

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE RIO TINTO, ESTADO DA PARAÍBA.

REF: PROCESSO N.º: 0800439-60.2018.8.15.0581

**JAILSON ELIAS FERNANDES**, já devidamente qualificado nos Autos da Ação em epígrafe, que contende com **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, vem, com o devido respeito e acatamento à presença de Vossa Excelência, **REQUERER A JUNTADA DOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS ANEXOS**, pugnando pelo regular processamento do feito.

Termos em que pede e espera deferimento,

Rio Tinto/PB, 23 de julho de 2018.

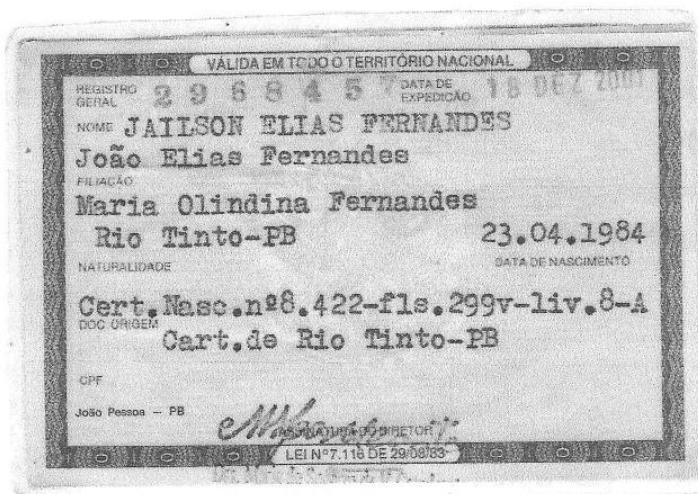
**Daniel Vieira Smith**

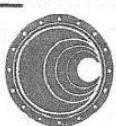
OAB/PB n.º 19.193



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072318122550600000015119232>  
Número do documento: 18072318122550600000015119232

Num. 15502897 - Pág. 1





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69406472
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS	JUL/2017
--	----------

JAILSON ELIAS FERNANDES  
RUA PROJETADA 11 ST. 02 S/N

CENTRO 58297- 000  
RIO TINTO

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
009.02.149.0278	0	1	0	0	0	69406472
Hidrômetro Y16N124310	Data de Instalação 19/09/2016	Localização 1	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL		

ANTERIOR		ATUAL		CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
103	103	0	0	30	25/08/2017	
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.						
JAN/2017	18	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
FEV/2017	18	0	COL.TOTAIS	28	38	38
MAR/2017	0	0	COL.TERMOT	0	0	0
ABR/2017	21	42	CLORO	28	38	38
MAI/2017	20	42	COR	10	30	30
JUN/2017	2	0	TURBIDEZ	28	38	38
MEDIA(M)	16		DADOS REFERENTES A:MAI/2017			

DATA DA LEITURA: 26/07/2017	HORA DA LEITURA: 12:54:47
DESCRICAÇÃO CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10 36,84 R\$36,84
DE 11m A 20m	6 28,50 R\$28,50
TOTAIS	65,34
047-JUROS DE MORA	R\$1.74
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	R\$1.83

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$6,04 PIS E COFINS. LEI 12.741/12.

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
06/08/2017	R\$68,91

v.16.11 R. 1.0

CONFIRMAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONFIRMAÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSIÇÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
EXISTE(M) CONTAS( ) ANTER. EM DEBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:

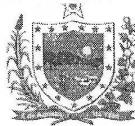
ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO  
[www.transparencia.pb.gov.br](http://www.transparencia.pb.gov.br)



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
69406472	JUL/2017	06/08/2017	R\$68,91

82680000000-0 68910010826-5 94064720720-5 1700000002-7





## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2018  
Ocorrência nº. 0536/2018

Aos VINTE E OITO dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). SIMONE QUIIRNO DE SÁ MACIEIRA, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:56min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**JAILSON ELIAS FERNANDES**, conhecido por , Identidade nº 2.968.457-SSP/PB, CPF nº 068.609.134-52, nacionalidade brasileiro, estado civil: casado, profissão: serviços gerais, filho(a) de João Elias Fernandes E De Maria Olindina Fernandes, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 23/04/1984 (33 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, S/N, Bonfim, tendo como ponto de referência: , na cidade de RIO TINTO/PB, fone(s) para contato: (83)

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 11 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 05h:45min;
- 4) LOCAL: Em frente ao Motel Skay, BR 101 nº , bairro: - **MAMANGUAPE/PB**;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

### **6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, cor: VERMELHA, placa: QFR 6635/PB, ano: 2017, chassi: 9C2KC2210HR508344 em nome de JAILSON ELIAS FERNANDES

### **8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE estava conduzindo a motocicleta descrita, SEM CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO, no local em referência, quando colidiu na traseira de um veículo que freou bruscamente a sua frente, QUE o comunicante com a colisão desmaiou no local e não tem conhecimento de quem estava conduzindo este veículo, nem as características do mesmo, embora saiba que o condutor tenha ficado no local pois o seu veículo acabou, devido a colisão, ficar travado, QUE o comunicante foi socorrido pelo SAMU de Mamanguape e encaminhado ao Hospital Geral de Mamanguape/PB e em seguida removido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa/PB, onde evidenciou-se segundo laudo médico apresentando dor intensa na coxa e perna direita, além de ferimento na região cervical e tornozelo direito, também sofreu fratura da diáfise do fêmur direito, QUE foi submetido a intervenção cirúrgica, QUE recebeu alta hospitalar no dia 18/09/2017.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

*Jailson Elias Fernandes*  
**JAILSON ELIAS FERNANDES**

Comunicante

Frederico Figueiredo Brito da Silva  
APC – Mat. nº 156.567-2

Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604





Tribunal de Justiça da Paraíba  
Processo Judicial Eletrônico - 1º Grau  
**Comprovante de protocolo**

**Processo**

Nºmero do processo: **0800439-60.2018.8.15.0581**  
Árgão julgador: **Vara Única de Rio Tinto**  
Jurisdição: **Rio Tinto - Fórum de Rio Tinto**  
Classe: **PROCEDIMENTO COMUM (7)**  
Assunto principal: **SEGURO**  
Valor da causa: **R\$ 13.500,00**  
Partes: **JAILSON ELIAS FERNANDES (068.609.134-52)  
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (61.074.175/0001-38)**

**Audiência**

Documentos do processo	Tipo	Tamanho (KB)
Petição Inicial	Petição Inicial	54,39
Assuntos	<b>Lei</b>	
DIREITO CIVIL / OBRIGAÇÕES / ESPÉCIES DE CONTRATOS / SEGUR		Lei nº 10.406/02 (Código Civil)

**AUTOR**

DANIEL VIEIRA SMITH (Advogado) MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A  
JAILSON ELIAS FERNANDES

**RÉU**

Complemento	Valor
2	SEGURO DPVAT

Distribuído em: 11/07/2018 21:36

Protocolado por: DANIEL VIEIRA SMITH



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072317560668800000015120079>  
Número do documento: 18072317560668800000015120079

Num. 15503787 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JAILSON ELIAS FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180289044**  
Vitima: **JAILSON ELIAS FERNANDES**  
Data do Acidente: **11/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180289044**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13039448

Pag. 01603/01604 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020802



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072317562358400000015120090>  
Número do documento: 18072317562358400000015120090

Num. 15503800 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JAILSON ELIAS FERNANDES**  
Nº Sinistro: **3180289044**  
Vitima: **JAILSON ELIAS FERNANDES**  
Data do Acidente: **11/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180289044**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

Pag. 01029/01030 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060515  


A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13041992





## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Gilson Chos portador(a) da identidade RG Fernando, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da patologia CID-10 \_\_\_\_\_, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 Semanas dias, a partir desta data.

