



Número: **0814559-82.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/04/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS (AUTOR)		AMANDA BORBA DUTRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31281610	04/06/2020 14:49	2723985_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190054929

Vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 22/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

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,

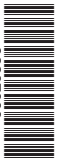
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13876583

Pag. 00717/00718 - carta_01 - INVALIDEZ

00020359





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, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190054929

Vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 22/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 00223/00224 - carta_03 - INVALIDEZ

00050112



Carta nº 13876641



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/06/2020 14:49:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060414490151500000030013653>

Número do documento: 20060414490151500000030013653

Num. 31281610 - Pág. 2



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, 29 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190054929

Vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 22/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

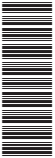
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01431/01432 - carta_16 - INVALIDEZ

00020716



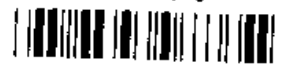
Carta nº 14630250





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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

Nº do sinistro ou ASL: 014.475.714-10 Nome completo da vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

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

Nome completo: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS Profissão: RECUSO Endereço: RUA JOSÉ DANTAS DE ALMEIDA BL-4 CEP: 014.475.714 Número: 35 Complemento: 112 Bairro: ADRIIM VENEZA Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58080-000 E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA ☐ 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: BRADESCO (237)

AGÊNCIA: 0108 CONTA: 00467-1 (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.

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 Líder 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pessoa - PB 15 de Janeiro de 2019 Nome: Jordan Nelson da Silva Santos CPF: 014.475.714-10

(*) Assinatura de quem assina A ROGO Jordan Nelson da Silva Santos Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS 1º Nome: CPF: Assinatura: 2º Nome: CPF: Assinatura:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/06/2020 14:49:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060414490151500000030013653

Número do documento: 20060414490151500000030013653





INV

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01949.01.2018.1.00.420

RECEBIDO

16 Jan 2019

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01949.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:52 horas do dia 15 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jordan Nelson da Silva Santos**, CPF nº 014.475.714-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Barbeiro, filho(a) de Janaina da Silva Santos e Mauro Donizete dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/09/1998 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Dantas de Almeida, Nº SN, complemento RC. 4, AP. 301, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Dilmão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 98821-1551.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 101, Nas Proximidades da Gauchinha, Sentido Centro, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 22/06/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA JTA/SUZUKI INTRUDER 125, VERMELHA, 2008/2009, PLACA NPS9879/PB, CHASSI 9CDNF41AJ9M215608, registrada em nome de Marcos Antonio F. de Medeiros, quando perdeu o controle ao passar por um buraco vindo a cair ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/TB, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que após o acidente conseguiu se levantar e ir na própria moto para casa e no dia seguinte procurou o Hospital João Paulo II, sendo encaminhado de ambulância para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde deu entrada dia 23.06.2018, às 21h30; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 15 de outubro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 01949.01.2018.1.00.420





PEDIDO DO SEGURO D

Declaração de inexistência de

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	034.475.714-10	JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS	CPF: 034.475.714-10
Profissão:	RECUSO	Número: 33
Endereço:	RUA JOSÉ DANTAS DE ALMEIDA BL-4	Complemento: APT 301
Bairro:	JARDIM VENEZA	Cidade: JOÃO PESSOA
Estado:	PB	CEP: 58084-145
E-mail:		Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: BRADESCO (237)	
AGÊNCIA: 01083	CONTA: 00467715
(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.

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 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

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Falecidos: ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		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 cliente, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: João Pessoa - PB, 15 de Janeiro de 2020	TESTEMUNHAS
	Nome: Jordan Nelson da Silva Santos	1º Nome: _____
	CPF: 034.475.714-10	CPF: _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/06/2020 14:49:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060414490151500000030013653

Número do documento: 20060414490151500000030013653

Num. 31281610 - Pág. 7



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JORDAN NELSON DA SILVA SANTOSRG nº 3.166.217, data de expedição 11/04/17, Órgão SSAS/PB,

CPF nº 014.475.714-10 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	EUA JOSÉ DANTAS DE ALMEIDA
Número	35
Apto / Complemento	APT 301 BL - 4
Bairro	JARDIM YENEZA
Cidade	JOÃO PESSOA
Estado	PB 58084-145
CEP	58084-145
Telefone de Contato	(83) 9.9960-8384
E-mail	FABIOLOPESADVOCAIA@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 15.01.19.Assinatura do Declarante: Jordan Nelson da Silva Santos



