



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_ANexo_02	Outros Documentos
40218 896	04/03/2021 14:29	2694739_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 14:29:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030414291312900000038313041>
Número do documento: 21030414291312900000038313041

Num. 40218891 - 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: 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

Pag. 00779/00780 - carta_01 - INVALIDEZ



00350390

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 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <i>Vagner Jolzen B da Silva</i>	6 - CPF: <i>011.387.014-08</i>
7 - Profissão: <i>Recuso</i>	8 - Endereço: <i>Rua Prefeita Jélio Pessoa</i>
9 - Número: <i>510</i>	10 - Complemento: <i></i>
11 - Bairro: <i>Paratibe</i>	12 - Cidade: <i>Jélio Pessoa</i>
13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58000-000</i>
15 - E-mail: <i></i>	16 - Tel.(DDD): <i>(83) 936634900</i>

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: *0036*

CONTA: *84993*

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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:

23 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim tive filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 -
Impressão digital da
vítima ou
família
devidamente
visualizadas

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Félix Pessoa - PB, 26/08/2019

& Wagner Jolzen B da Silva.

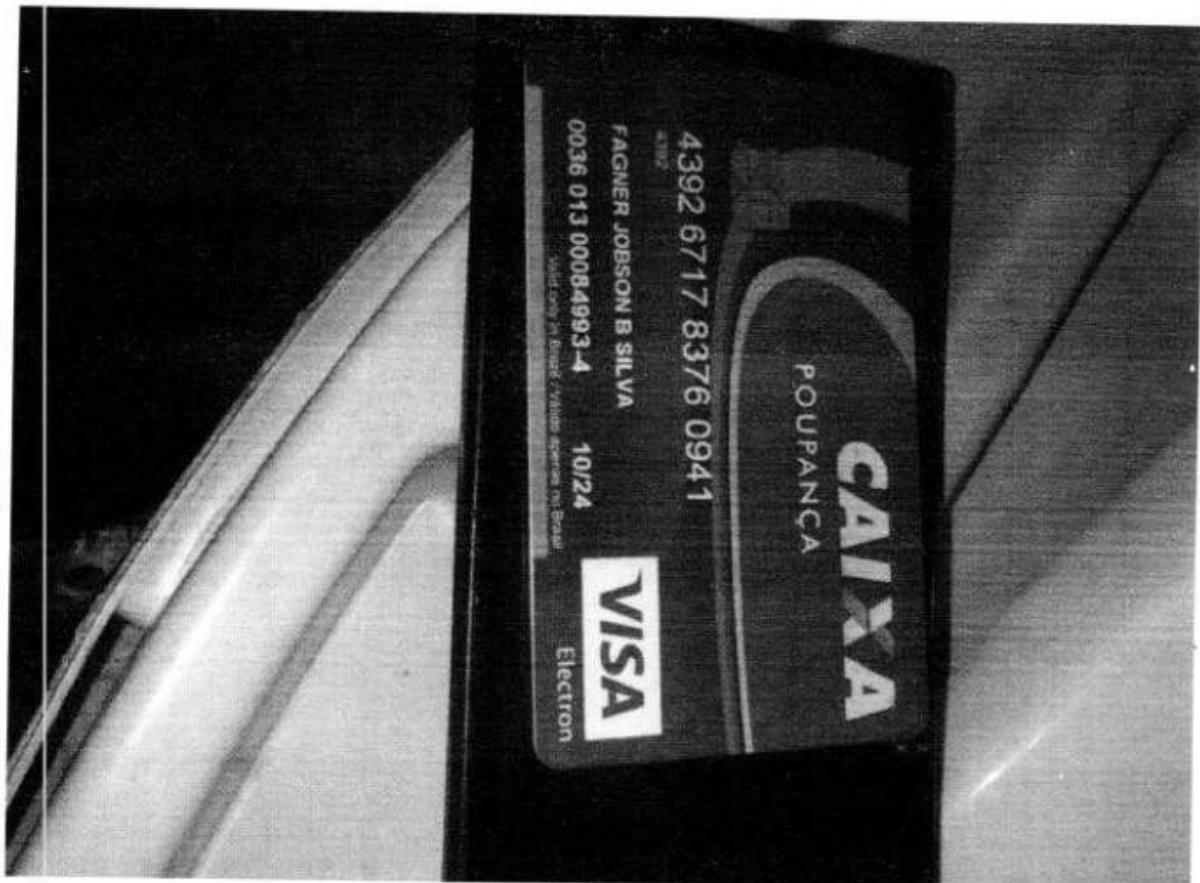
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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=21030414291413100000038313045>
Número do documento: 21030414291413100000038313045