João Pessoa, 18/03/19

**Dr. Luiz Portela**  
Ortopedia-Traumatologia  
Cirurgia de Coluna Vertebral  
CRM-PE 11111-0000  
ASSOCIADO ET 11111-0000

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

**1º VIA-PACIENTE                  2º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO**

F(NG).CC.003-1





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**RECEITUÁRIO**

Paciente:

Hélio

Hélio que fuisse  
Elcio Fernandes  
necessite de ox  
(ox) dicas de afas -  
Danúbio do trânsito  
fio por motivos de  
leucose, a partir  
da data abaixo

11  
09  
17

Dr. Antonio Luiz da Silva  
CRM 1616 - CPF 181.596.584-45  
Médico de Família - Fone: 3261-2000  
Pça. João Pessoa, 20-Rio Tinto-PB

Mamanguape, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

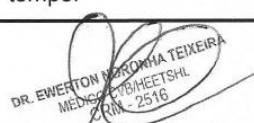


MAMANGUAPE

GOVERNO MUNICIPAL

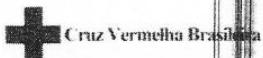
Profissional - Carimbo



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIREÇÃO TÉCNICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>NOME DO PACIENTE</b>	JAILSON ELIAS FERNANDES	
<b>DADOS DE NASCIMENTO</b>	23/04/84	
<b>NOME DA MÃE</b>	MARIA OLINDINA FERNANDES	
<b>DADOS EXTRAÍDOS</b>		
<b>BOLETIM DE ENTRADA N.º</b>	1.026.663	
<b>Nº PRONTUÁRIO</b>	104.214	
<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>	11/09/17	
<b>HORA DO ATENDIMENTO</b>		
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
<b>DIAGNÓSTICO (S)</b>	FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D	
<b>CID 10</b>	S 72.3	
<b>AVALIAÇÃO INICIAL:</b>		
<p>Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 4 hs, encaminhado do hospital geral de Mamanguape-PB, apresentando dor intensa na coxa e perna D, além de ferimento na região cervical e tornozelo D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.</p>		
<b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>		
<p>RX da bacia - AP  RX da coxa D - AP e P</p>		
<b>TRATAMENTO:</b>		
<p>Fratura da diáfise do femur D ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento ne tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Santos no 1º tempo e pelo Dr. Leopoldo Viana e Dr. José Rodriguez no 2º tempo.</p>		
<b>ALTA HOSPITALAR:</b>	18/09/17	
<b>DATA DA EMISSÃO:</b>	06/02/18	
 <b>Dr. Ewerton Noronha Teixeira</b> CRM: 2516/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

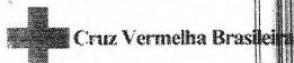
Boletim de Atendimento: 1026663



Identificação do paciente				
ID 1209157	Nome JAILSON ELIAS FERNANDES			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/04/1984	Idade 33 anos 4 meses 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe FRANCISCA ELIAS FERNANDES				Pai
Escolaridade				Responsável (Parentesco) LUCIANA ALVES - OUTRO PARENTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993272012	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2968457	Nº Cns 201132378840004		
Local de procedência MAMANGUAPE		Type MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade RIO TINTO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Logradouro CONJUNTO BOMFIM	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 11/09/2017 10:29:02	Número da pulseira <b>1000005986445</b>	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 VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA 136	X 88 mmHg	Pulse	Temperatura 37 98°	
Exames complementares				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos <i>Paciente vítima de acidente moto x corpo consciente, orientado, euproso encomunhado ao QDI</i>				
Diagnóstico	<i>Janeleide F. Nascimento Arruda Enfermeira</i>			
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO	COREMP 366.348 01min 59seg			

Imprimir

11/09/2017 10



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>JAILSON ELIAS FERNANDES</b>		BAE <b>1026663</b>	Data/Hora Entrada <b>11/09/2017 10:29:02</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/04/1984</b>		Idade <b>33</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993272012</b>
Mãe <b>FRANCISCA ELIAS FERNANDES</b>				Prontuário
Endereço <b>CONJUNTO BOMFIM, SN</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>RIO TINTO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA</b>		Nº Cons. Regional <b>6913/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>11/09/2017 10:29:02</b>		Data/Hora Prescrição <b>11/09/2017 10:41:26</b>		

### Anamnese

PCTE REFERE QUEDA DE MOTO HA +-4 H QUEIXA SE DE DOR NA COXA DIR NEGA DESMAIO/VOMITOS APRESENTA FERIMENTO NA REGIAO CERVICAL E TORNOZELO DIR RODE OUTRO SERVICO EVIDENCIA FRATURA DO FEMUR DIR SOLICITO RX, BLOCO CIRURGICO PARA INSTALACAO DE TTE

EXAME DE IMAGEM

## RADIOGRAFIA DE BACIA

## RADIOGRAFIA DE Perna Direita

CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

## **Conduta**

-m observação

~~Dr. Aliceon F. Vieira  
Bróspeda / CRM-PE 3023 / CRM-PE 17653~~

**ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA  
(6013/PR)**

JAI SON ELIAS FERNANDES





**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

## **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

---

IJSP



<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>IAOP</i>		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>ANUP</i>		4 - CNES		
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Gerson Elias Fernandes</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>1026663</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO / /	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		DDD	11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BARRA)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		
		14 - CÓD. IBGE. MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE				
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II	<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31-QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34-QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>B. Braun / TMC</i>		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37-QTDE	
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>				
<i>Aquela que precisa ser feita</i> <i>150(s)</i>				
<i>ex 4,5</i> <i>Placa OCP longa 10mm</i> <i>para fusos cárteis</i> <i>nº 3011-3413-3612-3812</i>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>15/09/17</i>		
41 - DOCUMENTO ( ) CNS    ( ) CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO SONSELHO)	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	
47 - DOCUMENTO ( ) CNS    ( ) CPF		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

*[Assinatura]*  
HEETSHL

Nome: DANIEL VIEIRA SMITH BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Clínica/Setor: ALCANTARA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Fx OLFISIÃO D FEMUR (D)  
 Cirurgião: DR. MARCELO COELHO 1º Assistente: DR. JOSE RODRIGUES  
 2º Assistente: DR. MARCELO COELHO (R2) 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: DR. VANDERSON  
 Tipo de Anestesia: Nori Horário: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>O Fx OLFISIÃO D FEMUR (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>O Fx OLFISIÃO com MAFI +</u>	
<u>Fixação com placa DCP 4,5mm +</u>	
<u>PMTF-305.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico:  Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação:  Sim  Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria  Terapia Intensa  Residência  Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Marcelus Motta  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PB 9456

