



Número: **0800439-60.2018.8.15.0581**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Rio Tinto**

Última distribuição : **11/07/2018**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON ELIAS FERNANDES (AUTOR)		DANIEL VIEIRA SMITH (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
15299 236	11/07/2018 21:36	Petição Inicial	Petição Inicial
15502 897	23/07/2018 18:13	Juntada de Documentos Comprobatórios	Petição
15503 752	23/07/2018 18:13	RG CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Documento de Identificação
15503 777	23/07/2018 18:13	BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL	Documento de Comprovação
15503 787	23/07/2018 18:13	COMPROVANTE DE PROTOCOLO	Documento de Comprovação
15503 800	23/07/2018 18:13	CARTA DPVAT JAILSON ELIAS 1	Documento de Comprovação
15503 810	23/07/2018 18:13	CARTA DPVAT JAILSON ELIAS 2	Documento de Comprovação
15503 821	23/07/2018 18:13	ATESTADO MEDICO	Documento de Comprovação
15503 828	23/07/2018 18:13	RECEITUARIO MEDICO	Documento de Comprovação
15503 831	23/07/2018 18:13	LAUDO MEDICO E PRONTUARIO PARTE 1	Documento de Comprovação
15503 841	23/07/2018 18:13	LAUDO MEDICO E PRONTUARIO PARTE 2	Documento de Comprovação
15503 856	23/07/2018 18:13	RELATORIO DE CIRURGIA 1	Documento de Comprovação
15503 885	23/07/2018 18:13	RELATORIO DE CIRURGIA 2	Documento de Comprovação
15503 897	23/07/2018 18:13	RESUMO DE ALTA	Documento de Comprovação
15503 925	23/07/2018 18:13	AUTORIZACAO DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação
15503 927	23/07/2018 18:13	DECLARACAO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML	Documento de Comprovação
15503 941	23/07/2018 18:13	DECLARACAO DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
15503 950	23/07/2018 18:13	DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO	Documento de Comprovação
15503 979	23/07/2018 18:13	DOCUMENTO DO VEICULO	Documento de Comprovação
15504 472	23/07/2018 18:17	Documentos Comprobatórios Anexos	Petição

15504 521	23/07/2018 18:17	CAT E REQUERIMENTO INSS	Documento de Comprovação
15504 539	23/07/2018 18:17	AUTORIZACAO DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação
15504 543	23/07/2018 18:17	DECLARACAO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML	Documento de Comprovação
15504 553	23/07/2018 18:17	DECLARACAO DE RESIDENCIA	Documento de Comprovação
15504 564	23/07/2018 18:17	DECLARACAO DO PROPRIETARIO DO VEICULO	Documento de Comprovação
15504 569	23/07/2018 18:17	DOCUMENTO DO VEICULO	Documento de Comprovação
15504 584	23/07/2018 18:17	PROCURACAO	Procuração
17229 515	26/10/2018 12:05	Despacho	Despacho
19695 361	11/03/2019 15:14	Petição pelo Autor	Petição
25955 788	11/11/2019 12:39	Despacho	Despacho
29603 679	01/04/2020 19:25	Expediente	Expediente
29603 681	01/04/2020 19:25	Carta	Carta
35265 880	08/10/2020 13:03	Certidão	Certidão
35266 465	08/10/2020 13:08	Expediente	Expediente
35266 466	08/10/2020 13:08	Carta	Carta

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

JAILSON ELIAS FERNANDES, brasileiro, solteiro, alimentador de linha de produção, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº. 068.609.134-52, residente e domiciliado à Rua Projetada, s/n.º, Centro, CEP: 58297-000, Rio Tinto/PB, vem, através de seu advogado que esta subscreve (PROCURAÇÃO ANEXA), com escritório profissional situado à Av. Ruy Carneiro, n.º 148, Miramar, CEP: 58032-101, João Pessoa/PB (dvsadvocacia@gmail.com - 083-98712-5439 / 083-99329-7575), onde recebe notificações e intimações, à presença de Vossa Excelência, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT (INVALIDEZ) RITO ORDINÁRIO

em face da **MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 61.074.175/0001-38, com filial localizada à Av. Presidente Epitácio Pessoa, nº 723, Bairro dos Estados, CEP 58030-001, **onde deverá receber sua citação**, pelos fatos e fundamentos abaixo aduzidos:

