

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.

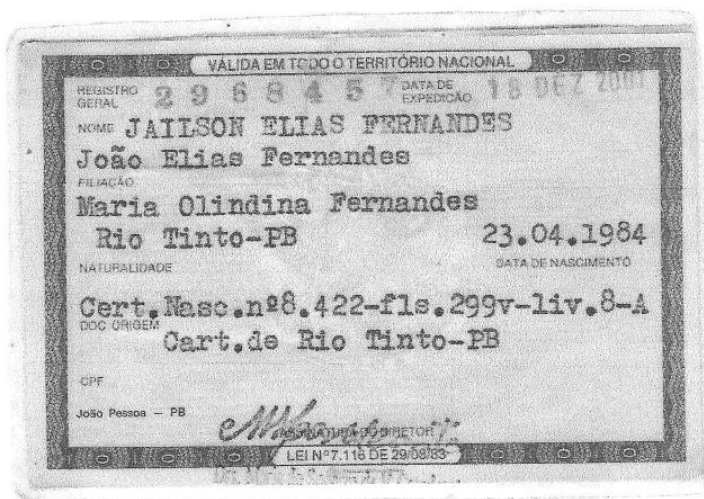
Termos em que pede e espera deferimento,

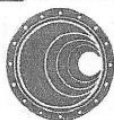
Rio Tinto/PB, 23 de julho de 2018.

Daniel Vieira Smith

OAB/PB n.º 19.193







CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 226 - Jaguaribe, João Pessoa - PB
CEP: 58.015-970 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

69406472

REFERENCIA

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
009.02.149.0278	0	Residencial	Comercial	Industrial	Pública	69406472
009.02.149.0278	0	1	0	0	0	69406472
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16N124310	19/09/2016	1	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m3) NUM. DE DIAS PROXIMA LEITURA				
103	103	0	30	25/08/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-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			
DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)	
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 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:

06/08/2017

Total a Pagar:

R\$68,91

V.16.11 R. 1.0

COMUNICAÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
MÉTODO DE FATURAMENTO: MÉDIA TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICÃO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.

INFORMAÇÕES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

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

82680000000-0 68910010826-5 94064720720-5 17000000002-7



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:13:06

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072317552244300000015120046

Número do documento: 18072317552244300000015120046



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, escrevã(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:

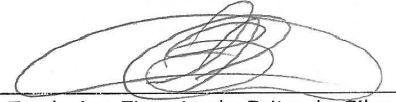
Veículo marca/modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, cor: VERMELHA, placa: QFR 6635/PB, ano: 2017, chassi: 9C2KC2210HR508344 em nome de JAILSON ELIAS FERNANDES

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, escrevã(o) que digitei.


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

Nº do processo: **0800439-60.2018.8.15.0581**
Argão julgador: **Vara Única de Rio Tinto**
Jurisdção: **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	Lei
DIREITO CIVIL / OBRIGAÇÕES / ESPÉCIES DE CONTRATOS / SEGUR	Lei nº 10.406/02 (Código Civil)

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

Complemento	Valor
2	SEGURO DPVAT

Distribuído em: 11/07/2018 21:36

Protocolado por: DANIEL VIEIRA SMITH



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JAILSON ELIAS FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180289044**

Vítima: **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



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JAILSON ELIAS FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180289044**

Vítima: **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

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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** 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

Pag. 01029/01030 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13041992





ATESTADO MÉDICO

*for
Jed.*

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Wilson Elias 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 (Sessenta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 18/09/17

Dr. Luiz Portela
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM-PA 88477 EOT 11185

_____ do(a) Médico(a)

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

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(Nº).C.C.003-1





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

Aterido

*Aterido que faz
Elias, Fernando
necessita de 07
(sete) dias de afastamento do trabalho por motivo de doença, a partir da data acima*