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cyro, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

JANAINA JUSTINO DA SILVA
RUA JOSE DANTAS DE ALMEIDA, 35 - AP 301 BL. 4 -
JARDIM VENEZA JOÃO PESSOA PB 58084-145

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.032.118.0079.341	301	Dianteira	De trás	Sanitário	Chuveiro	
		1	0	0	0	
Medímetro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A12F252525	20/03/2013	EXT LACR.	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	LIM. DE DTAS.	PRÓXIMA LEITURA		
486	591	15	31	08/12/2018		
HIST. COND. / ANOS. LEIT.		QUANT. Q. D. AGUA-ANEXO DO PORT. 05/2017 MS.		CONFORMES		
OUT/2018	12	PARÂMETROS EXIG. ANALIS.				
SET/2018	11	TURBIDEZ 268 277 277				
AGO/2018	9	CLORO 268 277 277				
JUL/2018	6	COL. TERMO 0 0 0				
JUN/2018	7	COR 72 98 98				
MAI/2018	5	COL. TOTAIS 268 277 277				
MEDTA(M)	8	DADOS REFERENTES A: SET/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/11/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 11:29:56	
DESCRIÇÃO		CONTADOR	TOTAL (R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR M3		10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3		1 M3	4,89
ESGOTO			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR M3		10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3		1 M3	4,89
ACRESCIMOS DESCONTOS ANL. 11/2018			19,55
JUROS DE MORSA 07/2018			1,37
			1,40

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 10,38 DTA E CONTR. INS. LEE 77.741/12

VENCIMENTO: 22/11/2018 **Total a Pagar: R\$ 115,01**

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL
TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
"QUANDO A INFÂNCIA E PERDIDA, NÃO TEM LOGO CAMPO"



MATRICULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70623708	NOV/2018	22/11/2018	R\$ 115,01

X766000001 1 15870010001 8 070623708001 6 11201870003 2





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58 015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

70623708

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E TAXAS

JANAINA JUSTINO DA SILVA

RUA JOSE DANTAS DE ALMEIDA, 35 - AP 301 BL 4

JARDIM VENEZA JOAO PESSOA PB 58084-145

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.032.118.0079.301		301	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação		Localização	Situação Água		Situação Esg	
A12F252525	20/03/2013		EXT LACR	LIGADO		LIGADO	

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M³) | NÚM DE DIA | PROXIMA LEITUR
501 520 19 42 10-01-2019

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUANTID. ÁGUA ADMSO | APORT. AN. ADMSO

NOV/2018	15	PARAMETROS	ENTRADA	SAÍDA	CONSUMO
OUT/2018	12	TURBIDID.	0	0	0
SET/2018	11	CLORO	0	0	0
AGO/2018	9	COL. TIRMO	0	0	0
JUL/2018	6	COR	0	0	0
JUN/2018	7	COL. TOTAL	0	0	0
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A JUL 2018			



Declaração do proprietário de:



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARCOS ANTONIO FERNANDES DE MEDEIROS,
RG nº 866.502, data de expedição 21/10/97,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 467.980.214-68 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
E. VANJA YIANA SALES 138 AP 101, nº 138,
complemento BESSA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima BERNARDINSON DA SILVA SANTOS cujo o condutor era
A VÍTIMA SUPRAMENCIONADA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: JTA / SUZUKI INTERUDER 125
Ano: 2008/2009
Placa: NPS - 9.879/PB
Chassi: 9CDNF41A39M215608
Data do Acidente: 22/06/18
Local e Data: JOÃO PESSOA, PB - 15/03/2019

CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES

Marcos Antonio Fernandes de Medeiros
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





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 Jordan Nelson da Silva Santos

DATA DE NASCIMENTO 25/09/98

NOME DA MÃE Janaina da Silva Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 109499

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1090136

DATA DO ATENDIMENTO 23/06/18

HORA DO ATENDIMENTO 21:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Trauma de testículo esquerdo com lesão de albugínea

CID 10 S31.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando dor e edema testicular esquerdo, traz USG: testículo esquerdo heterogêneo, com descontinuidade da albugínea. Avaliado pela Urologia e internado para tratamento cirúrgico.