1. DA GRATUIDADE JUDICIÁRIA

Inicialmente, pugna o Requerente pela concessão dos benefícios da justiça gratuita, 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. É cediço que a aludida afirmação, nos moldes da legislação reportada e da jurisprudência pátria, é suficiente para a concessão do requerimento, pelo que, pugna pela sua declaração, para que possa auferir as benesses do instituto.

2. DOS FATOS

O promovente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em **11 de setembro de 2017**, conforme faz prova o boletim de ocorrência em anexo.

O acidente ocorreu às 05h45min, oportunidade em que a vítima conduzia a sua motocicleta, de marca HONDA/CG TITAN, de placas QFR-6635/PB, em frente ao Motel SKY em Mamanguape/PB, na avenida paralela à BR-101, sentido Mamanguape/PB - João Pessoa/PB, quando colidiu com um automóvel que estava parado na avenida.

A vítima sofreu lesões conforme a CERTIDÃO expedida pelo Dr Ewerton Noronha Teixeira, CRM/PB 2516, datada de 06 de fevereiro de 2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, na Capital.

Após o acidente, a vítima foi socorrida pelo SAMU para o Hospital Geral de Mamanguape, de onde foi conduzido para o HEETSHL (Hospital de Traumas).

Conforme comprova o Laudo Médico e prontuários anexos, **a vítima foi admitida com DOR INTENSA NA COXA E PERNA DIREITA, ALÉM DE FERIMENTO NA REGIÃO CERVICAL E TORNOZELO DIREITO, E FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO**, sendo submetido a tratamento cirúrgico, com alta médica em 18/09/2017.

Atualmente, mesmo decorrido mais de nove meses do acidente, a vítima não conseguiu recuperar-se, **OSTENTANDO SEQUELA DE NATUREZA PERMANENTE NA REGIÃO CERVICAL, NO TORNOZELO DIREITO, E NO FÊMUR DIREITO, COM LIMITAÇÕES DE SEUS MOVIMENTOS**.

Assim, restando constatada a debilidade permanente do Promovente, este faz jus ao recebimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez, conforme a legislação pertinente.

Cumprе ressaltar, Excelência, que as lesões causadas ao Promovente lhe diminuíram substancialmente a capacidade para o trabalho, eis que perdeu a força e a amplitude de movimento da perna direita, o que prejudica o exercício das suas funções.

Frise-se que a vítima deu entrada no procedimento administrativo para tentativa de recebimento do Seguro DPVAT junto aos Correios de Rio Tinto/PB (sinistro 3180289044), contudo, mesmo entregando toda a documentação de maneira correta, recebeu uma correspondência da Seguradora informando que o ato declaratório (boletim de ocorrência) estava faltando página.

Contudo, conforme digitalizações anexas, não há qualquer página faltante no boletim de ocorrência, sendo certo que a Seguradora está dificultando/inviabilizando o recebimento da indenização pela vítima.

Assim sendo, munido da documentação necessária, vem pleitear o pagamento judicial da indenização do Seguro DPVAT a título de invalidez permanente.



3. DO MÉRITO

A pretensão do Promovente encontra-se devidamente pacificada na legislação respectiva e na jurisprudência pátria, conforme se verá adiante.

O seguro obrigatório DPVAT impõe o pagamento de prêmio aos proprietários de veículos automotores de via terrestre, garantindo, assim, às vítimas de acidentes, **recebimento de indenização, quando da ocorrência de morte ou invalidez permanente, além do reembolso de despesas médicas e hospitalares**, ainda que os responsáveis pelos danos causados não arquem com a reparação devida.

