÊNCIA
JOSILIA BERNARDO DA
SILVA

REMISSÃO
ACE
CÁDIMA

Nº FICHERO
06244857200

VALIDADE
02/11/2019

1ª HABITACÃO
28/11/2014

OBSERVAÇÕES

Fagner Jossou Bernardo da Silva
ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/12/2015

88575175916
PB031812104

20 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1226751992

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1226751992



RECIBO DE COMPRA E VENDA DE UM VEÍCULO

R\$ 3.970,00

Eu, **FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA**, brasileiro, casado, portador do documento RG nº **2309017** SSP-PB e CPF: **011.387.014-08**, residente e domiciliado na Rua Carlos Drumond Andrade, 115, Paratibe, Nesta capital; **ASSUMO A PARTIR DESTA DATA, TOTAL RESPONSABILIDADE, SOB UM VEÍCULO CICLOMOTOR, COR PRETA, ANO/ MODELO: 2009/2010, COMBUSTIVEL GASOLINA, MARCA/MODELO STAR JL50 TRAXX, SEM PLACA, CILINDRADA: 49CC CHASSIS Nº 951BXKBB7AB001946, MOTOR Nº JL1P39FMB10T0019, ESCLARECIDO QUE O VEICULO FOI ENTREGUE DEFINITIVAMENTE AO ORA COMPRADOR NO DIA 15 DE MARÇO DE 2011. O QUAL FIZ A TRANSAÇÃO com a Sra. **RENATA VALESKA ALCOFORADO COSTA**, brasileira, portador do documento CPF 032.403.864-02 residente e domiciliada na Rua Dr. Pedro Narciso Castanheiro, 70, Altiplano Cabo Branco, nesta capital; **O QUAL RECEBEU A QUANTIA À VISTA NO VALOR DE R\$ 3.970,00 (três mil novecentos e setenta reais), à vista.** A presente transação está sendo feita por tempo indeterminado, ficando esclarecido que: tanto os Outorgantes Cedentes Vendedores como o Outorgado**



Cessionário Comprador, ASSUME TOTAL RESPONSABILIDADE
pela presente transação, O COMPRADOR O SR. FAGNER JOBSON
BERNARDO DA SILVA, ESTÁ ASSUMINDO a partir desta data
qualquer ato e multa que vier acontecer no veículo.

**OBS: O VEÍCULO ACIMA ESTÁ EM PERFEITAS CONDIÇÕES DE
USO SOB A NOTA FISCAL DE NUMERO 000.239 DA CAIO GOMES
TURCZINSKI ME - TRAXX.**

João Pessoa, 17 de abril de 2013.


FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA
(Comprador)


RENATA VALESKA ALCOFORADO COSTA
(Vendedora)

TESTEMUNHAS: _____

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Rua Rômulo Vieira Batista - 13000000 - 13000000 - 13000000 - 13000000
Rua Rômulo Vieira Batista - 13000000 - 13000000 - 13000000 - 13000000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA
conforme autógrafo arquivado neste Ofício.
João Pessoa - PB, 19/04/2013. En: 13000000 - 13000000
[15703-107613-13000000]
RIKELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADO

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Rua Rômulo Vieira Batista - 13000000 - 13000000 - 13000000 - 13000000
Rua Rômulo Vieira Batista - 13000000 - 13000000 - 13000000 - 13000000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
RENATA VALESKA ALCOFORADO COSTA
conforme autógrafo arquivado neste Ofício.
João Pessoa - PB, 19/04/2013. En: 13000000 - 13000000
[15703-192287-13000000]
RIKELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Fagner Jansen Bernardo da Silva
brasileiro(a), estado civil casado, profissão
cozinheiro, CI PG nº 2309017 SSP-PB
CPF/MF nº 011387014-08 residente e domiciliado(a) à Rua
Projada, S/N, Paratibe
Cidade de João Pessoa Estado
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone
83-98663-4900 98715-0366.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa 27 de Setembro de 2017.

Fagner Jansen Bernardo da Silva

OUTORGANTE

Carla Vieira Batista
VIEIRA BATISTA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293012/19

Vítima: FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

CPF: 011.387.014-08

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 06/06/2017

Titular do CPF: FAGNER JOBSON
BERNARDO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA : 011.387.014-08

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: 26/08/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08093919320198152003

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

“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.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.



Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 2 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

