

99663-7257

PROCURAÇÃO

aba 24/03

OUTORGANTE(S):

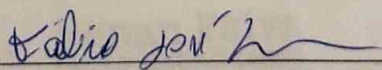
Fábio José Lemos, Brasileiro, Solteiro, autônomo
Rg = 1842980-558/PB. CPF = 021.287.904-43
Residente = Coronel Antônio Carneiro Brasil - 957 Economia
Saturada - João Pessoa - PB.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393 e BRUNA SOUSA QUEIROZ GREGÓRIO, brasileiro, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/PB nº 20.395, todos com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 519, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "**ad juditia et extra**", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e recebe laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sen. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio de Miranda Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

João Pessoa - PB, 05 de fevereiro de 2018.


OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 98708-8728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 519, sala 202, João Pessoa-PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FABIO JOSE LEMOS



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
1875980 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
021.287.204-43 30/10/1975

FILIAÇÃO
PEDRO LEMOS SOBRINHO
MARISA BERNARDINA
LE MOS

PERMISSÃO ACC CAT HAB
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1º HABILITAÇÃO
03575090438 19/12/2021 28/04/2005

OBSERVAÇÕES

Assinado eletronicamente

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
EMANGIAPÉ, PB

DATA EMISSÃO
20/12/2016

Assinado eletronicamente

ASSINATURA DO EMISSOR

10832364050
PB033707723

DETRAN - PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1405309759

PROIBIDO PLASTIFICAR

1405309759



IZANA MARIA LEMOS
 RUA CEL. ANTONIO COVREIA BRASL, 351 - ERNANI SATIRO
 CID. PESSOA / PB CEP 58200-040 (AG 1)

Emissao 18/01/2018 Referência Jan / 2018
 Classe/Subcls RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO P
 Roteiro 12 - 2 - 753 - 7040 Nº medidor: 00001125 140



ENERGISA
 Companhia de Energia
 S.A. - C.A. Nº 10.000.000-0000
 CNPJ Nº 07.000.000/0001-90

Cod para Deb Automática 90004763645

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	19/01/2018	20/02/2018	3424320401

UC (Unidade Consumidora): 5/476364-5

Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento do acesso a sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Reafirmamos a necessidade de desimpedir o acesso ao local da medição. Persistindo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res 414 ANEEL)
 - Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no facebook.com.br/energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Handwritten signature and initials

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/12/17	14552	18/01/18	14675	1	123	30

		Demonstrativo							
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Total(R\$)	Valor	Base Calc	Aliq	ICMS(R\$)	Base Calc	Por/R\$
		Tributos Total(R\$)			ICMS(R\$)	ICMS	Por/Cotres(R\$)		(1.0320%) (1.7507%)
0801	Consumo em kWh	123,000	0,736050	90,53	90,53	27	24,44	90,53	0,83
0801	Adic. B. Verneha			2,00	2,00	27	0,54	2,00	0,02
		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
							0,00	0,00	0,00





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00136.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00136.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:35 horas do dia 13 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Fabio José Lemos**, conhecido(a) por Fábio, CNH nº 03575090438, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Marisa Bernadina Lemos e Pedro Lemos Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/10/1975 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Coronel Antônio Correia Brasil, Nº 257, complemento casa., bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99841-8296.

Dados do(s) Fatos:

Local: Posto Rodoviário Federal, Bayeux/PB, bairro Mário Andrezza; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/03/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 § 6º C/C ART. 18 INC. II: LESÃO CORPORAL CULPOSA.**

Objeto(s) Envolvido(s):


(1) Moto, modelo CB 600, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2008, placa MOI-4924, chassi 9C2PC42008R003571, renavam 00118820389

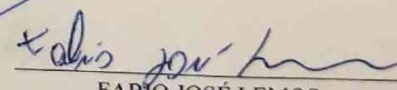
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

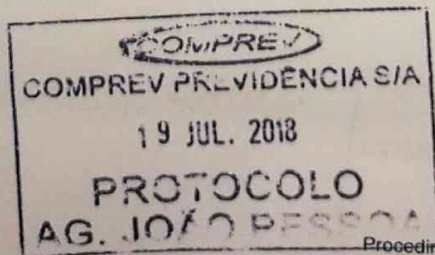
Que, no dia 03 de março do ano fluente, se conduzia em sua moto já discriminada e cadastrada em seu nome, por uma das ruas do conjunto Mário Andrezza e, numa ladeira ali existente, foi bruscamente trancado por um veículo de placas e Condutor não identificado, oportunidade em que freou, tentando livrar-se dele e assim, sofreu uma queda, tendo o tal veículo evadido-se do local, enquanto que o notificante foi socorrido para o Complexo Hospitalar Mangabeira onde foi identificado Fratura no osso da perna esquerda.