Conforme o dispositivo legal vigente na Lei nº 6.194/74 em seu art. 3º, I, o Promovente tem direito a pleitear ao benefício do Seguro Obrigatório DPVAT no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), em caso de invalidez permanente, *In verbis*:

*“Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:
II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente.”*

Como se pode observar no Laudo Médico apresentado, as seqüelas suportadas pelo Promovente foram ocasionadas em decorrência do acidente de trânsito por ele sofrido (MOTOCICLETA), motivo pelo qual, levando-se em consideração o que dispõe a Lei nº 6.194/74, faz jus à indenização do seguro DPVAT.

Em conformidade com art. 5º da Lei 6.194/74, a indenização deverá ser paga mediante a comprovação do acidente e do dano causado, segundo o qual:

“Art. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Há de se observar que o dispositivo supracitado instituiu uma responsabilidade objetiva, adotando a teoria do risco integral para empresas participantes da Sociedade Seguradora (FENASEG).

No que tange à legitimidade passiva da ré, cumpre-nos esclarecer que o art. 7º, da Lei 6.194/74, determina que, em se tratando do seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será parte legítima para figurar no pólo passivo de demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do complexo da FENASEG se constitui em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas, o Promovido.

Neste norte, a Jurisprudência Pátria coaduna do mesmo posicionamento, *in litteris*:

“APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO. COBRANÇA. INVALIDEZ DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE PASSIVA. EMPRESA CONSORCIADA AO SEGURO DPVAT. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. POSSIBILIDADE DE ACIONAR QUALQUER DAS EMPRESAS PERTENCENTES AO CONSÓRCIO. REJEIÇÃO. PREJUDICIAL. PRESCRIÇÃO TRIENAL. INOCORRÊNCIA. TERMO INICIAL DA CONTAGEM DO PRAZO. CONHECIMENTO DA INVALIDEZ. MÉRITO. INVALIDEZ DEMONSTRADA. NÃO APLICAÇÃO DA LEI Nº 11.482/07. EVENTO DANOSO ANTERIOR À VIGÊNCIA DA NORMA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO. - Não há dúvida da legitimidade passiva da ré, na medida em que faz parte do Consórcio das Seguradoras que operam com Seguro DPVAT, podendo ser responsabilizada pelo pagamento do capital segurado, em caso de seguro não realizado, nos termos do art. 79, da Lei nº 6.194/74. - O termo inicial, para a contagem do prazo prescricional, a fim de cobrança do Seguro DPVAT é a data em que o segurado tomou conhecimento de sua invalidez. - Inviável estabelecer o limite fixado na MP nº 340/06, posteriormente convertida na Lei nº 11.482/07, quanto o evento danoso se deu em data anterior vez à vigência da norma. Processo:20020080158641001Decisão:AcórdãoRelator:Juíza de Direito Convocada Maria das Graças Morais GuedesOrgãoJulgador:Quarta Câmara Cível TJPBData do Julgamento:24/07/2012)

Quanto à legitimidade passiva, portanto, não resta nenhuma dúvida, de sorte que a Seguradora MAPFRE é parte legítima para pagamento do seguro obrigatório.

Ademais, note-se, Excelência, que o Promovente acostou aos autos todos os documentos necessários à comprovação do acidente, assim como, os laudos médicos suficientes a evidenciar as lesões por ele sofridas, cumprindo assim o que determina o art. 5º da Lei nº 6194/74.



Acerca da matéria, a jurisprudência é elucidativa e milita em favor da pretensão exordial, como se pode observar adiante:

APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT INVALIDEZ PERMANENTE PROCEDÊNCIA IRRESIGNAÇÃO I CERCEAMENTO DE DEFESA PRETENSÃO DE REALIZAÇÃO DE PERÍCIA COMPLEMENTAR DESNECESSIDADE LAUDO CONCLUSIVO QUE ATESTA PERDA FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO II ILEGITIMIDADE PASSIVA DA SEGURADORA CONSORCIADA DESACOLHIMENTO III AUSÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL REJEIÇÃO IV VALOR INDENIZATÓRIO SINISTRO OCORRIDO NA VIGÊNCIA DA MP 340/06 POSTERIORMENTE CONVERTIDA NA LEI Nº 11.482/07 FIXAÇÃO PROPORCIONAL AO CASO V HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS FIXAÇÃO ADEQUADA DESPROVIMENTO. Torna-se desnecessária a realização de perícia complementar para fins de verificação da invalidez parcial adquirida, quando existentes, nos autos, provas suficientes ao deslinde da questão. É parte legítima para figurar no polo passivo de ação de cobrança para recebimento de indenização de seguro obrigatório DPVAT todas as seguradoras que fazem parte do consórcio previsto no artigo 7º da Lei 6.194/74.. Processo:02220090007497001Decisão:AcórdãoRelator:Des. Márcio Murilo da Cunha RamosOrgãoJulgador:Terceira Câmara Cível TJPB, Data do Julgamento:17/07/2012

Inferre-se, portanto, pelo ângulo que se olhe, a total subsistência da pretensão exordial, para que a indenização referente ao Seguro DPVAT seja paga em favor do autor, mormente pelo fato de ter preenchido todos os requisitos exigidos por lei.

3.1 – DO PRÉVIO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO – TENTATIVA FRUSTRADA

Conforme documentos anexos, o Promovente, munido de toda a documentação necessária ao recebimento administrativo do DPVAT, deu entrada no procedimento perante os CORREIOS DE RIO TINTO/PB, cujo sinistro recebeu o seguinte número: 3180289044.

Contudo, algum tempo depois a vítima recebeu correspondências da Seguradora Líder, informando que necessitaria juntar ao processo administrativo **supostas páginas faltantes de ato declaratório**.

Porém, conforme já explicitado acima, o Autor entregou corretamente o boletim de ocorrência e toda a documentação comprobatória do acidente, assim como os documentos médicos, como laudos, atestados e prontuários.

Assim, pugna o Requerente, seja aceita a presente Ação Judicial, eis que a esfera administrativa foi esgotada, diante da exigência de documento inexistente por parte da Seguradora MAPFRE.

3.2 – DO ENVIO DE OFÍCIO AO IML / REALIZAÇÃO DE PERÍCIA COMPLEMENTAR

Requer o envio de ofício ao IML ou a designação de perito competente, para que proceda, em tempo hábil, a realização de perícia médica, com o intuito de graduar as debilidades permanentes sofridas pelo Autor – **FRATURA NO FÊMUR DIREITO, LESÕES NO TORNOZELO DIREITO E REGIÃO CERVICAL**.

Tendo em vista os benefícios da justiça gratuita requeridos pelo Promovente, o ônus decorrente da prova técnica requerida deve ser dispensado, posto que, não tem condições de arcar com as custas referentes.

4. DOS PEDIDOS

EX POSITIS, requer o Autor que V.Exa., após adotar as cautelas legais de estilo, se digne em:

- A) **CONCEDER-LHE** o benefício da justiça gratuita, pelos motivos indicados preambularmente.
- B) **DESIGNAR** audiência de conciliação de acordo com o novo procedimento comum instituído pelo CPC/2015;
- C) **DETERMINAR** a citação do Promovido, a fim de que compareça à audiência de conciliação a ser designada, oportunidade em que, não havendo acordo, ficará aberto o prazo para apresentação de defesa, sob pena de confissão e revelia;
- D) **ENCAMINHAR** ofício ao Instituto de Medicina Legal, para que seja realizada perícia com o intuito de emitir laudo atestando a debilidade verificada;
- E) **CONDENAR a Seguradora Promovida** ao pagamento das custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios de sucumbência à base de 20% sobre o valor final da condenação;
- F) **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** o pedido formulado pela Promovente, para condenar a Promovida a pagar a importância de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, referente à indenização por invalidez permanente, valores que deverão ser corrigidos monetariamente pelo INPC desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento, somados dos juros de mora de 1% incidentes a partir da citação inicial.



Por fim, protesta o Autor, e de logo requer, a produção de todos os gêneros de provas admitidas em direito, especialmente, a prova testemunhal, juntada de novos documentos e, principalmente, **A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA.**

Dá-se à causa, para os efeitos fiscais, o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos,

Pede **DEFERIMENTO.**

Rio Tinto/PB, 11 de julho de 2018.