*11
09
17*

Dr. Antonio Luiz da Silva
CRM 1616 / CPF 181.596.584-48
Médico de Trabalho - Rua do Sítio 2221-2222
Pça. João Pessoa, 20-Rio Tinto-PB

Mamanguape, ____/____/____



Profissional - Carimbo





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JAILSON ELIAS FERNANDES
DADOS DE NASCIMENTO 23/04/84
NOME DA MÃE MARIA OLINDINA FERNANDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.026.663
Nº PRONTUARIO 104.214
DATA DO ATENDIMENTO 11/09/17
HORA DO ATENDIMENTO
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

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.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia - AP
RX da coxa D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do fêmur D ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento no tratamento cirúrgico pelo Dr. Roberto Santos no 1º tempo e pelo Dr. Leopoldo Viana e Dr. José Rodriguez no 2º tempo.

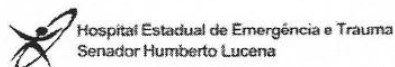
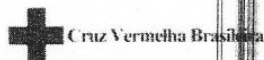
ALTA HOSPITALAR: 18/09/17
DATA DA EMISSÃO: 06/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
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
Mãe FRANCISCA ELIAS FERNANDES	Pai		Prontuário
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	Tipo 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 1000005986445	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	Pulso 98
Temperatura 37,8			
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	
Dados clínicos Paciente vítima de acidente de moto X cova, consciente, orientado, supnuc encaminhado ao QDI			
Diagnóstico			
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO			
Assinado por Janeleide F. Nascimento Arruda Enfermeira COREN-PB 366.348 01min 59seg			

Imprimir

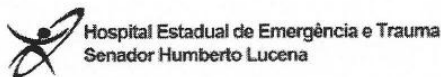
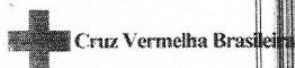
11/09/2017 10

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:46

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072317527375700000015120117

Número do documento: 18072317527375700000015120117

Num. 15503831 - Pág. 2



SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente JAILSON ELIAS FERNANDES	BAE 1026663	Data/Hora Entrada 11/09/2017 10:29:02	Data Baixa
Data de nascimento 23/04/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS 201132378840004
Mãe FRANCISCA ELIAS FERNANDES			Telefone de Contato (83) 993272012
Endereço CONJUNTO BOMFIM, SN	Bairro CENTRO	Município RIO TINTO	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA	UF PB
Data/Hora Classificação 11/09/2017 10:29:02		Nº Cons. Regional 6913/PB	
		Data/Hora Prescrição 11/09/2017 10:41:26	

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 R DE OUTRO SERVICO EVIDENCIA FRATURA DO FEMUR DIRJ 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

em observação

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 16093 - CON-PB 17884

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
(6913/PB)

JAILSON ELIAS FERNANDES



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

11/09/17

10:30h

Serviço Socio

Paciente acomodado no leito com
cat. fêmea, aguardando procedimento
cirúrgico no encontro com acompanhante
sem sequelas óbvias.

Juliana de Oliveira e Silva
Assistente Social
CRESS 4840

LSP




Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072317574462300000015120127>

Número do documento: 18072317574462300000015120127

Num. 15503841 - Pág. 2

	SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
IAIOP				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
IAIOP				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Jackson Elias Fernandes			106663	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO			11 - TELEFONE DE CONTATO	
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3			Nº DO TELEFONE	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
14 - Cód. IBGE, MUNICÍPIO			15 - UF	
16 - CEP				
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
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	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
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			36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
B. Braun / THC				
37 - QTDE.				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
Agulha de globo ex 4,5 Placa OCP longa 10 cm Para fusos verticais nº 30/1 - 34/3 - 36/2 - 38/2				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
			15/09/17	
41 - DOCUMENTO			42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS () CPF				
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
47 - DOCUMENTO			48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
() CNS () CPF				
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: JAISON DUM FOMON BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: FX DISTAL DA FEMUR (D)
Cirurgião: DR. WAGNER 1º Assistente: DR. JOÃO PESSOA
2º Assistente: DR. MARCOS (R) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. VITOR
Tipo de Anestesia: RAPI Horário: Início ____:____:____ Término ____:____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>(D) FX DISTAL DA FEMUR (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>OITO CILINDROS COM NAFI +</u>	
<u>FIXAÇÃO COM PLACA DE 4,5mm +</u>	
<u>PARAFUSOS.</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: _____