João Pessoa, 15/09/14

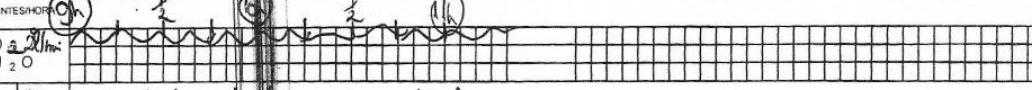
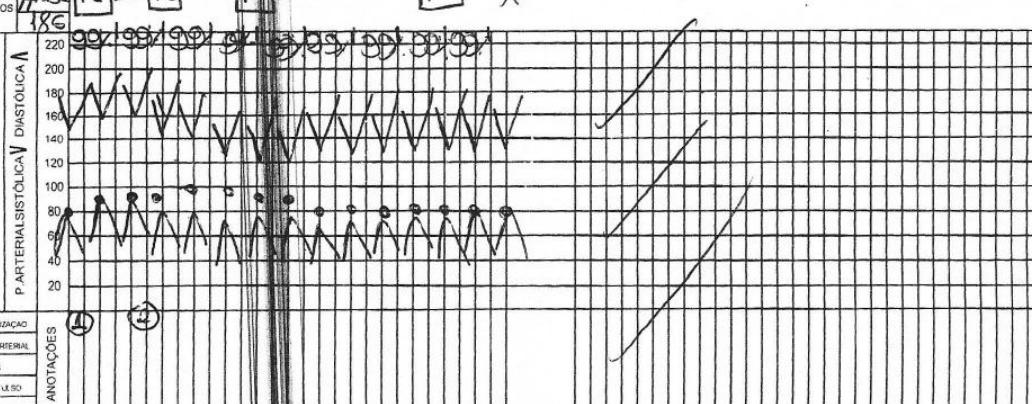
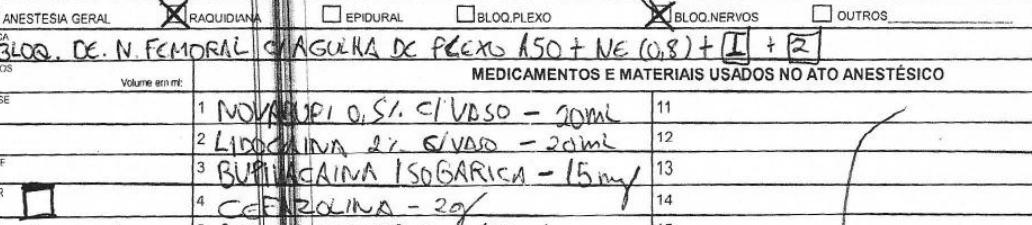
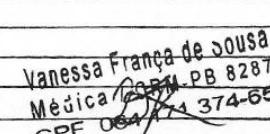
F(NG).ASCIR.009-1



## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 15/10/17

PRONTUÁRIO: 1023429

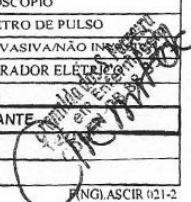
PACIENTE: JAILSON GLIAS FERNANDES		SEXO: M	COR: PD	IDADE: 33 ANOS	
PRESSÃO ARTERIAL <i>150x80</i>	PULSO: 75 BPM	RESPIRAÇÃO: CUPNCIO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO				
EXAMES COMPLEMENTARES: VPM					
AP. RESPIRATÓRIO NDN	AP. CIRCULATÓRIO NDN				
AP. DIGESTIVO JEJUM	ESTADO MENTAL LOTE	DROGAS EM USO NEGA			
PRÉ-ANESTÉSICO _____	ESTADO FÍSICO (ASA) I				
DOSE /HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE FÉMUR DISTAL (D)					
CIRURGIA REALIZADA TRATAM. CIRÚRGICO FRAT. FÉMUR DISTAL (D)					
CIRURGIÃO DR. LEO POLDO	AUXILIARES DR. FREDERICO				
INÍCIO DA ANESTESIA 9h	TÉRMINO DA ANESTESIA 11:15h	DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h15min			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$ Vanessa França de Sousa			
ESTESISTA DR. VANESSA F.	CPF	CRM-PB Médica / CRM-PB 8287 CPF 064.171.374-65			
AGENTES HOSPITALARES: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12)					
O <sub>2</sub> 2l/min N <sub>2</sub> O					
LÍQUIDOS VI NOSOS #rose RL - PY RL X 186					
					
					
					
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO <input checked="" type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS					
TECNICA (1) BLOQ. DE. N. FEMORAL (2) AGUJA DC P/EXO 150 + NE (0,8) + I + Z					
LÍQUIDOS Volume em ml:					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
GLICOSE 1 NOVAFUNI 0,5% CI/VASO - 20ml 11 NAACL 2 LIDOCALINA 2% CI/VASO - 20ml 12 SANGUE 3 BUPIVACAÍNA ISOGÁRICA - 15mg 13 RINGER 4 CEFALOSOLINA - 20g 14 TOTAL 2000ml 5 DEXAMETAZONA 2 (0mg) 15 DESTINO DO PACIENTE <input type="checkbox"/> APTº <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMARIA 6 DIPRIVANA - 4g 16 <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA 7 MIDAZOLAM - 3mg / f2mg 17 <input type="checkbox"/> OUTROS 8 FENTANIL - 100mcg 18 9 FLUMAZENIL 10 19					
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
					
ASSINATURA DO ANESTESISTA:					
F.(NG) ASCIR.026-1					



## **Nota de Sala Cirúrgica**

NO ME DO PACIENTE:	Elias Fernando				
IDADE: 33	SEXO: M	PROVINCIA: 663	ENFERMARIA: 03	LEITO: 03	
CIRURGIA: TAC. cir. Fratura diáfiseia de fêmur					
CIRÚRGIO: Dr. Haroldo	2º AUX: Dr. Matushki				
ANESTESIA: Bloqueio e Raqui					
ANESTESISTA: Dr. La nessa					
INSTRUMENTADOR:					
DATA: 15/09	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 09:00	FM:	CIRURGIA: INÍCIO: 11:30	FM:	
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTE)					
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPIDA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	5FG9%	JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	3RL	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	30 L
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	20 L
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAYNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0	OK	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAYNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL N°7,5	OK	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL N°8,0	OK	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIÁCA	
NIMBIUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIPENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	11 SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	1 SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINIA	CATETER EMOBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT. PAM	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14			
DIPIRONA SÓDICA	GERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
EFEDRINA	KOLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	121 SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAYNA GELÉIA	ELETRODOS	121 TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	1 TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI	1 FIOS	QTD.	( ) ASPIRADORA	
TENOXICAN	ESPARADRAPO	1 FIO ALGODÃO SA N°		1 BISTURI ELÉTRICO	
	GAZES	121 FIO ALGODÃO SA N°		( ) CAPNÓGRAFO	
	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°		1 CÁRDIONITOR	
	GEL ELETROLÍTICO	OK FIO ALGODÃO C/A N°		( ) DESFIBRILADOR	
	JELCO N°14			1 FOCO AUXILIAR	
	JELCO N°16			1 FOCO CENTRAL	
				( ) MICROSCOPIO	
				1 OXÍMETRO DE PULSO	
				1 P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				1 PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				CIRCULANTE	

Receita DCP longa set 10 juros  
para juros artificiais n° 3011-38  
36/2 -35/2



# RELATÓRIO DE CIRURGIA

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

- (1) POF em OAH, SOB Anestesia
- (2) Anti-Séptico + ASSÉPSIA
- (3) APOSETO OF CAVOS OSSEOS

**Incisão:**

- (1) Linha de corte da coxa
- (2) Cuidado de nervos
- (3) Divisão por punho

**Achados:**

- (1) Fixa infiltração os fêmur (2)

**Conduta:**

- (1) Preparação do solo os fêmur
- (2) Mordido nervos + flexão com press DCP 4,5mm
- (3) 10 pinos + 8 parafusos contínuos
- (4) LIMPADA 10m SF 0,25.
- (5) Fissuração por pinos
- (6) CORTILLOS 10m
- (7) Rx de tomografia

**Fechamento:****Observação:****Médico/CRM:**

Dr. Daniel Vieira Smith  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PB 9456

João Pessoa, 15/09/12

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL.