Daniel Vieira Smith

OAB/PB 19.193



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




MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
068.609.134-52

Nome
JAILSON ELIAS FERNANDES

Nascimento
23/04/1984



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA P.04
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Jailson Elias Fernandes
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **296845** DATA DE EXPEDIÇÃO **18 DEZ 2001**

NOME **JAILSON ELIAS FERNANDES**
João Elias Fernandes

FILIAÇÃO
Maria Olindina Fernandes
Rio Tinto-PB

NATURALIDADE **Rio Tinto-PB** DATA DE NASCIMENTO **23.04.1984**

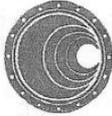
Cert. Nasc. nº **8.422-fls.299v-liv.8-A**
 DOC ORIGEM **Cart.de Rio Tinto-PB**

CPF
068.609.134-52

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO
M. Soares
 LEI Nº 7.118 DE 20/08/83





CAGEPA
 COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
 Rua Feliciano Cirne, 220 - 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 AGUA / ESGOTO E SERVICOS 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	Pública	
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				

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	VL AGUA	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

REGISTRO DE LEITURA: REALIZADA
 TIPO DE TARIFA: NORMAL
 POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
 INFORMACOES GERAIS:
 ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
 WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



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

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





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, 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

N.º do processo: **0800439-60.2018.8.15.0581**
Arg.º julgador: **Vara Única de Rio Tinto**
Jurisdic.º: **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

DANIEL VIEIRA SMITH (Advogado)
JAILSON ELIAS FERNANDES

RÉU

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

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

Pag. 01603/01604 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 13039448



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 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 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
for*

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 1185

_____ 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(NG).CC.003-1





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Paciente: _____

Aterido

Aterido que faz
Ela, remanescente
necessidade de 07
(sete) dias de afastamento do trabalho por motivo de licença, a partir da data de início

11
09
17

Dr. Antonio Luiz da Silva
CRM 1616 / CPF 181.596.584-48
Médico de Trabalho - Fone: 3351-2226
R. 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



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 femur 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.

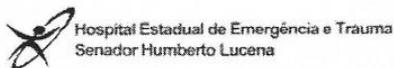
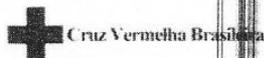
ALTA HOSPITALAR:	18/09/17
DATA DA EMISSÃO:	06/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO - ORTOPEDIA
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	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	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 <u>136</u> x <u>88</u> mmHg	Pulso <u>98</u>	Temperatura <u>37,8</u>				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente vítima de acidente moto x carro, consciente, orientado, supracarotenado encaminhado ao QDI</i>						
Diagnóstico						
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO			<i>Janeleide Nascimento Arruda</i> Enfermeira COREN-PB 366.348 01min 59seg			

*TREO
11/09*

Imprimir

11/09/2017 10



	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			1026663
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		9 - SEXO	
		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
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	37 - QTDE.
B. Braun / TMC			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
Aquilha de bloqueio (500w) } ex 4,5 Placa de P longa 10 cm x 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)	





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: JAISON DA M FOMEN BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ___/___/___
 Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fx distensão de Fêmur (D)
 Cirurgião: Dr. Marcelo 1º Assistente: Dr. João Pessoa
 2º Assistente: Dr. Marcos (R2) 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Umberto
 Tipo de Anestesia: Local Horário: Início ___:___ Término ___:___

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
(D) Fx distensão de Fêmur (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
OITO (8) curvatura com NAFI + Fixação com placa DIP 4,5mm + parafusos.	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Marcus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PR 9456