Num. 40218895 - Pág. 4

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 8^ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batista 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

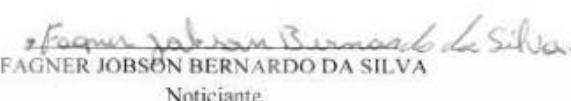
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil


FAGNER JOBSÓN BERNARDO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00045.01.2019.1.02.008

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <i>Wagner Jolzen B da Silva</i>	6 - CPF: <i>011.387.014-08</i>
7 - Profissão: <i>Recuso</i>	8 - Endereço: <i>Rua Prefeita João Pessoa</i>
9 - Número: <i>510</i>	10 - Complemento: <i>11 - Bairro: Paratibe</i>
12 - Cidade: <i>João Pessoa</i>	13 - Estado: <i>PB</i>
14 - CEP: <i>58000-000</i>	15 - Tel.(DDD): <i>(83) 936634900</i>
16 - E-mail:	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: *0036*

CONTA: *84993*

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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:

23 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Imprensa
Médicos
Bancos
Farmácias
Vale-alimentação

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

Foto Pessoa - PB, 26/08/2019

** Wagner Jolzen B da Silva.*

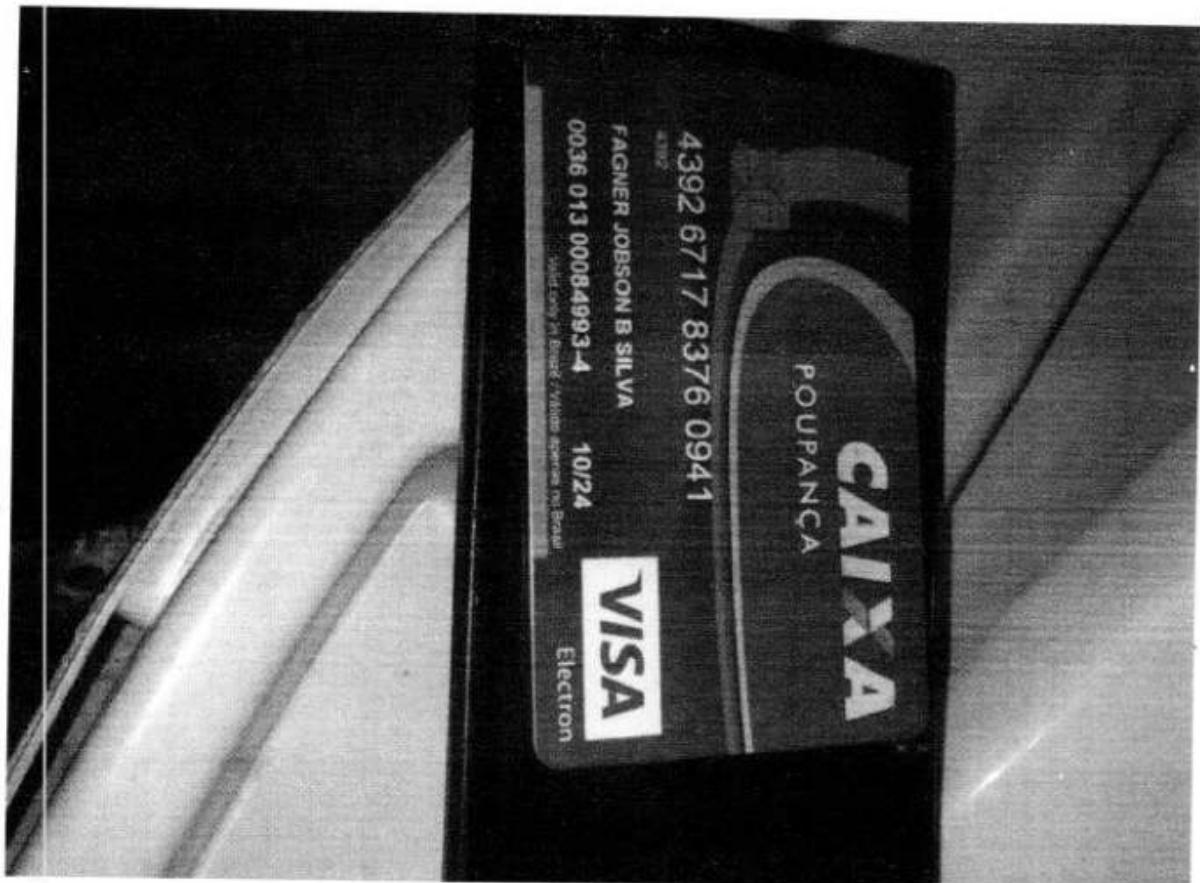
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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=21030414291413100000038313045>
Número do documento: 21030414291413100000038313045