Nome: Jairton Elias Ferreira RG/CPF: \_\_\_\_\_  
Idade: 33 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 11/19/14  
Clínica/Setor: Hospital EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Traçar traçado freatíco ao nível  
Cirurgião: R. Releto Paula 1º Assistente: DHD-D-  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Z. Glauco  
Tipo de Anestesia: sedação Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<i>Falência de fixo de peças B</i>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tracés Traqueofistelio. as sicks de 8105-0-	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim ( )Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

## Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria     Terapia Intensa     Residência     Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Roberto A. Santos  
Oto - Traumatólogia  
20-24-672 15-21

João Pessoa, 11/9/66

F(NG).ASCIR.009-1





CONVENIÊNCIA  
BRASILEIRA

FICHA DE ANESTESIA

Hospital

DATA: 11/09/2017

PRONTUÁRIO:

1026663

PACIENTE:	Jalson Fernandes		SEXO: M	EDAD: 33a		
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO	
ESTADO GERAL	( )BOM ( )REGULAR ( )MAU ( )PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO	( )BOM ( )REGULAR ( )MAU ( )PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES	VPM					
AP. RESPIRATÓRIO	MIC 4/2A	AP. CIRCULATÓRIO				
AP. DIGESTIVO	Sérum	ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO			
PRÉ-ANESTÉSICO	Verum.				ESTADO FÍSICO (ASA)	
DOSE / HORA						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						
CIRURGIA REALIZADA	Tecido tronquacélico nível do MTO.					
CIRURGIA	Vaca, Roboto SANTOS	AUXILIARES				
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA		DURAÇÃO DA ANESTESIA			
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R\$			
ANESTESISTA	Gláucio	CPF	CRM-PB			
AGENTES/HOPS	730 1735					Dr. Gláucio Pires ANESTESIOLOGISTA
O <sub>2</sub> N <sub>2</sub> O						
DOS VENOSOS						
O <sub>2</sub> PULSO	220	200	180	160	140	120
CÓDIGOS CIRURGIA	120	100	80	60	40	20
X PARTERIASISTOLICA	120	100	80	60	40	20
ANESTESIA	120	100	80	60	40	20
RETORNAÇÃO	120	100	80	60	40	20
ANDAÇÕES	120	100	80	60	40	20
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS						
TECNICA						
LÍQUIDOS	Volume em ml:		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
COSE	1	Propofol 100ml	11			
NACL	2	Urtano 3g	12			
SANGUE	3		13			
RINGER	4		14			
TOTAL	5		15			
DESTINO DO PACIENTE	6		16			
<input type="checkbox"/> APT <sup>o</sup> <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7		17			
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA	8		18			
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	9		19			
URPA	10		20			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	<p>Sedado. Paciente monitorizado e respiração espontânea com cáteter de oj.</p> <p>Dr. Gláucio Pires ANESTESIOLOGISTA</p>					
ASSINATURA DO ANESTESISTA: F. NODAL						



Nota de Sala Cirúrgica

<p><i>Jailson Elias Fernandes</i></p> <p>NOME DO PACIENTE: <b>33 BE</b> IDADE: <b>DO 36663</b> CIRURGIA: <b>mais suspeito de M&amp;P.</b> CIRURGIA: <b>Mauro Roberto Santos</b> ANESTESIA: <b>Sedas</b> ANESTESISTA: <b>Dr. Gláucio + Roberto (12)</b> INSTRUMENTADOR: <b>Dra. 109117</b> TIPO CIRÚRGICO: ANESTESIA: INÍCIO: <b>15:30</b> FIM: <b>15:35</b> CIRURGIA: INÍCIO: <b>15:35</b>.</p>					
<p>INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS) ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )</p>					
<p>GRAU DE CONTAMINAÇÃO: <b>ESTÉRIL ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA</b></p>					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	<i>50 500ml</i>	JELCO N°20		FIO CAT.GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	<i>500 ml</i>	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍlico 70%	OK LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	VPI DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI N°23		FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	VPI TINTURA	OK LÂMINA BISTURI N°24	1	FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO	VPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABAO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCÁINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	OK LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCÁINA S/ VASO	AGULHA 25X07	OK LUVA ESTÉRIL N°7,5	1	FIO POLIGLECAPRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	OK LUVA ESTÉRIL N°8,0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12	OK LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBIUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORPOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML <i>10ml</i>	OK	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA SML		FIO STEINMAN N° <i>4,5</i>	1
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	OK	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	OK	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINIA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais	
Efedrina		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS <i>pet</i>	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS ESTONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE VPI	FIOS	QTD.	( ) ASPIRADORA
TENOIXCAN		ESPARADRAPO	OK		( ) BISTURI ELÉTRICO
		GAZES <i>pet</i>	FIO ALGODÃO S/A N°		( ) CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO S/A N°		( ) CÁRDIONITOR
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A N°		( ) DESFIBRILADOR
		JELCO N°14			( ) FOCO AUXILIAR
		JELCO N°16			( ) FOCO CENTRAL
					( ) MICROSCOPIO
					( ) OXÍMETRO DE PULSO
					( ) P.A. INVASIVA/ NÃO INVASIVA
					( ) PERFURADOR ELÉTRICO
					( ) SERRA
					<i>Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:40 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072317591381900000015120169 Número do documento: 18072317591381900000015120169</i>



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA



SBETSHB

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

### Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

Prefiri e acetabulo  
se cargo operado

Achados:

Inabilitade frágil  
frágil de lajinha de  
grau II D. 128-D.

Conduta:

escolhos

peso: 755.

Fechamento:

Observação:

Fez sensibilidade  
percoço - dedos e dedos  
dor de rebaixo -  
escoriações pelo corpo.

Médico/CRM:

Dr. Roberto A. Santos  
Orto - Traumatologia  
CRM-PB 1537

João Pessoa, 11/9/14

F(NG).ASCIR.009-1



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072317591381900000015120169>

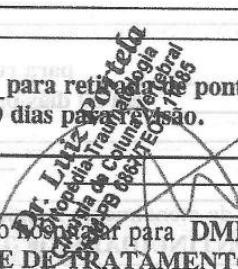
Número do documento: 18072317591381900000015120169

Num. 15503885 - Pág. 5



## Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome:		Nº de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.: Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação:			
<i>Frat - Fémin.</i>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <i>Nx</i>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>NAFI - Dr. Benophado</i>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim( ) não( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado( ) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( ) À Revelia( )			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:  <i>Operado em 15/08/17</i>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso:			
Relativo em casa por, _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa:			
<b>Retorno:</b> Ao posto de saúde em _____ para retiro de ponto. Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.  João Pessoa, <i>18 de setembro de 2017</i>			
 Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome:		Nº de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação:			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames:			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim( ) não( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado( ) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( ) À Revelia ( )			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
<b>Orientações Pós Alta</b>			
Dieta:			
Reposo:			
Relativo em casa por _____ dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa:			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa; _____ de _____ de _____ Ass. Médico/CRM _____			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ &lt; CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO  
PORTADOR(A) DO RG Nº 29.60457 EXPEDIDO POR SSP/PIB EM 18/12/2001  
CPF 068.609.134-52 /CNPJ 00000000-0000-000. PROFISSÃO ALIMENTADOR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 958,00(\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JAILSON ELIAS FERNANDES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00062006-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO,  
DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Tinto/PI, 28 de Março de 2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JAILSON EUIAS FERNANDES, portador da carteira de identidade nº 2968457 e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.609.134-52, residente e domiciliado na RUA PROJETADA, S/Nº, 11 ST. 62, CENTRO, Cidade RIO TINTO, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

X/jailson Elias Fernandes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Rio TINTO - PB, 28/03/2018

Local e data



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO,

RG nº 2968457, data de expedição 18/12/2001, Órgão SSP/PB,

CPF nº 068.609.134-52, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>11 ST. 02</u>
Bairro	<u>ENTRO</u>
Cidade	<u>RIO TINTO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.297-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98712-5439</u>
E-mail	<u>DVSEPC@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Tinto-PB, 28/03/2018

Assinatura do Declarante: Jailson Elias Fernandes



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO,  
RG nº 2968457, data de expedição 18/12/2001  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 068.609.134-52, com  
domicílio na cidade de RIO TINTO, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
PROSETADA, nº S/Nº,  
complemento 115T.02, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JAILSON ELIAS FERNANDES, cujo o condutor era  
JAILSON ELIAS FERNANDES.