João Pessoa, 15/09/14

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Guilherme Elias Fernandes
 IDADE: 33 ANOS SEXO: M ENFERMARIA: 03 LETO: 03
 CIRURGIÃO: DR. Marcelo PAUX: DR. Mateus (MR); DR. José Rodrigo
 ANESTESIA: Bleu e Raqui
 ANESTESISTA: DR. Vanessa
 INSTRUMENTADOR:
 DATA: 15/09 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 9:00 FIM: CIRURGIÃO: INÍCIO: 11:30
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - 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	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	500µg	JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA	SRL	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	30 L
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23	1	FIO POLIGLACTINA Nº	20 L
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	05	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL Nº7,0	10	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	LUVA ESTÉRIL Nº7,5	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	LUVA ESTÉRIL Nº8,0	1	FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº8,5	1	FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	01	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21	1	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	SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BÓLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	1	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 FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
DIPIRONA SÓDICA	CHAVE PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA	COLETO. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº	1	PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CÁLCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA	DRENO DE SUÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA	
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE				
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS				
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI	FIOS	QTD.	() ASPIRADOR	
TENOXICAN	ESPARADRAPO	FIO ALGODÃO S/A Nº	05	() BISTURI ELÉTRICO	
	GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº	12	() CAPNÓGRAFO	
	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A Nº	1	() CÁRDIOMONITOR	
	GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO C/A Nº	01	() DESFIBRILADOR	
	JELCO Nº14			() FOCO AUXILIAR	
	JELCO Nº16			() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NAO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				CIRCULANTE	

Agulha de 25x07
 Bleu 250µg
 Toca do braço de JO Juntos
 Para fusos corticais nº 30/1 - 34/3
 36/2 - 38/2

(RNG) ASCIR 021-2



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PdT em DM, SOB ANESTESIA
- 2) ANESTESIA + ASSÉPTICA
- 3) POSIÇÃO DE CAMBIO OBTUSO

Incisão:

- 1) VIA DE ACESSO LATERAL DA COXA
- 2) CUIDADOS DE HIGIENE
- 3) DILATAÇÃO POR PUNTO

Achados:

- 1) FX DISTAL NA TUBEROSIDADE

Conduta:

- 1) PREPARAÇÃO DO PÓLO DO FRAGMENTO
- 2) MOVIMENTO AGUDO + FLEXÃO COM PUNTO DCP 4,5mm
- 3) 10 PUNTO + 8 PUNTO CONTINUA
- 4) LIMPEZA COM SF 0,22.
- 5) FECHAMENTO POR PUNTO
- 6) CURTILOS AUTOMÁTICO
- 7) DEX DE CURTILOS

Fechamento:

Observação:

Dr. Daniel Vieira Smith
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 9456

João Pessoa, 15/09/14

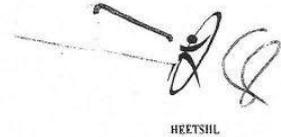
Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Guilherme Elias Fernandes BE/Promotor
 Idade: 339 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 11/9/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento Traumatológico ao nível
 Cirurgião: R. Roberto Santos 1º Assistente: JAT-D-
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: R. Glaucio
 Tipo de Anestesia: sedação Horário: Início _____ : _____ : _____ Término _____ : _____ : _____

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento Traumatológico ao nível de JAT-D-</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: [Signature] Dr. Roberto A. Santos CRM-OR 1527 João Pessoa, 11/9/17

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

18

NOME DO PACIENTE: Jailson Elias Fernandes

IDADE: 33 BE: 202663 INFENTARIO: 202663 LEITO: 63

CIRURGIA: Tratamento cirúrgico em MTP

CIRURGIÃO: Dr. Roberto Santos

ANESTESIA: Sedação

ANESTESISTA: Dr. Glaucio + Roberto (R1)