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

João Pessoa/PB, 13 de julho de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia


FABIO JOSÉ LEMOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00136.01.2018.1.02.008



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264032/18
Vítima: FABIO JOSE LEMOS
CPF: 021.287.204-43

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/03/2018
Titular do CPF: FABIO JOSE LEMOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

3180333017

FABIO JOSE LEMOS : 021.287.204-43

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/07/2018
Nome: FABIO JOSE LEMOS
CPF/CNPJ: 021.287.204-43

Fabio Jose Lemos
FABIO JOSE LEMOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

FABIO JOSÉ LEMOS

CPF da Vítima

021.287.204-43

Data do Acidente

03/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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.

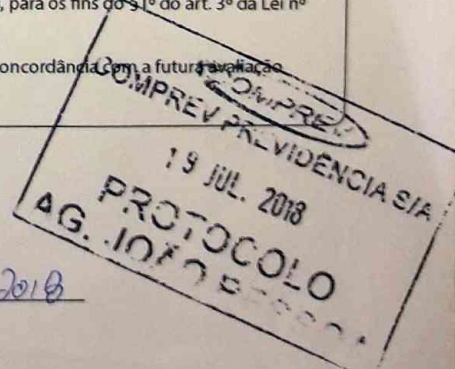
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 18 de JULHO de 2018
Local e Data

Fabio José Lemos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO

Nº. 0914/2018

Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 107650 e Prontuário de Nº 2018.03.000368, pertencentes à **FABIO JOSE LEMOS** que foi atendido dia 03/03/2018 às 21H53min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda + tornozelo direito.

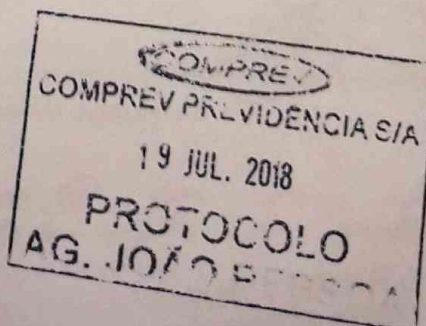
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/03/2018 com alta médica dia 24/03/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de julho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Orto

Ficha Nr: 107650 Atd: Nao Regul
Data: 03/03/2018
Hora: 21:59:19
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO D
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIO JOSE LEMOS Num. de vezes atendido: 2
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1875980 Fone: 0 Num. Prontuario: 2018.03.000368
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/10/1975 Id: 42 ano(s)
End.: JORNAL DA PROVINCIA DO PARA, 0
Bairro: TIBIRI Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB
Mae: MARISA BERNARDINA LEMOS Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: SEM PROFISSAO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: FABIO JOSE LEMOS
Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 1875980
Procedencia: RUA

118

Transporte utilizado: BOMBEIROS
Causa de acidente por: MOTO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

TR. A NA MIE APOS VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente automobilístico queda de moto no asfalto com queixa de dor em MIE, ingo hábil, sem perda de consciência, ABD insente.

Diagnostico

*CD. Síndrome de dor regional e parestesia
AV. do Olopedro*

Conduta

COMPROVADO
AG. INF. 19 JUL. 2018
PROTOCOLO

Prescricao

Horario da medicacao

1000 pasta

*Paracetamol 500mg 3x ao dia com dor, e febre e
deficiência de sono, quando necessário. Não usar álcool e
medicamentos que possam causar sedação.*

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

07/03/2018 - Psicologia

Realizados atendimentos
+ orientações

Ana Mary de Medeiros
Psicóloga Clínica e Hospitalar
CRP 357.312/95

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
19 JUL. 2018
PROCOLO
AG. 1070 B...