Veículo: HONDA  
Modelo: CG 160 TITAN EX  
Ano: 2017/2017  
Placa: QFR6635/PB  
Chassi: 9C2KC2210HR508344  
Data do Acidente: 11/09/2017  
Local e Data: Rio Tinto - PB, 28/03/2018

Jailson Elias Fernandes  
Assinatura do Declarante

Jailson Elias Fernandes

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





Documentos Comprobatórios Anexos em formato PDF.



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:17:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072318173447100000015120731>  
Número do documento: 18072318173447100000015120731

Num. 15504472 - Pág. 1



**S A B I**  
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE  
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

RIO TINTO

**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE  
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO N° 183145032  
BENEFÍCIO N° 6202939650  
(2<sup>a</sup> Via)

Prezado (a) Sr(a)

**JAILSON ELIAS FERNANDES**

(NOME DO SEGURADO)

2968457

159 / 27

20113237884

(RG/CERTIDÃO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

**Data:** 28/09/2017

**Hora:** 08:40

**Endereço:**

RUA DA AURORA, S/N

CENTRO

RIO TINTO - PB

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.  
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.  
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Rio Tinto, 28 de setembro de 2017

Nome/Cargo/Assinatura

(Atendente)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em

Ass. do Requerente/ Rep. Legal





PREVIDÊNCIA SOCIAL

## Comunicação de Acidente de Trabalho

Número da CAT: 2017.352.157-6/01

## Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	26/09/2017
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Óbito	
Filiação	1 - Empregado	E-mail	MARISTELA@ALEGRE.GSO.COM.BR

## Informações do Empregador

Razão Social/Nome	USINA MONTE ALEGRE SA	CNAE	10716
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 090946320002-17	Endereço	FAZ MONTE ALEGRE S N
CEP	58280000	Estado	PB
Bairro		Telefone	3292-2720
Município	MAMANGUAPE		

## Informações do Acidentado

Nome	JAILSON ELIAS FERNANDES	Data Nascimento	23/04/1984
Nome da Mãe	MARIA OLINDINA FERNANDES	Sexo	Masc
Grau de Instrução	2 - Até a 4a série fundamental(incompleta)		
Estado Civil	Solteiro	Remuneração	950,00
CTPS	000159 Série: 00027 Dt emissão: UF: PB	Identidade	2968457 Dt emissão: Órg Exp: 01 UF: PB
PIS/PASEP/NIT	1284873144-5	Endereço	RUA PROJETADA SN
Bairro	CONJUNTO BONFIM	CEP	58297000
Estado	PB	Município	RIO TINTO
Telefone	-	CBO	784205 - ALIMENTADOR DE LINHA DE PRODUCAO
Aposentado	Não	Área	Urbana

## Informações do Acidente

Data do Acidente	11/09/2017	Hora do Acidente	00:00
Horas Trabalhadas	00:00	Tipo	3 - Trajeto
Houve afastamento?	Sim	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	3 - Área Pública	Esp. Local	PISTA LOCAL - MAMANGUAPE
CGC da Prestadora	CNPJ --	UF do Acidente	PB
Município do Acidente	MAMANGUAPE	Último dia Trabalhado/Dt Óbito	11/09/2017
Parte do Corpo	75.70.90.000 - MEMBROS INFERIORES, NIC		
Agente Causador	30.30.75.200 - MOTOCICLETA, MOTONETA		
Sit. Gerador	20.00.08.900 - IMPACTO SOFRIDO POR PESSOA, NIC		
Morte	Não	Data Óbito	

Mamanguape, 26/09/17

Local e Data

Mariântela Paes de Oliveira

Assinatura e carimbo do emitente

## Informações do Atestado Médico

Unidade	H GERAL MAMANGUAPE	Data Atend.	11/09/2017
Hora Atend.*	07:30	Houve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 060 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.35.000 - FRATURA		
CID - 10	S72 - Fratura do fêmur		
Observações	ENCAMINHADO AO H. TRAUMAS-JP	CRM	0000006867 - UF: PB )

Ribeirão das Neves, 26/09/17

Local e Data

Assinatura(\*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF  
 Dr. Antônio Luiz da Silva  
 CRM 1616 - CPF 131.596.304-46  
 Médico do Trabalho-Fone 83-3291-2265  
 Pça. João Pessoa, 20-Rio Tinto-PB



Cadastrada em 26/09/2017 às 14:27:26

\* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO  
PORTADOR(A) DO RG Nº 29.60457 EXPEDIDO POR SSP/PIB EM 18/12/2001  
CPF 068.609.134-52 /CNPJ 00000000-0000-000. PROFISSÃO ALIMENTADOR  
E RENDA MENSAL DE R\$ 958,00(\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JAILSON ELIAS FERNANDES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00062006-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO,  
DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Tinto/PB, 28 de Março de 2018

LOCAL E DATA

Jailson Elias Fernandes

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JAILSON EUIAS FERNANDES, portador da carteira de identidade nº 2968457 e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.609.134-52, residente e domiciliado na RUA PROJETADA, S/Nº 11 ST. 62, CENTRO, Cidade RIO TINTO, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Jailson Elias Fernandes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Rio Tinto - PB, 28/03/2018

Local e data



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO,

RG nº 2968457, data de expedição 18/12/2001, Órgão SSP/PB,

CPF nº 068.609.134-52, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>11 ST. 02</u>
Bairro	<u>ENTRO</u>
Cidade	<u>RIO TINTO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.297-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98712-5439</u>
E-mail	<u>DVSEPC@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Rio Tinto-PB, 28/03/2018

Assinatura do Declarante: Jailson Elias Fernandes



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO,  
RG nº 2968457, data de expedição 18/12/2001  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 068.609.134-52, com  
domicílio na cidade de RIO TINTO, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
PROSETADA, nº S/Nº,  
complemento 115T.02, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JAILSON ELIAS FERNANDES, cujo o condutor era  
JAILSON ELIAS FERNANDES.

Veículo: HONDA  
Modelo: CG 160 TITAN EX  
Ano: 2017/2017  
Placa: PFR6635/PB  
Chassi: 9C2KC2210HR508344  
Data do Acidente: 11/09/2017  
Local e Data: Rio Tinto - PB, 28/03/2018

Jailson Elias Fernandes  
Assinatura do Declarante

Jailson Elias Fernandes

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



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

DETAN - PB		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	
L	VIA	COD. REINAVARPT	2011560006994
A	ACR	0111731552-5	00/000000000
R	E	NAME	2011
NOVO		06860913452	QFR6635/PB
PLACA ANT/UE		9G2KC2210HR508344	CHASSI
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
MOTOR/CICLE/MAQ ÁPLIC		ALCO/GASOL	MARCA / MODELO
MARC/A/REDELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CH 160 TITAN EX		2017	2017
CNPJ/POV/CH		CATEGORIA	
2 P/162 /CT		PARTIC	VERMELHA
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
I	IPVA PAGO KM	00/00/0000	1 <sup>a</sup>
P	FAIXA IPVA	PAGAMENTO/COTAS	2 <sup>a</sup>
V	* * * * *	0	3 <sup>a</sup>
A	IPVA PAGO (R\$)	IPF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IPF (R\$) — PREMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO			
* * * * * SEGURO P.A.G.O. 09/05/2017			
OBSERVACOES			
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			

DE/NTRRN

CONTROLE

41076

SEGURADO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VEIA TERRESTRE, EQUIPAMENTOS DE CARGA, APENAS TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT.