TRATAMENTO:

Orquiectomia esquerda

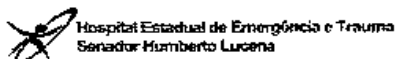
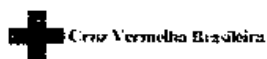
ALTA HOSPITALAR: 25/06/18

DATA DA EMISSÃO: 29/8/18

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, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

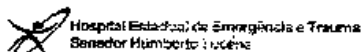
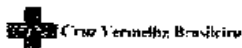
Boletim de Atendimento: 1090136

Identificação do paciente				
ID 1300286	Nome JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 25/05/1993	Idade 19 anos 8 meses 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JANAINA DA SILVA SANTOS	Pai MAURO DONIZETE DOS SANTOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MAE - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998501333	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3168217	NP Cns 700602917331668		
Local de procedência BR 101	Tipo BAIRRO		UF PB	
E-mail	Naturalidade		CBO/R	
Endereço				
CEP 58079745	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro NELSON DOS SANTOS	
Número 60	Complemento		Bairro FUNCIONÁRIOS	
Admissão				
Data e Hora 23/06/2018 21:30:34	Número da pulseira 1000005179748		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	Velo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos Paciente admitido no pronto socorro com dor e edema nos testículos. Exame físico normal. R1 e R2 273417.				
Diagnóstico				CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES				Tempo 01min 08seg

Imprimir

23/06/2018 21:33





ÁREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS		BAE 1090138	Data/Hora Entrada 23/06/2018 21:30:34	Data Baixa
Data de nascimento 25/09/1998	Idade 18a 8m 30d	Sexo Masculino	CNS 700602917331685	Telefone de Contato (83) 986501333
Mãe JANAINA DA SILVA SANTOS				Prontuário
Endereço NELSON DOS SANTOS, 60		Bairro FUNCIONÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO DIAS DORNELAS FILHO	Nº Cons. Regional 6923/PB	
Data/Hora Classificação 23/06/2018 21:30:34		Data/Hora Prescrição 23/06/2018 21:49:06		
Anamnese				
UROLOGIA				
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ONTEM, APRESENTANDO DOR E EDEMA TESTICULAR A ESQUERDA.				
EF: AUMENTO DA HEMIBOLSA ESQUERDA, DE DIFÍCIL AVALIAÇÃO DEVIDO DOR LOCAL. TESTÍCULO DIREITO PALPÁVEL E INDOLOR				
TRAZ USG: TESTÍCULO ESQUERDO HETEROGÊNEO, COM DESCONTINUIDADE DA ALBUGÍNEA. TESTÍCULO DIREITO NORMAL				
CD: ESPLORAÇÃO CIRÚRGICA				
CID10				
Código	Descrição			
N51.1	Transtornos do testículo e do epidídimo em doenças classificadas em outra parte			
Conduta				
Internar Paciente				

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

 João D. Dornelas-FH
 Urologia
 CRM/6923


Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS	1090136	23/06/2018 21:30:34	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
25/09/1998	19a 6m 30d	Masculino	700802917331665
Mãe			Telefone de Contato
JANAÍNA DA SILVA SANTOS			(83) 986501333
Endereço	Bairro	Município	UF
NELSON DOS SANTOS, 60	FUNCIONÁRIOS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOAO DIAS DORNELAS FILHO	6923/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
23/06/2018 21:30:34		23/06/2018 23:18:58	

Anamnese

UROLOGIA

PACIENTE SUBMETIDO A ORQUIECTOMIA ESQUERDA, PÓS TRAUMA MOTOCICLISTICO. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS

CD: VPM

Conduta

Em observação

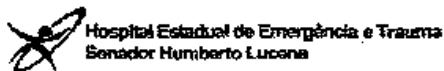
João D. Dornelas FH
Urologia
CRM: 6923

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

JOAO DIAS DORNELAS FILHO
(CRM: 6923/PB)

25/06/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&control=2&id=404490&dataInicial=25/06/2018 08:06:37&dataFinal=25/06/2...