Num. 40218895 - Pág. 7



Identificação do paciente

ID	Nome		Sexo
1176048	FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA		Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado/civ/ Religião	Promovido
03/01/1960	38 anos 11 meses 2 dias		
Mae		Pa:	NAO INFORMADO
JOSÉLIA BERNARDO DA SILVA		Responsável (Parentesco)	GENIVALDO CAVALCANTE DE ALBUQUERQUE - ACOMPANHANTE
E-mail da mãe		DDD Fijo	Fixo e Cel.
	997291613		
Tipo documento	Número documento	Nº CRG	
CPF	2308617	703600901287767	
Lugar de procedência		Tipo	UF
HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITI (ORTOTRAUMA)		UNIDADE SAÚDE	PB
Email	Naturalidade	CBO/R	
	JOÃO PESSOA		

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58062008	JOÃO PESSOA	PB	CARLOS DRUMOND ANDRADE
Número	Complemento	Bairro	PARATÍBE
119			

Admissão

Data e Hora	Número do paciente	Comunicação
06/03/2017 08:45:46	100005336038	SUS

Especialidade

OPURGÍA GERAL	Clínica
---------------	---------

Classificação de risco

Detalhe de atendimento	Motivo do atendimento	Origem do paciente
ACIDENTE	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Indicadores e Transporte

Carro policial	Plano de saída	Voo de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não