João Pessoa, 15/09/14

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

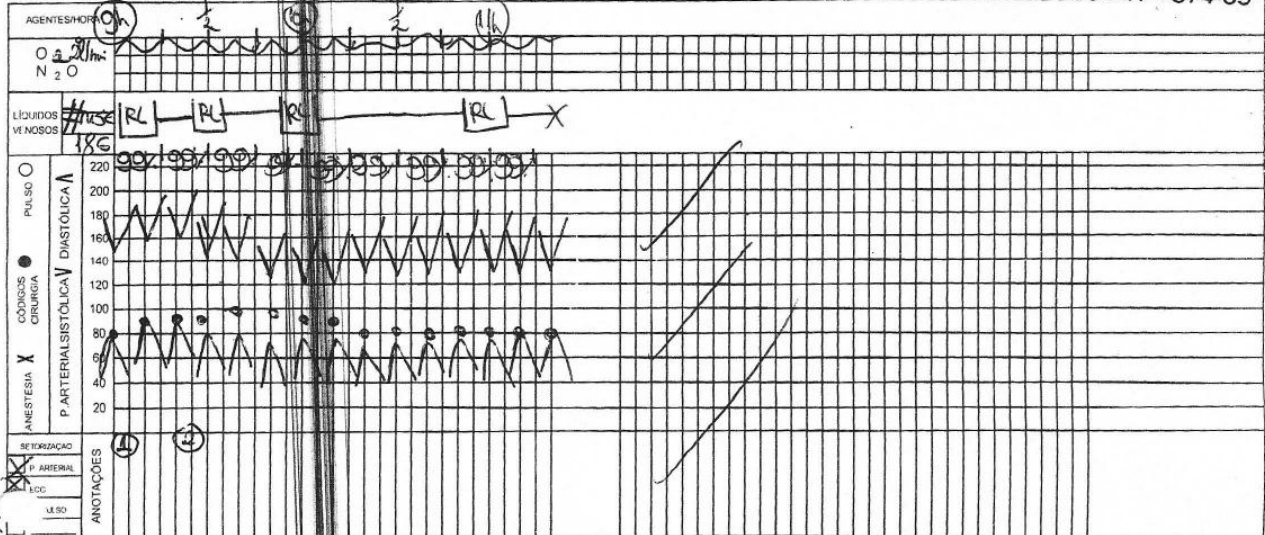
FICHA DE ANESTESIA



DATA: 15/09/17

PRONTUÁRIO: 1023429

PACIENTE: JAILSON ELIAS FERNANDES	SEXO: M	COR: PD	IDADE: 33 ANOS
PRESSÃO ARTERIAL 150x80	PULSO 75 BPM	RESPIRAÇÃO EUPNEICA	TEMPERATURA
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	PESO	GRUPO SANGUÍNEO	
EXAMES COMPLEMENTARES VPM			
AP. RESPIRATÓRIO NDN	AP. CIRCULATÓRIO NDN		
AP. DIGESTIVO JEJUM	ESTADO MENTAL LOTE	DROGAS EM USO NEGA	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA		ESTADO FÍSICO (ASA) I	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE FÊMUR DISTAL (D)			
CIRURGIA REALIZADA TRAM. CIRURGICO FRAT. FÊMUR DISTAL (D)			
CIRURGIÃO DR. LEOPOLDO	AUXILIARES DR. FREDERICO		
INÍCIO DA ANESTESIA 9h	TÉRMINO DA ANESTESIA 11:15h	DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h15min	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES RS	Vanessa França de Sousa
ANESTESISTA DR. VANESSA F.	CPF	CRM-PB	Médica / CRM-PB 8287
			CPF 064.171.374-65