RUA PEDRO GONDIM, S/N -
CNES: 122332 - Tel:Impresso por: ARTHUR
ELESBAO RAMALHO TROCOLI
DOS SANTOS
Em: 25/06/2018 08:06:52

Paciente JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS		Boletim de Atendimento 1080136	Data/Hora Entrada 23/06/2018 21:30:34	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/09/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700602917331665	Prontuário 109499
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCOLI DOS SANTOS - 25/06/2018 08:06:37)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

2º PO Orquiectomia esquerda (pós trauma testicular).

Paciente evolui sem queixas significativas e sem intercorrências.

Consciente, orientado, afebril.

Bolsa escrotal sem hematomas pós-operatórios significativos; FO com bom aspecto, com pequena quantidade de líquido sero-hemático.

CONDUTA: Alta hospitalar

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004

Profissional responsável pela informação: ARTHUR ELESBAO RAMALHO TROCOLI DOS SANTOS

Número Conselho: 5503





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel:

Impresso por: MARNIO
SOLERMANN SILVA COSTA
Em: 24/06/2018 13:41:39

Paciente JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS		Boletim de Atendimento 1880136	Data/Hora Entrada 23/06/2018 21:30:34	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/09/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 780602917331665	Prontuário 108499
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO MEDICA (MARNIO SOLERMANN SILVA COSTA - 24/06/2018 13:41:28)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1º PO Orquiectomia esquerda (pós trauma testicular).

Paciente evolui sem queixas significativas e sem intercorrências.

Consciente, orientado, afebril.

Bolsa escrotal sem hematomas pós-operatórios significativos; FO com bom aspecto, com pequena quantidade de líquido sero-hemático.

CONDUTA: curativo/suspensório escrotal; mantida medicação; dieta branda.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9004

Profissional responsável pela Informação: MARNIO SOLERMANN SILVA COSTA

Número Conselho: 5267

Handwritten signature



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

SORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

25/03/1998

7 - SEXO

Masc ☒ Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

ANARA DA SILVA SANTOS

10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

MATERNIDADE INFANTIL TESTÍCULO ESQUERDO

20 - QTD

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

71EMFIM 2576122

37 - CID 10 PRINCIPAL

38 - CID 10 SECUNDÁRIO

39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

71EMFIM 2576122

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: João D. Dornelas da Silva BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
Clínica/Sector: Urologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Cureta cônica - Vaguestomia isquica
Cirurgião: João Dornelas 1º Assistente: Willy Pires
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Ticiano
Tipo de Anestesia: Procuração Horário: Início 22:30 Término 23:15

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão de mucosa genital (E)</u> <u>+ biópsia para teste</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Cureta cônica vaginal</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: João D. Dornelas FM
Urologia
CRM: 6923

João Pessoa, 23 de 11 de 2018

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: João D. Dornelas FH BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____/_____/_____
Clínica/Setor: Urologia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Cureta ageuda - Orquiectomia esquerda
Cirurgião: João Dornelas 1º Assistente: Wesley Torres
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Ticiana
Tipo de Anestesia: Procuração Horário: Início 22:30 Término 23:15

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão de uretra posterior (E)</u>	
<u>+ bexiga com pontos frios</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Orquiectomia esquerda</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: João D. Dornelas FH
Urologia
CRM 16923

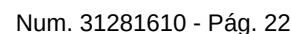
João Pessoa, 23 de 11

F(NG).ASCIR.009-1






CIRCULANTE *Calhazete C. S.*
Costa e Silva
 Calhazete Costa de Sousa Castro
 Téc. Engenharia
 COREN 21710





Documento de Alta

Nome: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS			Número Prontuário: 109499
Data de: 25/09/1998	Sexo: Masculino	Data de Internação: 24/06/2018 02:10:53	Data de Alta: 25/06/2018 08:09:51
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: Marcar consulta com urologista para seguimento ambulatorial no HTOP. (Paciente relata ter convênio, oriento procurar para atendimento)			
Resumo da internação: Paciente vítima de queda de moto apresentando trauma testicular à esquerda, sendo submetido à orquilectomia esquerda			
Resultado de Exames: ---			
Tratamento: orquilectomia esquerda			
Diagnóstico: S31.3 - Ferimento do escroto e do testículo			
Recomendações: Medicações em anexo Curativo diário por 3 dias Retirar pontos em 02/07/18			