Meio de transporte

AMBULÂNCIA	Quem transportou
------------	------------------

Sinais Vitais

PA	mmHg	P脉	Temperatura
X			

Exames complementares

Plac X[]	Sangue[]	Urina[]	TG[]	Urgof[]	EEG[]	Ultrasonografia[]
Detalhes clínicos						

Diagnóstico

Assinado por
MARILENE JANAIMA DA COSTA GOMES

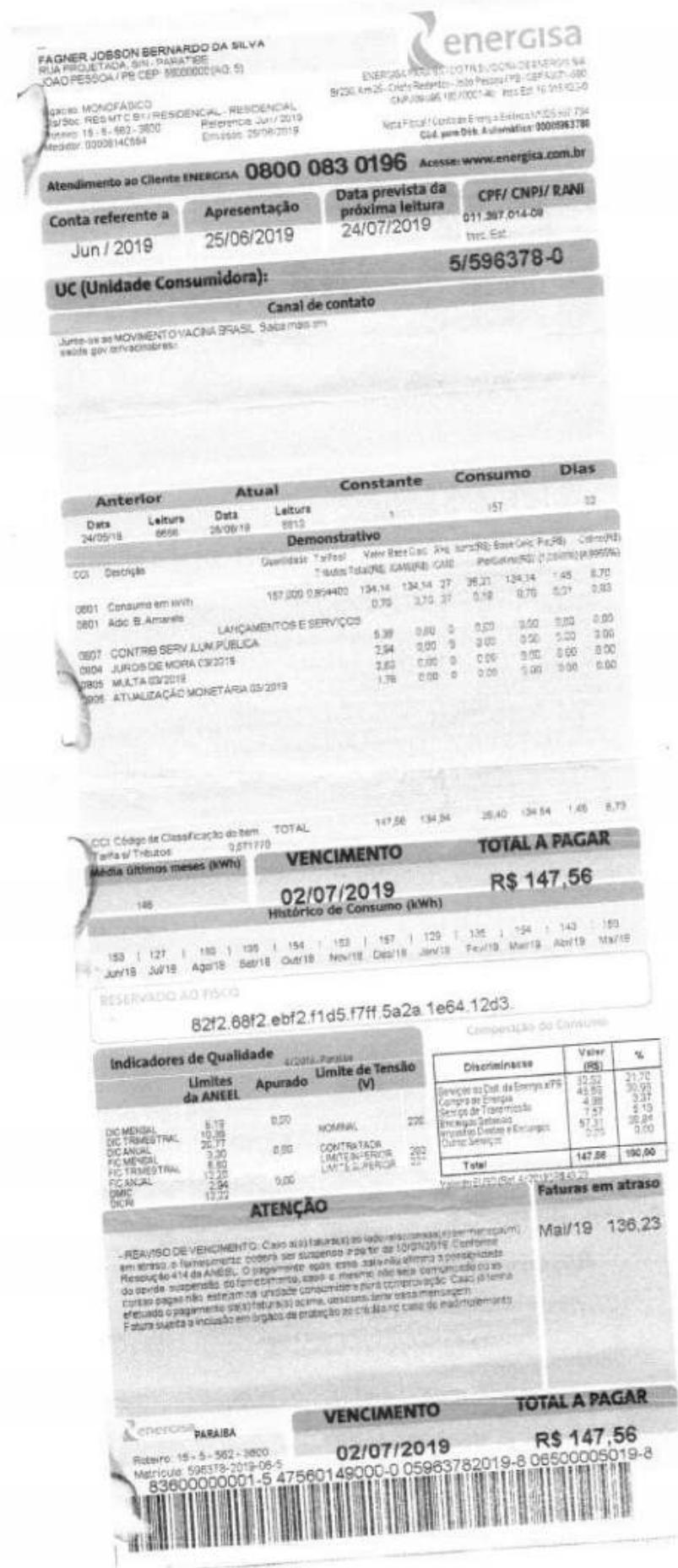
CID:

Tempo
0min 01seg

Imprimir

06/03/2017 08:46





DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria da conta.

Ponto para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica N° 026.772.704



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-230, Km 25 - Custo Redutor - João Pessoa - PB - CEP 59071-000
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.825-0

DADOS DO CLIENTE

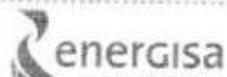
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 08
JOÃO PESSOA

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



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
Roteiro: 12-005-292-0450
CONTA PÁGA - 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

Num. 40218895 - Pág. 10



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)

Capital 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 25

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Fagner Fabrion B. da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.387.014.08,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fagner Fabrion B. da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.387.014.08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

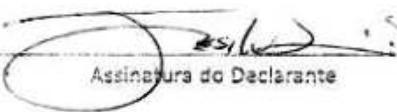
Recuso informar

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 encarte 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 C. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Changabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:				Tel. (DD): <u>(83) 9186634990</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 26/08/2019


Assinatura do Declarante





Centro de Emergência e Trauma



ÁREA DE ATENDIMENTO

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEC 100, BLOCO 01, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 31 3222-1000

CNES: 00000000000000000000000000000000

Paciente FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	BAE 1005443	Data/Hora Entrada 06/2017 09:42:46	Data Baixa
Data de nascimento 03/07/1988	Idade 36	Sexo Masculino	DDD 83 0600901287767
Mãe JOSELIA BERNARDO DA SILVA			
Endereço CARLOS CRUMOND ANDRADE, 115	Bairro PARATIBA	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acedente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ESSYKA EMILIA F. RABELO	Nº Cons. Regional 10045/PB
Data/Hora Classificação 06/06/2017 09:46:43		Data/Hora Prescrição 06/2017 10:03:47	

Anamnese

PACIENTE ENCAMINHADO DO ORTOGRAUAMA DE MANGABEIRA, SEGUINDO ESQUELETO, DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO. AO EXAME: PREJUDICADA EXAME NEUROLOGICO PRESERVADO. PULSOS DISTAL CLAVICULA. COT. INTERNAÇÃO HOSPITALAR. SOLICITO EXAMES, VP.