PB Nº 012974463093 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO DATA EMISSAO

2017 11/05/2017

CPF/CNPJ

06860913452

PLACA

QFR6635/PB

MARCA / MODELO

HONDA / CH 160 TITAN EX

ANO FAB.

2017

ANO MOD.

2017

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

Nº CHASSI

9G2KC2210HR508344

2017

9

VAL

1

EXERCICIO

2017

DATA EMISSAO

11/05/2017

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

\* \* \* \* \*

DE/NTRRN (R\$)

\* \* \* \* \*

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\* \* \* \* \*

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

\* \* \* \* \*

SEGURADO

P.A.G.O.

PAGAMENTO

PARCELA

DATA DE QUITAÇÃO

09/05/2017

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 06.298.600/0001-04

9102-000

2472-0901345-20170511



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:17:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072318170436600000015120822

Número do documento: 18072318170436600000015120822

Num. 15504569 - Pág. 1

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:**

JAILSON Elias FERNANDES, brasileiro, solteiro, alimentador de linha de produção, residente à Rua Projetada, s/nº, 11 st. 02, Centro, Rio Tinto - PB, REP: SB297-000, inscrito no CPF/MF sob o nº 068.609.134-52.

**OUTORGADO:**

**DANIEL VIEIRA SMITH**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional da Paraíba, sob o nº 19.193, com escritório profissional situado à Av. Ruy Carneiro, nº. 148, Sala 04, Miramar, CEP: 58.032-101, João Pessoa/PB.

**PODERES:**

Amplos e inerentes poderes, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no art. 105 do Código de Processo Civil, e os especiais, podendo representar em audiência, transigir, desistir, firmar compromisso, receber intimações, renunciar, receber e dar quitação, receber alvarás judiciais em cartório, recorrer para qualquer instância ou tribunal, substabelecer, com ou sem reserva de poderes, podendo, ainda, representar perante os órgãos da Administração Pública Direta ou Indireta, tais como Hospitais Públicos, Delegacias Civis, IPC, IML, DML, GEMOL, podendo expressamente solicitar laudos e prontuários médicos em qualquer hospital público ou privado, tudo para o fiel cumprimento do presente mandato.

Rio Tinto /PB, 10 DE OUTUBRO DE 2017

Jailson Elias Fernandes

OUTORGANTE





**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Rio Tinto**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800439-60.2018.8.15.0581

**DESPACHO**

Intime-se a parte autora, através de seu advogado, para emendar a exordial no prazo de 15 dias, retificando o pedido de gratuidade judiciária de acordo com a Lei nº 13.105/2015.

Rio Tinto, 17 de outubro de 2018.

Judson Kíldere Nascimento Faheina

**JUIZ DE DIREITO**



Assinado eletronicamente por: JUDSON KILDERE NASCIMENTO FAHEINA - 26/10/2018 12:05:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18102612050608500000016778815>  
Número do documento: 18102612050608500000016778815

Num. 17229515 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE RIO TINTO – PB**

**Processo nº 0800439-60.2018.8.15.0581**

**JAILSON ELIAS FERNANDES**, já qualificado nos autos da presente **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT (INVALIDEZ)**, que move em face de **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu procurador signatário, informar e requerer o que se segue:

Em Petição Inicial, requereu-se o deferimento do pedido de gratuidade judiciária, nos exatos termos previstos pelo art. 4º Lei 1.060/1950 e 5º LXXIV da Constituição Federal, por não ter condições de arcar com as custas do processo sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.

Ocorre que no último Despacho, de Id nº 17229515, determinou-se a adequação do pedido de gratuidade judiciária.

Informa-se, em oportunidade, que não houve mudança na situação econômica do Requerente, permanecendo em situação de insuficiência econômica.

O ora Peticionante não dispõe de recursos para custear as despesas processuais, em especial para arcar com o pagamento dos honorários relativos à perícia a ser realizada para produzir prova essencial à configuração do direito do Autor.

Desse modo, consequentemente, torna-se inviável o custeio das despesas processuais e o pagamento dos honorários do perito, pleiteando, portanto, os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, assegurados pela Lei nº 1060/50 e consoante o art. 98, caput, do novo CPC/2015, Lei 13.105/15, *verbis*:

**Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.**

Infere-se do excerto acima que qualquer uma das partes no processo pode usufruir do benefício da justiça gratuita. Logo, o Requerente faz jus ao benefício, haja vista não ter condições de arcar com as despesas do processo sem prejuízo de sua manutenção.

Mister frisar, ainda, que, em conformidade com o art. 99, § 1º, do novo CPC/2015, o pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado por petição simples e durante o curso do processo, tendo em vista a possibilidade de se requerer em qualquer tempo e grau de jurisdição os benefícios da justiça gratuita, ante a alteração do status econômico.

Ainda sobre a gratuidade a que tem direito o Requerente, o novo Código de Ritos Civis dispõe em seu art. 99, § 3º, que:



***“presume-se verdadeira a alegação de insuficiência deduzida exclusivamente por pessoa natural”.***

Assim, à pessoa natural basta a mera alegação de insuficiência de recursos, sendo desnecessária a produção de provas da hipossuficiência financeira.

Desta forma, *ex positis*, pois, preenchidos os requisitos exigidos para a concessão do benefício pleiteado, como medida de Justiça e de Direito que se vislumbra neste momento, requer:

a) O deferimento do pedido a fim de que seja concedida a JUSTIÇA GRATUITA, ante ao pedido pelo Requerente de que faz jus ao benefício, consoante os arts. 98 e seguintes do CPC e a Lei nº 1.060/50;

Termos em que,

Pede e aguarda deferimento.

João Pessoa, 11 de Março de 2019.

**Daniel Vieira Smith**

OAB/PB 19.193



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 11/03/2019 15:14:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031115143984900000019163385>  
Número do documento: 19031115143984900000019163385

Num. 19695361 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Rio Tinto**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800439-60.2018.8.15.0581

**DESPACHO**

Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98 do CPC.

Designo **audiência de conciliação** para o dia **25/08/20, às 10h.**

**Cite-se** a parte promovida com pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência, nos termos do art. 334 do CPC.

A parte autora será intimada na pessoa do advogado (art. 334, §3º, CPC).

Cientes as partes quanto à possibilidade de constituírem representantes com poderes para negociar e transigir, bem como, que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, §8º, CPC).

Cientifique-se a parte promovida de que lhe é facultado oferecer contestação no prazo de 15 (quinze) dias, a partir da audiência de conciliação quando não houver comparecimento de alguma das partes ou, comparecendo, não houver autocomposição, ou ainda do seu eventual protocolo do pedido de cancelamento da audiência de conciliação, ocasião em que poderá apresentar tudo o que interesse a sua defesa, além de preliminares, incompetência relativa, incorreção do valor da causa e indevida concessão de justiça gratuita.

**Cumpra-se.**

Rio Tinto, 6 de novembro de 2019.

Judson Kildere Nascimento Faheina

**JUIZ DE DIREITO**



Assinado eletronicamente por: JUDSON KILDERE NASCIMENTO FAHEINA - 11/11/2019 12:39:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111112393339400000025083156>  
Número do documento: 19111112393339400000025083156

Num. 25955788 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DE RIO TINTO

Rua Tenente José de França, s/n – Centro – CEP: 58297-000 -Rio Tinto- PB. Fone: (83) 3291-1881 - E-mail:  
rio-vuni@tjpb.jus.br

**EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO DA PARTE AUTORA PARA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**

Rio Tinto, 1 de abril de 2020

**Processo nº: 0800439-60.2018.8.15.0581**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[SEGURO]

AUTOR: JAILSON ELIAS FERNANDES

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A



Assinado eletronicamente por: FLAVIO RICARDO SOUZA DE MORAIS - 01/04/2020 19:25:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040119255292500000028492229>  
Número do documento: 20040119255292500000028492229

Num. 29603679 - Pág. 1

De ordem do MM. Juiz de Direito desta comarca, **fica(m) a(s) parte(s) AUTOR: JAILSON ELIAS FERNANDES, através de seu(s) advogado(s) cadastrado(s) no PJE, INTIMADA(s)** para comparecer(em) neste juízo, no endereço supra, à AUDIÊNCIA designada: **Tipo: Conciliação Sala: Sala 1** Data: **25/08/2020 Hora: 10:00**.