Data: 25/06/2018

Dr. Arthur Elesbao Ramalho
Urologista
CRM - PB/5503

ARTHUR ELESBAO RAMALHO
TROCOLI DOS SANTOS
CRM: 5503 - PB



João Dionisio da Silva
SOUTO
SOUTO

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original

apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB 15/07/2018, 14:34:08

João Francisco da Silva - Escrevente

[2018-024262] EML:RS 2,37 FAPEN:RS 0,20 FEPJ:RS 0,47 ISS:RS 0,12

SELO DIGITAL: AHC56079-1KRC

Confira a autenticidade em <https://selodigital.pb.gov.br/>



CDI - HOSPITAL JOÃO PAULO II
Cliente: JORDAN, NELSON DA SILVA SANTOS
Data: 23/06/2018
Convênio: SMILE SAÚDE

ULTRASSONOGRAFIA DA BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER

Exame realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução

Epidídimo direito de dimensões normais e ecogênico.

Epidídimo esquerdo de dimensões normais e ecogênico.

Testículo direito tópico, de volume normal, medindo 4,9 x 2,6 x 2,3 cm nos maiores diâmetros, de textura homogênea e contornos regulares. Há vascularização ao estudo Dopplercolorimétrico no parênquima testicular

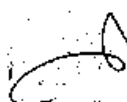
Testículo esquerdo tópico, de volume normal, medindo 5,2 x 2,8 x 2,6 cm nos maiores diâmetros, de textura heterogênea e contornos irregulares com áreas geográficas hipoeecogênicas de permeio aos eu parênquima apresentando sinais de descontinuidade da túnica albugínea. Há vascularização ao estudo Dopplercolorimétrico no parênquima testicular

Plexo pampiniforme de aspecto habitual sem sinais de refluxo à manobra de Valsava.

Hidrocele bilateralmente, notadamente à esquerda com finos debris de permeio.

CONCLUSÃO

- Epidídimos sem alterações.
- Testículos assimétricos, sendo o esquerdo de maiores dimensões, heterogêneo com sinais de descontinuidade da túnica albugínea. Correlacionar com mecanismo de trauma.
- Hidrocele bilateral, mais à esquerda com finos debris de permeio.

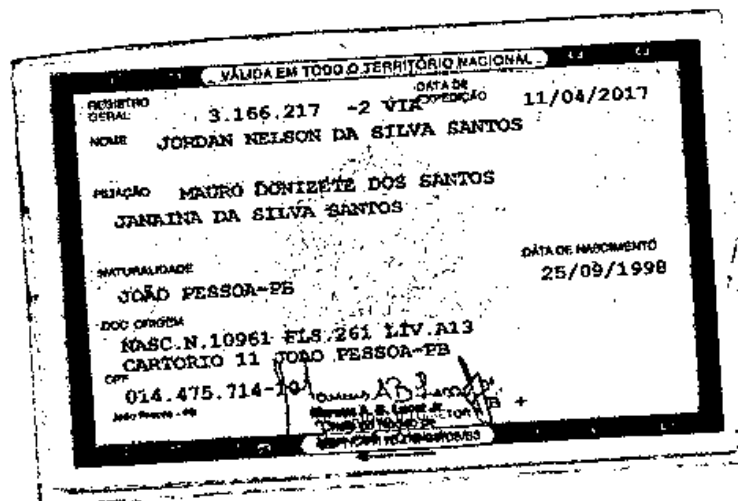


Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM 5263

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.