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia
- Transferido
- Desistencia
- UTI
- Alta a pedido
- Enfermaria
- Obito: Atestado SVO IML

Antônia Kanta da S. Romêgio

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Felício José Leão Data da Admissão: 03/03/18
 Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
 Nome da Mãe: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
 Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
 Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Do e dor de cabeça para @

HDA: trauma na perna @ de fratura
dos ossos da perna

Dr. Daniel B. Cavalcante
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 9248

Dr. Poelli

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____
 Ke em [] Prontido [] Sadorese

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
 [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

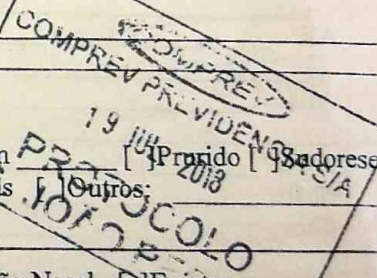
AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
 [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema Outros: _____

ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
 [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
 [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposo [] Deformidades
 [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
 [] Amnésia [] Libido [] Humor



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

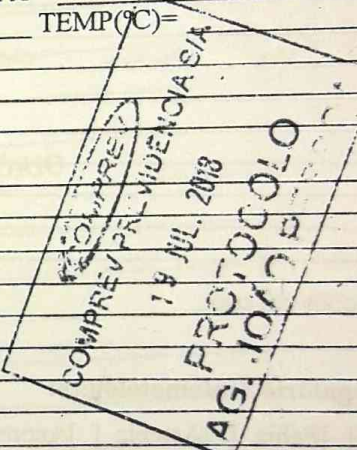
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura antiga de perna (R)*

Condução: *Internar p/ Hta corrigida*





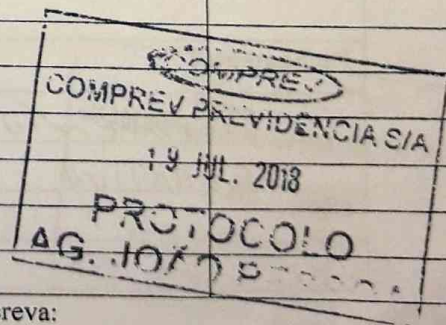
RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: FABIO JOSE LEMOS				Registro:	
Idade: 42 A.	Sexo: M	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 22/03/18.	Cirurgião: DR. ROBERTO SANTOS			1º Assistente: DR. YURY	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: LUIS FELIPE		Tipo Anestesia: RAQUI		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DOS OSSOS DA PENNA (E)	S. 82.0.

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O MESMO.	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
REDUÇÃO CURETIA + FIXAÇÃO.	


 COMPREV PREVIDENCIA S/A
 19 JUL. 2018
 PROTOCOLO
 AG. 1070

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (✓) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (✓) Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
 1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA.
ASSEPSIA + ANTISEPSIA.
APOSICÃO DE CAMPOS ESTERÉIS.
GANHOTE AÍLTO DO M I E.

Incisão:

INCISÃO EM 1/3 MÉDIO DA REGIÃO ANTERO MEDIAL DA PENA.
DISSECCÃO POR PLANOS ATE O FOCO DA FRATURA.

Achados:

VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA DA TÍBIA.

Conduta:

REDUÇÃO CRUENTA
APOSICÃO DE PLACA + PARAFUSOS CORTICAIS (8)
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%.
RETIRADA DO GANHOTEAMENTO.

Fechamento:

FECHAMENTO DE PELE.
CURATIVO

OBS:

Data: 22/03/18

Dr. Ruy Neves Amoral da Rocha
MÉDICO/CRM

COMPREV ARVIDENCIA S/A
19 JUL. 2018
PROT. COLO
AG. JOÃO B.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

011.207.204-43

FABIO JOSÉ LEMOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	FABIO JOSÉ LEMOS		CPF titular da conta	011.207.204-43	Profissão	Recuso
Endereço	RUA CEL ANTONIO CORREIA BRASIL		Número	257	Complemento	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)		
ER NANI SATIRO	JOÃO PESSOA	PB	58080-040	83 99841-8296		
Email						

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	BANCO Nome		
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	NRO		
AGÊNCIA NRO. 0617	D/V	AGÊNCIA NRO. AG.1001	D/V
CONTA NRO. 00003956	D/V 6	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 18 de JULHO de 2018

Local e Data

Fabio José Lemos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAPPF.001 V001/2017



SINISTRO 3180333017 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FABIO JOSE LEMOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO FABIO JOSE LEMOS