Cientes as partes quanto à possibilidade de constituírem representantes com poderes para negociar e transigir, bem como, que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, § 8º, CPC).

Atenciosamente,

FLAVIO RICARDO SOUZA DE MORAIS

Analista/Técnico(a) Judiciário(a)



Assinado eletronicamente por: FLAVIO RICARDO SOUZA DE MORAIS - 01/04/2020 19:25:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040119255292500000028492229>  
Número do documento: 20040119255292500000028492229

Num. 29603679 - Pág. 2



**ESTADO DA PARAÍBA**

**PODER JUDICIÁRIO**

**COMARCA DE RIO TINTO**

**Rua Tenente José de França, s/n – Centro – CEP; 58297-000 -Rio Tinto- PB. Fone: (83) 3291-1881 - E-mail:  
rio-vuni@tjpb.jus.br**

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

Rio Tinto, 1 de abril de 2020

**Processo nº: 0800439-60.2018.8.15.0581**

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

[SEGURO]

**AUTOR: JAILSON ELIAS FERNANDES**



Assinado eletronicamente por: FLAVIO RICARDO SOUZA DE MORAIS - 01/04/2020 19:25:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040119255364200000028492231>  
Número do documento: 20040119255364200000028492231

Num. 29603681 - Pág. 1

**AO (À)**

**Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A  
Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, BAIRRO DOS ESTADOS, JOÃO  
PESSOA - PB - CEP: 58030-001**

De ordem do MM. Juiz de Direito desta comarca, cito Vossa Senhoria para tomar ciência dos autos da ação supra, movida contra si, conforme cópia da inicial disponível pelo *link* abaixo, e intimo para, acompanhado de advogado, comparecer à audiência **Tipo: Conciliação Sala: Sala 1 Data: 25/08/2020 Hora: 10:00**, no fórum desta comarca, sito no endereço acima, nos termos do art. 334, NCPC.

Fica Vossa Senhoria ciente quanto à possibilidade de constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir (art. 334, § 10º, NCPC), bem como, que o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, § 8º, NCPC).

Cientifique-se de que lhe é facultado oferecer contestação no prazo de 15 (quinze) dias, a partir da audiência de conciliação quando não houver comparecimento de alguma das partes ou, comparecendo, não houver autocomposição, ou ainda do seu eventual pedido de cancelamento da audiência de conciliação, ocasião em que poderá apresentar tudo o que interesse a sua defesa, além de preliminares, incompetência relativa, incorreção do valor da causa e indevida concessão da justiça gratuita.

Atenciosamente,

FLAVIO RICARDO SOUZA DE MORAIS



Assinado eletronicamente por: FLAVIO RICARDO SOUZA DE MORAIS - 01/04/2020 19:25:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040119255364200000028492231>  
Número do documento: 20040119255364200000028492231

Num. 29603681 - Pág. 2

Analista/Técnico(a) Judiciário(a)

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, Lei nº 11.419/2006]

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ E DOCUMENTOS DO PROCESSO ACIMA  
MENCIONADOACESSE O LINK:**

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: "Chave de acesso"

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	18071121354217400000014922807
Juntada de Documentos Comprobatórios	Petição	18072318122550600000015119232
RG CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Documento de Identificação	18072317552244300000015120046
BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL	Documento de Comprovação	18072317555198000000015120069
COMPROVANTE DE PROTOCOLO	Documento de Comprovação	18072317560668800000015120079
CARTA DPVAT JAILSON ELIAS 1	Documento de Comprovação	18072317562358400000015120090
CARTA DPVAT JAILSON ELIAS 2	Documento de Comprovação	18072317564030300000015120097
ATESTADO MEDICO	Documento de Comprovação	18072317565532100000015120107
RECEITUARIO MEDICO	Documento de Comprovação	18072317571020000000015120114
LAUDO MEDICO E PRONTUARIO PARTE 1	Documento de Comprovação	18072317572375700000015120117
LAUDO MEDICO E PRONTUARIO PARTE 2	Documento de Comprovação	18072317574462300000015120127
RELATORIO DE CIRURGIA 1	Documento de Comprovação	18072317582608200000015120142
RELATORIO DE CIRURGIA 2	Documento de Comprovação	18072317591381900000015120169
RESUMO DE ALTA	Documento de Comprovação	18072317593120100000015120180
AUTORIZACAO DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação	18072318000883100000015120208
DECLARACAO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML	Documento de Comprovação	18072318001951600000015120210
DECLARACAO DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação	18072318003787600000015120222



DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO	Documento de Comprovação	18072318005427700000015120231
DOCUMENTO DO VEICULO	Documento de Comprovação	18072318014255600000015120260
Documentos Comprobatórios Anexos	Petição	18072318173447100000015120731
CAT E REQUERIMENTO INSS	Documento de Comprovação	18072318155910200000015120776
AUTORIZACAO DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação	18072318163686200000015120792
DECLARACAO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML	Documento de Comprovação	18072318164280000000015120796
DECLARACAO DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação	18072318164953100000015120806
DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO	Documento de Comprovação	18072318165769800000015120817
DOCUMENTO DO VEICULO	Documento de Comprovação	18072318170436600000015120822
PROCURACAO	Procuração	18072318171661500000015120837
Despacho	Despacho	18102612050608500000016778815
Petição pelo Autor	Petição	19031115143984900000019163385
Despacho	Despacho	19111112393339400000025083156



Assinado eletronicamente por: FLAVIO RICARDO SOUZA DE MORAIS - 01/04/2020 19:25:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040119255364200000028492231>  
 Número do documento: 20040119255364200000028492231

Num. 29603681 - Pág. 4



Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Rio Tinto

Rua Tenente José de França, S/N, Centro, RIO TINTO - PB - CEP: 58297-000

---

Número do Processo: 0800439-60.2018.8.15.0581  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto:  
Polo ativo: AUTOR: JAILSON ELIAS [Seguro]  
Polo passivo: REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A FERNANDES

#### CERTIDÃO

Certifico que, em virtude do Atos Normativos Conjuntos TJPB/MPPB/DPE-PB/OAB-PB (*medidas de prevenção ao contágio pelo coronavírus - COVID-19*), a realização da audiência marcada nestes autos foi cancelada, ficando a mesma, de ordem do MM. Juiz desta comarca, redesignada para o dia 04/12/2020 às 13h50

Certifico que, ainda de ordem segue o processo para o Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC)-  
SEMANA DA CONCILIAÇÃO

RIO TINTO, 8 de outubro de 2020  
JAILZA HORTENCIO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: JAILZA HORTENCIO DA SILVA - 08/10/2020 13:03:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100813033573500000033697361>  
Número do documento: 20100813033573500000033697361

Num. 35265880 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA**

**PODER JUDICIÁRIO**

**COMARCA DE RIO TINTO**

**Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC)**

Rua Tenente José de França, s/n – Centro – CEP; 58297-000 -Rio Tinto- PB. Fone: (83) 3291-1881 - E-mail: rio-vuni@tjp.br.jus.br

**EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO DA PARTE AUTORA PARA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO POR  
VIDEOCONFERÊNCIA**