INSTRUMENTADOR: ---

TEMPO CIRÚRGICO: 51:30 ANESTESIA: INÍCIO: 51:30 FIM: --- CIRURGIA: INÍCIO: 51:35 FIM: ---

INDICE 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>500 11</u>	JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL	ALCOOL ETÍLICO 70%	OK LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK LÂMINA BISTURI Nº24	<u>1</u>	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.	<u>OK</u>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	OK LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIGLACTINA Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 25X07	OK LUVA ESTÉRIL Nº7,5	<u>5</u>	FIO POLIGLACTINA Nº	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	OK LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	OK LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDIACA	
NIMBIUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MÁSCARA CIRÚRGICA	<u>OK</u>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI Nº25G	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G	SERINGA 3ML	<u>1 5ml</u>	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	<u>4,5 1</u>
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM	QTD. SERINGA 10ML	<u>OK</u>	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	<u>OK</u>	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ÁGUA DESTILADA	<u>5</u>	CATETER DE OXIGÊNIO	<u>1</u>	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIPIRONA SÓDICA	<u>5</u>	CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	<u>1</u>	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	<u>1</u>	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	<u>1</u>	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS	<u>1</u>		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI	<u>1</u>	FIOS	() ASPIRADOR
TENOXICAN		ESPARADRAPO	<u>OK</u>	FIO ALGODÃO S/A Nº	() BISTURI ELÉTRICO
		GAZES <u>Pet</u>	<u>1</u>	FIO ALGODÃO S/A Nº	() CAPNÓGRAFO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº	MONITOR
		GEL ELETROLÍTICO		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

Jailson Elias Fernandes
 Cirurgião em MTP
 Roberto Santos



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	profunda e vertical no coto operado
Achados:	Instabilidade grave grave impatência ao geralmente 5/128-D.
Conduta:	osteotomia (280 - 7/83).
Fechamento:	
Observação:	Foi realizada abertura do pericóndrio e fixação direta - exatidão pelo coto.

Médico/CRM:


Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM 1503

João Pessoa, 11/9/14

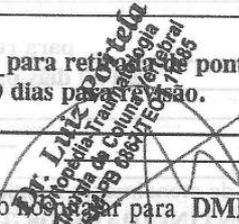
F(NG).ASCIR.009-1





Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Wilson Dias Fernandes</u>		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.: Leito:
Data de admissão:		Alta:	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <u>Fral - Fêmur</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 (<input checked="" type="checkbox"/>) Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado (<input checked="" type="checkbox"/>) Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>operada em 15/08/13</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 retornar ao ponto.	
Ao ambulatório _____		em 30 dias para avaliação.	
João Pessoa: <u>19</u> de <u>09</u> de <u>13</u>			
 Dr. Luiz Roberto de Almeida Médico de Clínica Geral CRM 1485		Ass. Médico/CRM	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento nos pontos para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico/Resumo de Alta



HEETSHL

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 () À 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





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) DO RG Nº 2968457 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 18/12/2011
 CPF 068609134-52 / CNPJ _____-_____-_____. 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), 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 TINDI/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 RUA 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 18/12/2008, 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)	RUA PROJETADA
Número	S/Nº
Apto / Complemento	11 ST. 02
Bairro	CENTRO
Cidade	RIO TINTO
Estado	PARAÍBA
CEP	58.297-000
Telefone de Contato	(83) 98712-5439
E-mail	DVSEPC@GMAIL.COM

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

Jailson Elias Fernandes
Assinatura do Declarante

Jailson Elias Fernandes

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 11 0111737552-5 COD. RENAVAM: 20171500006894 EXERCICIO: 2017

NOME: JAILSON ELLIAS FERNANDES

PLACA: 06860913452 PLACA: QFR6635/PB

NOVO PB CHASSI: 9C2KC2210HR508344

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX ANO FAB: 2017 ANO MOD: 2017

CAP/POT/CIL: 2 P/162 /CI CATEGORIA: PARTIC. COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: 0 VENC. COTA UNICA: 1º

IPVA PAGO EM: 00/00/0000 PARCELAMENTO/COTAS: 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0 ICF (R\$): 0 DATA DE PAGAMENTO: 09/05/2017

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0 ICF (R\$): 0 DATA DE PAGAMENTO: 09/05/2017

A.F. ADM DE CONC NACIÃO HONDA LTDA

RIO TINTO-PB LOCAL: 41076 DATA: 11/05/2017

2472

DETRAN

CONTRAN

REPÚBLICA OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM RESERVA OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012974463098 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