CAO, DEVIDO A FRATURA EM TERÇO DISTAL DA CLAVICULA. AUSENCIA DE LESOES EM OMBRO ESQUERDO ADM. ES. RADIOGRAFIA: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA

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., 0,0 (MGTSM)

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., 0,0 (MGTSM)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 ML VIA E.V., 0 DIA, 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 FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1500 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

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

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 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., 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS

CRM 10045/PB
Josyka Emilia F. Rabelo



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





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	Prioritário 102395
Mae 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 Chs 700600901267767		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Type UNIDADESAUDE	UF PB		
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58062006	Município da residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro CARLOS DRUMOND ANDRADE	
Número 115	Complemento	Bairro	PARATIBA	
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			
Curador 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	
Se de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉搏	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				CID
				Tempo 01min 01seg



FISIOTERAPIA RESPIRATORIO E MOTORA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

GID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Internar Paciente

Dr. JESSYKA F. P. RODRIGO
G. G. T. M. S.

FAGNER-JOBSON



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 14:29:14
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103041429141310000038313045>
Número do documento: 2103041429141310000038313045

Num. 40218895 - Pág. 16



Hospital Universitário
UFPR - Paraná

GOVERNO
ESTADO DO PARANÁ

AV. DIREITOS HUMANOS, 51 - PEDRO GONDIM
CEP: 27769-900 - TEL: (41) 3229-2000

Impresso por: ANDRÉ
LÓPES SOARES
Em: 11/06/2017 10:42:44

Paciente:	FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	Documento de Acreditação:	1005443	Data/Hora Entrada:	06/06/2017 09:42:46	Centro de Saúde:
Data de nascimento:	03/07/1983	Idade:	38	Sexo:	Masculino	CNS:
Tempo de internação:	5d 9min			Cor:	Claro	Profissão:
				SUS:		Plano:
						DIURNO

Evolução do paciente (ANDRÉ LÓPES SOARES - 11/06/2017 10:42:44)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

Paciente evolui com queixas algicás leves.
exames lab ok.
aguarda cirurgia.

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 - Leito: 0006
Profissional responsável pela informação: ANDRÉ LÓPES SOARES

Número do documento: 8144



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. 17



M. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES
CNPJ: 2778690 - Tel: 8332165700

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

Paciente:	FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	Bolema de Atendimento:	1305443	Data/Hora Entrada:	06/06/2017 09:42:46	Data/Hora Saída:
Data de nascimento:	03/07/1960	Idade:	36	Sexo:	Masculino	CNS:
Tempo da Internação:	3d 23h 48min			Comarca:	SUS	Prontuário:

Evolução do Paciente (ANDRÉ LOPES SOARES - 10/06/2017 10:13:38)

Evolução do paciente

Descrição da evolução

Paciente evolui com queixas algicás leves.
exames lab ok.
aguarda cirurgia.

Localização: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0009
Profissional responsável pela informação: ANDRÉ LOPES SOARES

Número Conselho: 3144



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. 18



Hospital Regional de Emergência e Trauma
Dr. Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. GRESTES LISBOA, 511 - PEDRO GONDIM
CEP: 52700-000 - Tel.: (83) 3165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 09/06/2017 07:32:00

Paciente	Edição de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saida
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	1005443	06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento: 03/07/1980	Idade: 36	Sexo: Masculino	CNS: 700600901287767
Tempo de Internação: 2d 20h 59min		Comunidade: SUS	Prontuário: 102355
			Plano: DIURNO

Evolução do Paciente (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 09/06/2017 07:32:00)

Evolução do paciente

Descrição da evolução:

Paciente evolui com queixas algicás leves.
Exames lab ok.
Solicito cirurgia.