Rio Tinto, 8 de outubro de 2020

**Processo nº: 0800439-60.2018.8.15.0581**



Assinado eletronicamente por: JAILZA HORTENCIO DA SILVA - 08/10/2020 13:08:12  
<http://pje.tjp.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100813081210700000033698038>  
Número do documento: 20100813081210700000033698038

Num. 35266465 - Pág. 1

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[Seguro]

AUTOR: JAILSON ELIAS FERNANDES

REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

De ordem do MM. Juiz de Direito do **Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC)** desta comarca,  
**fica(m) a(s) parte(s) AUTOR: JAILSON ELIAS FERNANDES**, através de seu(s) advogado(s) cadastrado(s) no PJE,  
**INTIMADA(s)** para comparecer(em) à AUDIÊNCIA designada: **Tipo: Conciliação Sala: SALA CEJUSC RIO TINTO Data:**  
**04/12/2020 Hora: 13:50**, a qual será realizada por **videoconferência** através do aplicativo **ZOOM**, que pode ser instalado no  
celular ou computador, cujo acesso deve ser através do link ou ID e senha que segue:

[Entrar na reunião Zoom](#)



Assinado eletronicamente por: JAILZA HORTENCIO DA SILVA - 08/10/2020 13:08:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100813081210700000033698038>  
Número do documento: 20100813081210700000033698038

Num. 35266465 - Pág. 2

<https://zoom.us/j/5563065768?pwd=bW1RMzNuMFRLNFpodmlBSkJPSXZoQT09>

ID da reunião: **556 306 5768**

Senha de acesso: **riotinto**

OBSERVAÇÕES: 1) Eventual problema de acesso favor entrar em contato com o telefone celular do Fórum de Rio Tinto: [\(83\) 99145-4944](#). 2) Caso a parte não tenha acesso à tecnologia para participar da audiência pelo aplicativo, deve comparecer ao fórum de Rio Tinto, localizado no endereço supra, no dia e hora da audiência.

Cientes as partes quanto à possibilidade de constituírem representantes com poderes para negociar e transigir, bem como, que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, § 8º, CPC).

Atenciosamente,

JAILZA HORTENCIO DA SILVA

Analista/Técnico(a) Judiciário(a)



Assinado eletronicamente por: JAILZA HORTENCIO DA SILVA - 08/10/2020 13:08:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100813081210700000033698038>  
Número do documento: 20100813081210700000033698038

Num. 35266465 - Pág. 3



**ESTADO DA PARAÍBA**

**PODER JUDICIÁRIO**

**COMARCA DE RIO TINTO**

**Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC)**

Rua Tenente José de França, s/n – Centro – CEP; 58297-000 -Rio Tinto- PB. Fone: (83) 3291-1881 - E-mail: rio-vuni@tjpj.jus.br

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO PARA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO POR  
VIDEOCONFERÊNCIA**

Rio Tinto, 8 de outubro de 2020

**Processo nº: 0800439-60.2018.8.15.0581**

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

[Seguro]

**AUTOR: JAILSON ELIAS FERNANDES**

---

**Ao (à)**

**Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A  
Endereço: AV PRESIDENTE EPITACIO PESSOA, 723, - de 1147 a 1741 - lado ímpar, ESTADOS,  
JOAO PESSOA - PB - CEP: 58030-001**

De ordem do MM. Juiz de Direito do **Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC)** desta comarca, cito Vossa Senhoria para tomar ciência dos autos da ação supra, movida contra si, conforme cópia da inicial disponível pelo link abaixo, em cujo feito foi designada audiência **Tipo: Conciliação Sala: SALA CEJUSC RIO TINTO Data: 04/12/2020 Hora: 13:50**, a qual será realizada por videoconferência através do aplicativo ZOOM, que pode ser instalado no celular ou computador, e portanto intimo Vossa Senhoria para comparecer acompanhado de advogado, devendo o acesso à audiência ser realizado pelo link:

[Entrar na reunião Zoom](#)

**<https://zoom.us/j/5563065768?pwd=bW1RMzNuMFRLNFpodmlBSkJPSXZoQT09>**

ID da reunião: **556 306 5768**

Senha de acesso: **riotinto**

OBSERVAÇÕES: 1) Eventual problema de acesso favor entrar em contato com o telefone celular do Fórum de Rio Tinto: [\(83\) 99145-4944](#). 2) Caso a parte não tenha acesso à tecnologia para participar da audiência pelo aplicativo, deve comparecer ao fórum de Rio Tinto, localizado no endereço supra, no dia e hora da audiência.

Fica advertida Vossa Senhoria de que o não comparecimento importará em REVELIA e considerar-se-ão verdadeiras as alegações iniciais, salvo se o contrário resultar da convicção do Juiz, e será proferido julgamento de plano e, ainda, que foi concedida a inversão do ônus da prova em favor da parte autora, conforme art. 6º, inciso VIII, do CDC.

Sendo assim, fica V. Sa. devidamente citada e intimada, para todos os termos do processo.

Atenciosamente,

**JAILZA HORTENCIO DA SILVA**

Analista/Técnico(a) Judiciário(a)

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ E DOCUMENTOS DO PROCESSO ACIMA MENCIONADO ACESSE O LINK:**

<https://pje.tpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: "Chave de acesso"

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	18071121354217400000014922807
Juntada de Documentos Comprobatórios	Petição	18072318122550600000015119232
RG CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Documento de Identificação	18072317552244300000015120046
BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL	Documento de Comprovação	18072317555198000000015120069
COMPROVANTE DE PROTOCOLO	Documento de Comprovação	18072317560668800000015120079
CARTA DPVAT JAILSON ELIAS 1	Documento de Comprovação	18072317562358400000015120090
CARTA DPVAT JAILSON ELIAS 2	Documento de Comprovação	18072317564030300000015120097
ATESTADO MEDICO	Documento de Comprovação	18072317565532100000015120107
RECEITUARIO MEDICO	Documento de Comprovação	18072317571020000000015120114
LAUDO MEDICO E PRONTUARIO PARTE 1	Documento de Comprovação	18072317572375700000015120117
LAUDO MEDICO E PRONTUARIO PARTE 2	Documento de Comprovação	18072317574462300000015120127
RELATORIO DE CIRURGIA 1	Documento de Comprovação	18072317582608200000015120142
RELATORIO DE CIRURGIA 2	Documento de Comprovação	18072317591381900000015120169
RESUMO DE ALTA	Documento de Comprovação	18072317593120100000015120180
AUTORIZACAO DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação	18072318000883100000015120208
DECLARACAO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML	Documento de Comprovação	18072318001951600000015120210
DECLARACAO DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação	18072318003787600000015120222
DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO	Documento de Comprovação	18072318005427700000015120231
DOCUMENTO DO VEICULO	Documento de Comprovação	18072318014255600000015120260
Documentos Comprobatórios Anexos	Petição	18072318173447100000015120731
CAT E REQUERIMENTO INSS	Documento de Comprovação	18072318155910200000015120776

AUTORIZACAO DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação	18072318163686200000015120792
DECLARACAO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML	Documento de Comprovação	18072318164280000000015120796
DECLARACAO DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação	18072318164953100000015120806
DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO	Documento de Comprovação	18072318165769800000015120817
DOCUMENTO DO VEICULO	Documento de Comprovação	18072318170436600000015120822
PROCURACAO	Procuração	18072318171661500000015120837
Despacho	Despacho	18102612050608500000016778815
Petição pelo Autor	Petição	19031115143984900000019163385
Despacho	Despacho	19111112393339400000025083156
Expediente	Expediente	20040119255292500000028492229
Carta	Carta	20040119255364200000028492231
Certidão	Certidão	20100813033573500000033697361