<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
TÉCNICA: 1 BLOQ. DE N. FEMORAL COM AGULHA DE PLEXO A50 + NE (0,8) + I + R					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
GLICOSE	1 NOVAPUR 0,5% CIVDSO - 20ml	11			
NAOL	2 LIDOCAINA 2% CIVDSO - 20ml	12			
SANGUE	3 BUPIVACAINA ISOBARICA - 15mg	13			
RINGER	4 CEFTRIAXONA - 2g	14			
TOTAL	5 DEXAMETASONA - 10mg	15			
DESTINO DO PACIENTE	6 DIPLOVA - 4g	16			
<input type="checkbox"/> APT	7 MIDAZOLAM - 3mg/2mg	17			
<input type="checkbox"/> UTI	8 FENTANIL - 100mcg	18			
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	9 FLUMAZENIL	19			
<input type="checkbox"/> OUTROS	10	20			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
ASSINATURA DO ANESTESISTA:					
F.(NG).ASCIR.026-1					

Vanessa França de Sousa
Médica / CRM-PB 8287
CPF 064.171.374-65



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072317582608200000015120142>

Número do documento: 18072317582608200000015120142

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Guilherme Elias Fernandes
 IDADE: 33 ANOS SEXO: M ENFERMARIA: 03 LEITO: 03
 CIRURGIA: DM. Fratura diáfise de fêmur D
 CIRURGIÃO: DR. Marcelo PAUX: DR. Mateus (MR); DR. João Rodrigo
 ANESTESIA: Bloqueio e Raqui
 ANESTESISTA: DR. Valécio
 INSTRUMENTADOR: DR. Valécio
 DATA: 15/09/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 9:00 FIM: 11:30 CIRURGIA: INÍCIO: 11:30 FIM: 13:30
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	500g/1	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	500g/1	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	30 L
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº11	FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA Nº	20 L
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	OK	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	OK	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MÁSCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPÓRFOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	1	SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA 3ML	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 5ML	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	KIT. PAM	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		
DIPIRONA SÓDICA	CHAPA PARA OSSO		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		
EFEDRINA	COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	12	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONIOSO	
HIIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	12	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI	1	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR
TENOXICAN	ESPARADRAPO	1	FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURI ELÉTRICO
	GAZES	12	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CAPNÓGRAFO
	GAZES ALGODOADAS	12	FIO ALGODÃO C/A Nº		() CÁRDIOMONITOR
	GEL ELETROLÍTICO	OK	FIO ALGODÃO C/A Nº		() DESFIBRILADOR
	JELCO Nº14				() FOCO AUXILIAR
	JELCO Nº16				() FOCO CENTRAL
					() MICROSCOPIO
					() OXÍMETRO DE PULSO
					() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
					() PERFURADOR ELÉTRICO
					() SERRA
					CIRCULANTE

Agulha de 25x08
 Bloqueio de 150g
 Toca do bloco de 10 pontos
 Para pontos corticais nº 30/1 - 34/3
 36/2 - 38/2

(RNG), ASCIR 021-2

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DM, sob anestesia
- 2) Antéscio + Assépsia
- 3) Posição de membros inferiores

Incisão:

- 1) Linha de incisão lateral da coxa
- 2) Cuidados de hemostasia
- 3) Divulgação por punção

Achados:

- 1) FX distal da tíbia os fêmur 2)

Conduta:

- 1) Preparação do polo os fêmur
- 2) Manobra de redução + Fixação com placa DCP 4,5mm
- 3) 10 pontos + 8 pontos contínuos
- 4) Limpeza com SF 0,22.
- 5) Fechamento por pontos
- 6) Curativos normais
- 7) Rx os membros