Unidade: ÁREA VERDE ENFERMAGEM - Leito: 0009

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4515





AV. ORESTES LISBOA, 576 - PEDRO GONÇALVES
CEP: 2778690 - Tel: 8332165700

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

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	1005443	06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento: 03/07/1980	Idade: 36	Sexo: Masculino	CNS: 700600901287767
Tempo de Internação: 1d 22h +3min		Convênio: SUS	Plano: 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.

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

Número Conselho: 4513





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, 5/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778696 - TEL: 6312165700

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 07/06/2017 07:16:01

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrede	Data/Hora Saída
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	1005443	06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 700600901287757
Tempo de Internação 20h 43min		Convenio SUS	Prontuario 102395 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 cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 20
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Dr. Matheus Mozart Silveira Melquades
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 9456
Conselho: 9456





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Santos Dumont - Humberto Lucena



AV GRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CEP: 57760-000 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 07/06/2017 07:16:05

Paciente	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA	1005443	06/06/2017 09:42:46	
Data de nascimento 03/07/1980	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 700600901287767
Tempo de internação 20h 43min		Comunidade SUS	Prontuário 102395
			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 cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRÁ 20
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Dr. Matheus Mozart Silveira Melquiades
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456
Número Conselho 9456

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. 22

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

三

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente



Anexo II

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROcedimento(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde						
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES			
Identificação do Paciente						
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO			
6 - CAPTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			7 - DATA DE NASCIMENTO			8 - SEXO
						M: 1 F: 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELÉFONE DE CONTACTO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRA)			13 - CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO			14 - UF
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			16 - CEP			17 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)						
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO						
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO GERAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)						
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI (DIU) DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			29 - DIÁRIA DE UTI TIPO I			30 - DIÁRIA DE UTI TIPO II
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I			<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO						
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - PROFISSIONAL SOLICITANTE			41 - DATA DA SOLICITAÇÃO
42 - DOCUMENTO		43 - N° DOCUMENTO (CRÉDITO/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		44 - ASSINATURA ELÉTRONICA DO MINISTÉRIO DO CONSELHO		
<input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> CPF						
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			46 - CÓD. ORGÃO EMISOR			47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - DOCUMENTO		49 - N° DOCUMENTO (CRÉDITO/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		50 - ASSINATURA ELÉTRONICA DO REGISTRO DO CONSELHO		
<input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> CPF						



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Fábio Tavares BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 01/02/2021
 Clínica/Sector: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tumor de base da舌e clavícula
 Cirurgião: Dr. Henrique Pimenta 1º Assistente: Dr. Vítor
 2º Assistente: Dr. Henrique Pimenta 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Tumor de base da舌e clavícula</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Ressecção de tumor de base da舌e clavícula</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 1/2/2021

Médico/CRM: _____



FICHA DE ANESTESIA



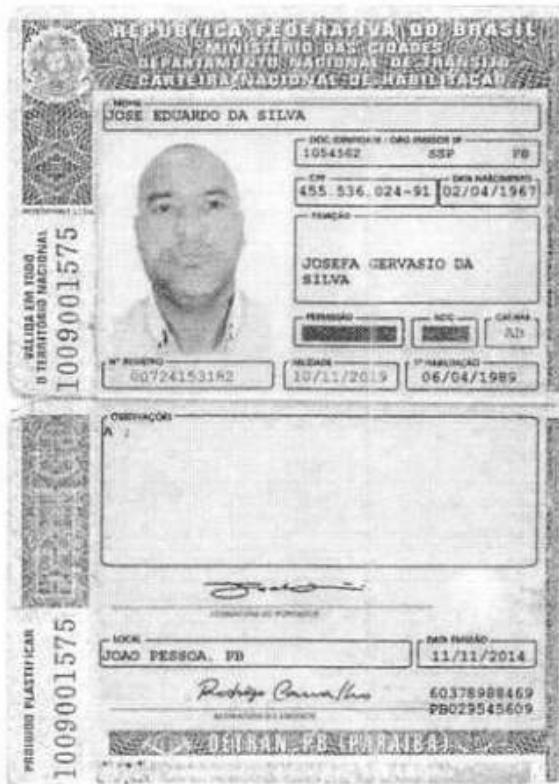
PACIENTE:		DATA: 11/11/11	PRONTUÁRIO:		
			SEXO:	COR:	IDADE:
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL (1 BOM) (2 REGULAR) (3 MAU) (4 PESSIMO)			RISCO CIRÚRGICO (1 BOM) (2 REGULAR) (3 MAU) (4 PESSIMO)		
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATORIO		AP. CIRCULATORIO			
AP. FROSTIVO	ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO		
TIPO ANESTÉSICO					
TISSUE JURA					
DIAGNÓSTICO PRE OPERATORIO					
CIRURGIA REALIZADA					
CIRURGIA		AUXILIARES			
TIPO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA			DURAÇÃO DA ANESTESIA	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R\$		
ANESTESISTA	CRM-PB				
CONTRATO DE ANESTESIA					
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> PROCOLOMA <input type="checkbox"/> ENFARAL <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> ECONSERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1	H.				
2	12				
3	13				
4	14				
5	15				
6	16				
7	17				
8	18				
9	19				
10	20				
ASSINATURA DO ANESTESISTA					
Data: 11/11/11					