CPF/CNPJ: 02128720443

Posição em 21-12-2018 17:31:38

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/08/2018	Exigência Documental	
07/08/2018	Exigência Documental	
26/07/2018	Exigência Documental	
26/07/2018	Aviso de Sinistro	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013222036631
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CPF / CNPJ EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
1 0011882038-9 00/0000000 2017 10/08/2017

NOME
FABIO JOSE LEMOS

CPF / CNPJ
02128720443

PLACA
MOI4924/PB

PLACA ANT. / UF CHASSI
NOVO PB 9C2PC42008R003571

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CB600F HORNET

ANO FAB. / ANO MOD. 2008 2008

CAP. / POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/599 /CI PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS
00/00/0000 1°

Faixa LPVA PARCELAMENTO / COTAS
0 2°

PREMIO TARIFARIO (RS) IOF (RS) PREMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO
***** 0 ***** 06/06/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOGO DO PROPRIETARIO
JOAO PESSOA-PB

DATA
10/08/2017

32280



7976

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 013222036631 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 CPF / CNPJ EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
1 02128720443 2017 10/08/2017

RETENÇÃO PLACA
00118820389 MOI4924/PB

ANO FAB. / CAT. TAB. Nº CHASSI
2008 9 9C2PC42008R003571

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (RS) DENATRAN (RS) CUSTO DO SEGURO (RS)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (RS) IOF (RS) TOTAL A SER INQ. PELO SEGURO (RS)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITACAO
S COTA UNICA PARCELADO 06/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7976-1325187-20170810



SINISTRO 3180333017 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FABIO JOSE LEMOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO FABIO JOSE LEMOS

CPF/CNPJ: 02128720443

Posição em 21-12-2018 17:31:38

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/08/2018	Exigência Documental	
07/08/2018	Exigência Documental	
26/07/2018	Exigência Documental	
26/07/2018	Aviso de Sinistro	





Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7)0800000-23.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Regularize a parte autora, em 15 dias, a habilitação do advogado detentor da assinatura digital, Bel. RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, sob pena de indeferimento da petição inicial.

Cumpra-se.

João Pessoa, 2 de março de 2019

MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO

Juiz(a) de Direito



Segue em anexo substabelecimento.



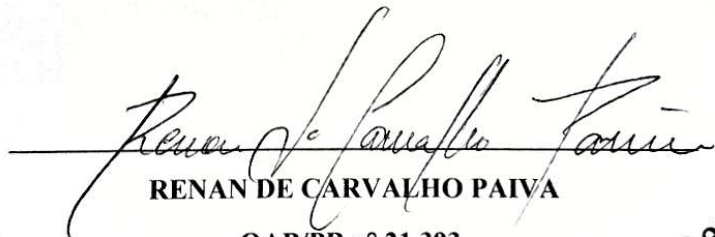
SUBSTABELECIMENTO

RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 21.393, com endereço profissional na Rua Coronel Otto Feio, nº 509, sala 202, João Pessoa/PB, CEP nº 58031-010, substabelece, com reservas, em favor de **RUY NEVES AMARAL DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 23.263, com endereço na Rua Coronel Otto Feio, nº 509, João Pessoa/PB, CEP nº 58031-010, outorgando-lhe todos os poderes conferidos por **FÁBIO JOSÉ LEMOS**, para atuação judicial no processo nº **0800000-23.2019.8.15.2001**, em trâmite na Vara 12ª Vara Cível da capital.

Termos em que,

Pede deferimento.

João Pessoa/PB, 07 de março de 2019.


RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB nº 21.393.

Renan Paiva
Escritório de Advocacia
OAB/PB 21.393





Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0800000-23.2019.8.15.2001

Vistos, etc.

1. Defiro a gratuidade processual.
2. Designe-se a audiência de conciliação/mediação, a realizar-se na **sala de audiências da 12ª Vara Cível** da Comarca de João Pessoa.
3. Cite-se e intime-se a parte ré. O prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.
4. Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.
5. A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.
6. Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.
7. Para tanto, nomeio o(a) médico(a) Dr. Heuder Liberalino da Nóbrega perito(a) nos presentes autos, dando-lhe ciência da nomeação e data e horário da perícia.
8. Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.
9. Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.