VIA: 1 CPF/ONPJ: 06860913452 EXERCICIO: 2017 DATA EMISSÃO: 11/05/2017

RENAVAM: 0117375525 MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX PLACA: QFR6635/PB

ANO FAB: 2017 QI TRIP: 9 Nº CHASSI: 9C2KC2210HR508344

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ***** DEVIATRN (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** ICF (R\$): ***** TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): *****

SEGURO P A G O

PAGAMENTO: PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 09/05/2017

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.246.608/0001-04

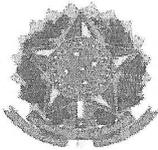
2472-0901345-20170511

NOV-2016



Documentos Comprobatórios Anexos em formato PDF.





SABI
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 Nº 183145032
BENEFÍCIO Nº 6202939650

(2ª 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:

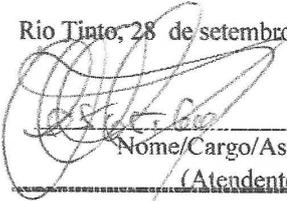
RUA DA AURORA, S N

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





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: 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 Trabalho/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

Maristela Pereira 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	000006867 - UF: PB

Assinatura, 26/09/17
Local e Data

Assinatura(s) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF
Dr. Antonio Luiz da Silva
CRM 1616 - CPF 131.596.384-46
Médico do Trabalho-Fone 83-3291-2285
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, substituí o preenchimento desta 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,
 TITULAR(DO) DO RG Nº 2968457 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 18/12/2011
 CPF 068609134-52 / CNPJ _____-_____-_____. 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), 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 TINDI/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 RUA 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 18/12/2008, 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)	RUA PROJETADA
Número	S/Nº
Apto / Complemento	11 ST. 02
Bairro	CENTRO
Cidade	RIO TINTO
Estado	PARAÍBA
CEP	58.297-000
Telefone de Contato	(83) 98712-5439
E-mail	DVSEPC@GMAIL.COM

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

Jailson Elias Fernandes
Assinatura do Declarante

Jailson Elias Fernandes

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 11 0111737552-5
 COD. RENAVAM: 20171500006894
 EXERCICIO: 2017

NOME: JAILSON ELLIAS FERNANDES

PLACA: 06860913452
 CHASSI: 9C2KC2210HR508344
 PLACA: QFR6635/PB

NOVO PB
 ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC.
 COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL
 ANO FAB: 2017
 ANO MOD: 2017

HONDA/CG 160 TITAN EX
 CAP/POT/CL: 2 P/162 /CI
 CATEGORIA: PARTIC.
 COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA UNICA: 0
 VENC. COTA UNICA: 1º
 VENC. COTAS: 2º, 3º

IPVA PAGO EM: 00/00/0000
 PARA LPVA: PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$): ICF (R\$): 0
 DATA DE PAGAMENTO: 09/05/2017

PREMIO TARIFARIO (R\$): *****
 OBSERVAÇÕES: A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

RIO TINTO-PB LOCAL: 41076
 DATA: 11/05/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

PB Nº 012974463098 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA: 1
 CPF/CNPJ: 06860913452
 EXERCICIO: 2017
 DATA EMISSÃO: 11/05/2017

RENAVAM: 0117375525
 MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX
 PLACA: QFR6635/PB

ANO FAB: 2017
 QIE TRF: 9
 Nº CHASSI: 9C2KC2210HR508344

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): *****
 DEV(TRAN (R\$): *****
 CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): *****
 ICF (R\$): SEGURO
 TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$): P A G O

COTA ÚNICA
 PAGAMENTO PARCELADO
 DATA DE QUITAÇÃO: 09/05/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 06.246.608/0001-04

2472-0901345-20170511

NOV-2016



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, CEP: 58297-000, 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 n.º 19.193, com escritório profissional situado à Av. Ruy Carneiro, n.º 148, Sala 04, Miramar, CEP: 58.032-101, João Pessoa/PB.

PODERES:

Amplios 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 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





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)
A s u n t o : [S e g u r o]
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=bW1RMzNuMFRLNFpodmlBSkJPtXZlZ0Z0>

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 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=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.

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