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. 27



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. 28

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 N° 951BXXKBB7AB001946, MOTOR N° 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

FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

(Comprador)

VIEIRABATISTA

CARTÓRIO

Renata Valeska Alcoforado Costa

RENATA VALESKA ALCOFORADO COSTA

(Vendedora)

VIEIRABATISTA

TESTEMUNHAS: _____

SERVICO NOTARIAL "VIEIRABATISTA" 2º OFICIO DISTRITAL.
Av. Almirante Vieira Batista - Número 7 - Belf. Rosângela Vieira Batista - Subtenente
do Corpo de Engenheiros - Regimento Motorizado - 01º Batalhão - João Pessoa - PB - CEP 50000-020-000

Reconheço como autentica e verdadeira a(s) Firma(s) de:
FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA
Conforme autografo arquivado neste FICLIO.
João Pessoa - PB, 19/04/2013, Em 18º Juizado de Vara
[#15705-107613-00000#]
RIKELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCREVENTE AUTORIZADA



SERVICO NOTARIAL "VIEIRABATISTA" 2º OFICIO DISTRITAL
Av. Almirante Vieira Batista - Número 7 - Belf. Rosângela Vieira Batista - Subtenente
do Corpo de Engenheiros - Regimento Motorizado - 01º Batalhão - João Pessoa - PB - CEP 50000-020-000

Reconheço como autentica e verdadeira a(s) Firma(s) de:
RENATA VALESKA ALCOFORADO COSTA
Conforme autografo arquivado neste FICLIO.
João Pessoa - PB, 19/04/2013, Em 18º Juizado de Vara
[#15705-892287-00000#]
RIKELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCREVENTE AUTORIZADA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Fagner Jobson Bernardo da Silva
brasileiro(a), estado civil casado, profissão
cozinheiro, CI PG nº 2309017 SSP PB.
CPF/MF nº 011.387.014-08 residente e domiciliado(a) à Rua
Projetada, 511 Paráíba,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 53000 000, telefone
83-9 8663-4900 9815-0366.

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.

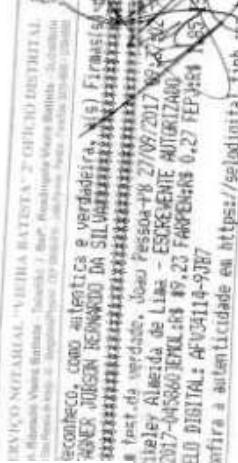
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos 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 Jobson Bernardo da Silva

OUTORGANTE


SUELIO MOREIRA BATISTA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0293012/19

Vítima: FAGNER JOBSON BERNARDO DA SILVA

CPF: 011.387.014-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/06/2017

Titular do CPF: FAGNER JOBSON
BERNARDO DA SILVA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



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. 32



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a 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 pendencia, 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:

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

Inérgia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violão 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 14:29:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030414291491200000038313046>
Número do documento: 21030414291491200000038313046

Num. 40218896 - Pág. 1

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 transscrito:

"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 inherência 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, açãoar 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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 14:29:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030414291491200000038313046>
Número do documento: 21030414291491200000038313046

Num. 40218896 - Pág. 3