10. A parte autora será intimada através de seu advogado.
11. Poderão as partes, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de quinze dias.
12. Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.
13. Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado de citação/intimação.

Int. e cumpra-se.

João Pessoa, 2 de dezembro de 2019

MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO

Juiz de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0800000-23.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro]
Polo ativo: AUTOR: FABIO JOSE LEMOS
Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESIGNAÇÃO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E PERÍCIA MÉDICA

De ordem do Exmo. **Dr. Manuel Maria Antunes de Melo, MM. Juiz de Direito Titular da 12ª Vara Cível**, fica designado o **dia 03/12/2020, às 14:00 horas**, para ser realizada audiência de conciliação, precedida de perícia médica na parte autora, pelo médico perito Dr. Heuder Romero Liberalino da Nóbrega.

JOÃO PESSOA, 10 de novembro de 2020
EDILENE RITA DE SOUSA DINIZ





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
12ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0800000-23.2019.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro]

AUTOR: FABIO JOSE LEMOS

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

INTIMAÇÃO (AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E PERÍCIA MÉDICA)

Pelo presente expediente ficam as partes intimadas da **audiência de conciliação, precedida de perícia médica designada para o dia 03/12/2020, às 14:00 horas, na sala de audiências da 12ª Vara Cível de João Pessoa-PB, 4º andar, Fórum Cível, na Avenida João Machado, Centro**, a ser realizada pelo médico perito Dr. Heuder Romero Liberalino da Nóbrega, **devendo a parte autora comparecer munida de documento pessoal e exames relativos ao acidente. As partes e advogados deverão comparecer com o uso de proteção (máscara).**

JOÃO PESSOA-PB, 10 de novembro de 2020.

Analista/Técnico Judiciário



Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0800000-23.2019.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro]

N o m e : F A B I O J O S E L E M O S
Endereço: R CORONEL ANTÔNIO CORREIA BRASIL, 257, ERNANI SÁTIRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58080-040
Nome: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**
Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

De ordem do MM. Juiz de Direito da 12ª Vara Cível da Comarca da Capital, **CITO e INTIMO** a parte promovida **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, na pessoa de seu Representante Legal, por todos os atos do presente processo, bem como, para comparecer a audiência **Tipo: Conciliação - Sala: 12ª VARA CÍVEL - 4º ANDAR - Data: 03/12/2020 Hora: 14:00, a qual será precedida de perícia médica na parte autora, pelo perito Dr. Heuder Romero Liberalino da Nóbrega**. Não havendo acordo, o prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência. Fica a parte advertida de que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial (arts. 334, 335 e 344, NCPC/15), bem como ciente de que o **comparecimento na audiência é obrigatório**(pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. A parte deve estar acompanhada de seu advogado. Informe-se, ainda, que as partes poderão constituir representante por meio de procuração específica, com poderes para negociar ou transigir. Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud. As partes e advogados deverão comparecer com o uso de proteção (máscara).

Intime-se, ainda, do despacho ID. N. 26715762.

JOÃO PESSOA, em 10 de novembro de 2020.

EDILENE RITA DE SOUSA DINIZ
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ/DECISÃO ACESSSE O LINK: <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 1901011441054900000018026959 / 19120218595497200000025797026



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
12ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Nº DO PROCESSO: 0800000-23.2019.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro]

(AUTOR: FABIO JOSE LEMOS

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas, 74, 5 6 9 14 e 15 andares, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

MANDADO DE INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 12ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, Intime a parte autora **FABIO JOSÉ LEMOS**, no endereço: Rua Coronel Antônio Correia Brasil, 257, Ernani Sátiro, em João Pessoa-PB, CEP: 58080-040, fone: (83) 9 9841-8296, para comparecer **a audiência de conciliação, precedida de perícia médica designada para o dia 03/12/2020, às 14:00 horas, na sala de audiências da 12ª Vara Cível de João Pessoa-PB, 4º andar, Fórum Cível, na Avenida João Machado, Centro**, a ser realizada pelo médico perito Dr. Heuder Romero Liberalino da Nóbrega, **devendo a parte autora comparecer munida de documento pessoal, exames relativos ao acidente, e com o uso de proteção (máscara).**

JOÃO PESSOA, em 10 de novembro de 2020

EDILENE RITA DE SOUSA DINIZ

Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

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

XXXXXXXXXXXXXXXX