Documentos de Identificação



001



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB Nº 6528193421

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 PRT 2009000028978385
166669814

NOME/ENDEREÇO
MARCOS ANTONIO F DE MEDEIROS
R VANJA VIANA SALES 138 AP101
BESSA
58036060 JOAO PESSOA - PB

CNPJ/CPF 46798021468 PLACA NPS9879/PB

NOME ANTERIOR

FÓRMULA AN COMÉRCIO DE MOTOS LTD

PLACA ANTIGA NOVO PB 9CDNF41AJ9M215608

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MANEJA/MODELO JTA/SUZUKI INTRUDER 125

DATA/POT/CL 2 P/125 /CI

CATEGORIA PARTIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANO FAB/ANO MOD 2008/2009

COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBJEÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

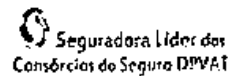
JOAO PESSOA PB 3735

21/09/2009

33294



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025511/19
Vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS
CPF: 014.475.714-10
CPF de: Próprio
Data do acidente: 22/06/2018
Título do CPF: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Outros



Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS : 014.475.714-10

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: 22/01/2019
Nome: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS
CPF: 014.475.714-10

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Yvelson Wilson da Silva Santos
Data do Acontecimento: 22/06/18 Possui CPF: ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF: 014.443.714-10

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1536 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ SIM ☐ NÃO - original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ SIM ☒ NÃO - original ou cópia autenticada
☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☒ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ SIM ☐ NÃO - original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ SIM ☐ NÃO
☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ SIM ☐ NÃO
☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - cópia autenticada: ☐ SIM ☐ NÃO

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO(A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS JÁ SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheira(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

CPF do portador: 014.443.714-10

E-mail: 014.443.714-10

Data: 25/01/19 Assinatura: Yvelson Wilson da Silva Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente: DAISY PEREIRA Assinatura: DAISY PEREIRA Matrícula: 4444

Data: 15-01-2019 Assinatura: DAISY PEREIRA

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLENIMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Jordan Wilson da Silva Santos
Data do Acidente: 22/06/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 014.443.744-10

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue Grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original) DA SILVA SANTOS (83)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DANOS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (frete e notas fiscais, contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (farmácia e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPAÑHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPAÑHEIRO(A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a União Estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome):

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal

CPF do portador: 014.443.744-10

E-mail:

Tel: 19 939 60-8384

Data: 22/06/19 Assinatura: Jordan da Silva Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nº e endereço do ponto):

Atendente: ABNER A. VARELLAS FILHO Matrícula: 846790

Data: 15-01-2019 Assinatura: Abner A. V. Filho

15/01/2019

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL

Serviços Barra GovBr

([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 467.980.214-68

Nome: MARCOS ANTONIO FERNANDES DE MEDEIROS

Data de Nascimento: 05/06/1964

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 15:00:27 do dia 15/01/2019 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 3847.155D.95EA.6EAS



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

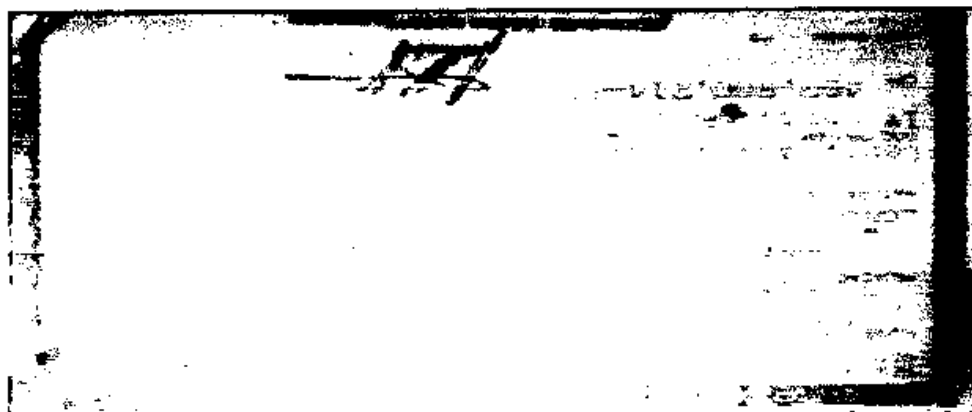
<http://receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublica/Exibir.asp>

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/06/2020 14:49:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060414490151500000030013653>
Número do documento: 20060414490151500000030013653

Num. 31281610 - Pág. 32



tbbi 01 10



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025511/19

Vítima: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

CPF: 014.475.714-10

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 22/06/2018

Titular do CPF: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS : 014.475.714-10

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: 22/01/2019
Nome: JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS
CPF: 014.475.714-10

JORDAN NELSON DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