Fechamento:

Observação:

João Pessoa, 15/09/14

Médico/CRM:

Dr. Daniel Vieira Smith
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: Jaílson Elias Fernandes BE/Prontuário
Idade: 33 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: 11/9/14
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur
Cirurgião: Dr. Roberto Santos 1° Assistente: Dr. D.
2° Assistente: _____ 3° Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Glaucio
Tipo de Anestesia: sedação Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur</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. Roberto A. Santos
Ortop. Traumatologia
CRM 15.721

João Pessoa, 11/9/14

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

18

NOME DO PACIENTE: Jailson Elias Fernandes

IDADE: 33 BE: 2026663 INFETADO: LEITO

CIRURGIA: Prost. Transesquelética em MP.

CIRÚRGIO: Dr. Roberto Santos

ANESTESIA: Sedação

ANESTESISTA: Dr. Gláucio + Roberto (R1)

INSTRUMENTADOR: —

DATA: 16/09/17 TEMPO CIRÚRGICO: — ANESTESIA: INÍCIO: 11:30 FIM: — CIRURGIA: INÍCIO: 11:35 FIM: —

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA ()

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISORÁRICA	<u>50 500ml</u>	JELCO Nº20		FIO CAT. GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	<u>50 2L</u>	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	<u>SOLUÇÕES</u>	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	<u>ALCOOL ETÍLICO 70%</u>	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	<u>VPPI DEGERMANTE</u>	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	<u>VPPI TINTURA</u>	LÂMINA BISTURI Nº24	<u>1</u>	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	<u>VPPI TÓPICO</u>	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	<u>SABÃO ANTISÉPTICO</u>	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	<u>MATERIAIS</u>	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	<u>OK</u>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	<u>AGULHA 13X4,5</u>	LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	<u>AGULHA 25X07</u>	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	<u>7</u>	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM	<u>AGULHA 25X08</u>	LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	<u>AGULHA 40X12</u>	LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM	<u>AGULHA PERIDURAL Nº16</u>	MÁSCARA CIRÚRGICA	<u>OK</u>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	<u>AGULHA PERIDURAL Nº17</u>	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	<u>AGULHA PERIDURAL Nº18</u>	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	<u>AGULHA RAQUI Nº25G</u>	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	<u>AGULHA RAQUI Nº26G</u>	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	<u>AGULHA RAQUI Nº27G</u>	SERINGA 3ML <u>12ml</u>	<u>OK</u>	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	<u>ALGODÃO ORTOPÉDICO</u>	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº <u>4,5</u>	<u>1</u>
SUXAMETÔNIO	<u>ATADURA DE CREPOM</u>	SERINGA 10ML	<u>OK</u>	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	<u>ATADURA GESSADA</u>	SERINGA 20ML	<u>OK</u>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	<u>7</u>	CATETER DE OXIGÊNIO	<u>1</u>	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA	<u>7</u>	CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS <u>BT 1</u>		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	<u>2</u>	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	<u>1</u>	EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	<u>1</u>	() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE VPPI	<u>1</u>	() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	<u>OK</u>	() CÁRDIOMONITOR	
		GAZES <u>Pet 2</u>		() DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODOADAS		() FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	

Dr. Gláucio + Roberto

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	profunda e extensa pelo corpo doente
Achados:	Instabilidade grave traumatoelástica ao girar do fêmur D.
Conduta:	osteotomia pelo corpo.
Fechamento:	
Observação:	Foi realizada a osteotomia e fixação do fêmur D. com placa e parafusos.

Médico/CRM:


Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM 1501

João Pessoa, 11/9/14

F(NG).ASCIR.009-1



Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Wilson Dias Fernandes</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Frat. Femur.</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Rx</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>NAFi - 2 leopoldo</u>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não (x) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado (x) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>operado em 15/08/17</u>			
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:			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____		para retorno ao ponto.	
Ao ambulatório _____		em 30 dias para avaliação.	
João Pessoa: <u>18/09/17</u> de _____ de _____			
Ass. Médico/CRM _____			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento nos pontos para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

2.500.094.003

F(NG).APC.002-2



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072317593120100000015120180>

Número do documento: 18072317593120100000015120180

Num. 15503897 - Pág. 1



Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome:			N 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:				
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:				
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



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072317593120100000015120180>

Número do documento: 18072317593120100000015120180



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 2968457 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 18/12/2016
 CPF 068609134-52 / CNPJ 000000000-00000-00. 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 Lotéricas 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), 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 TIND/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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:12:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072318000883100000015120208>

Número do documento: 18072318000883100000015120208

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JAILSON ELIAS FERNANDES, portador da carteira de identidade nº 2968457 e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.609.134-52, residente e domiciliado na AV. PROJETADA, S/Nº, 11 ST. 02, 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 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>11 ST. 02</u>
Bairro	<u>CENTRO</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 EUAS 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)
PROJETADA, nº S/Nº,
complemento 11 ST. 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 EUAS FERNANDES, cujo o condutor era
JAILSON EUAS 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

X Jailson Elias Fernandes
Assinatura do Declarante

X Jailson Elias Fernandes

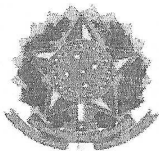
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 012974463098		PB Nº 012974463098	
1 - VIA - COD. RENAVAM - EXERCÍCIO 1 - 0111737552-5 - 00/00000000 - 2017		1 - VIA - CPF / CNPJ - DATA EMISSÃO 06860913452 - 11/05/2017	
1 - NOME JAILSON ELIAS FERNANDES		1 - PLACA - COMBUSTÍVEL 06860913452 - QFR6635/PB	
1 - PLACA ANT./UF - CHASSI NOVO - PB - 9C2KC2210HR508344		1 - RENAVAM - MARCA / MODELO 01117375525 - HONDA/CG 160 TITAN EX	
1 - ESPECIE TIPO - ANO FAB. - ANO MOD. PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. - 2017 - 2017		1 - ANO FAB. - Nº CHASSI 2017 - 9C2KC2210HR508344	
1 - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE 2 P/162 /CI - VERMELHA		1 - COTA ÚNICA - VENC./COTAS 1ª - 00/00/0000	
1 - COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA 1ª - 00/00/0000		1 - FAIXA IPVA - PARCELAMENTO/COTAS 2ª - 0	
1 - PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO ***** - ***** - ***** - 09/05/2017		1 - FMS (R\$) - DEVOLUÇÃO (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$) ***** - ***** - *****	
1 - SEGURO - OBSERVAÇÕES ***** - P A G O		1 - CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - SEGURO ***** - ***** - *****	
1 - A.F. ADM DE CONC. NACION HONDA LTDA		1 - PAGAMENTO - PARCELADO - DATA DE QUITAÇÃO <input type="checkbox"/> - QOTA ÚNICA - 09/05/2017	
1 - RIO TINTO - PB - LOCAL 41076		1 - DATA 11/05/2017	

Documentos Comprobatórios Anexos em formato PDF.





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

RIO TINTO

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

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

REQUERIMENTO Nº 183145032
BENEFÍCIO Nº 6202939650

(2ª Via)

Prezado (a) Sr(a)

JAILSON ELIAS FERNANDES

(NOME DO SEGURADO)

2968457

(RG/CERTIDÃO)

159 / 27

(CTPS/SÉRIE)

20113237884

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

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
CIPS	000159 Série: 00027 Dt emissão: UF: PB	Identidade	2968457 Dt emissão: Org 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	Exp. Local	PISTA LOCAL - MAMANGUAPE
CGC da Prestadora	CNPJ --	UF do Acidente	PB
Município do Acidente	MAMANGUAPE	Último dia	11/09/2017
Parte do Corpo	75.70.90.000 - MEMBROS INFERIORES, NIC	Trabalhado/Dt Óbito	
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

Maristela Rocha 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

Rocimar Jr, 26/09/17
Local e Data

Dr. Antonio Luiz da Silva
Assinatura e carimbo (legível) do médico com CRM/UF
CRM 1616 - CPF 731.596.584-46
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.



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 23/07/2018 18:17:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18072318155910200000015120776

Número do documento: 18072318155910200000015120776



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,
TITULAR DO RG Nº 2968457 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 18/12/2016
CPF 068609134-52 / CNPJ 000000000-00000-00. 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 Lotéricas 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), 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 TIND/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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JAILSON ELIAS FERNANDES, portador da carteira de identidade nº 2968457 e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.609.134-52, residente e domiciliado na AV. PROJETADA, S/Nº, 11 ST. 02, 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 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	<u>11 ST. 02</u>
Bairro	<u>CENTRO</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 EUAS 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)
PROJETADA, nº S/Nº,
complemento 11 ST. 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 EUAS FERNANDES, cujo o condutor era
JAILSON EUAS 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

X Jailson Elias Fernandes
Assinatura do Declarante

X Jailson Elias Fernandes

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





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

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

Número do documento: 18072318170436600000015120822

Num. 15504569 - Pág. 1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 012974463098		PB Nº 012974463098 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA 1 0111737552-5 00/00000000 2017		ESTÉ 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	
JAILSON ELIAS FERNANDES		EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 11/05/2017	
PLACA 06860913452		PLACA QFR6635/PB	
NOVO PB 9C2KC2210HR508344		RENAVAM 01117375525	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		MARCA/MODELO HONDA/CG 160 TITAN EX	
HONDA/CG 160 TITAN EX		Nº CHASSI 9C2KC2210HR508344	
2 P/162 /CI		ANO FAB 2017	
PARTIC		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
IPVA PAGO EM 00/00/0000		COTA ÚNICA 1º	
PARCELAMENTO/COTAS 0		2º	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0		3º	
PREMIO TOTAL (R\$) 0		DATA DE PAGAMENTO 09/05/2017	
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA		OBSERVAÇÕES	
RIO TINTO-PB LOCAL		DATA 11/05/2017	
41076		2472	

PRÊMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$) *****	DEVAT/TRAN (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) *****
CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) *****
PAGAMENTO <input type="checkbox"/> GOTA ÚNICA <input type="checkbox"/>	DATA DE QUITAÇÃO 09/05/2017
SEGURO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 08.248.608/0001-04	
2472-0901345-20170511	

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JAILSON ELIAS FERNANDES, BRASILEIRO, SOL-
TEIRO, ALIMENTADOR DE LINHA DE PRODUÇÃO,
RESIDENTE À RUA PROJETADA, S/Nº, 11 ST. 02,
CENTRO, RIO TINTO - PB, CEP: 58297-000, inscri-
to 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 n.º 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 Cíveis, 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



**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 oportuno, 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, conseqüentemente, 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





**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 Kíldere Nascimento Faheina

JUIZ DE DIREITO





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



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)





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



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



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 MENCIONADO ACESSSE 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





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: [Seguro]
Polo ativo: AUTOR: JAILSON ELIAS FERNANDES
Polo passivo: REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

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





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@tjpb.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



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



<https://zoom.us/j/5563065768?pwd=bW1RMzNuMFRLNFpodmlBSkJP SXZoQT09>

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](tel: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)





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@tjpb.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 EPITÁCIO PESSOA, 723, - de 1147 a 1741 - lado ímpar, ESTADOS,
JOÃO 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=bW1RMzNuMFRLNFpodmlBSkJPSToQT09>

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.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
Expediente	Expediente	20040119255292500000028492229
Carta	Carta	20040119255364200000028492231
Certidão	Certidão	20100813033573500000033697361