



Número: **0863508-74.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/11/2018**

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	
FABIO FERNANDES DA SILVA (AUTOR)		DIBS COUTINHO RODRIGUES (ADVOGADO) THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47992 588	01/09/2021 15:06	Petição	Petição
47992 589	01/09/2021 15:06	2613192_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
47992 590	01/09/2021 15:06	2613192_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_Anexo_01	Outros Documentos
47992 592	01/09/2021 15:06	2613192_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_04	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180456945**

Vítima: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

Data do Acidente: **06/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180456945**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **06/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01003/01004 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13466466





**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

238117304-87

Nome completo da vítima

Fabio Fernandes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Fabio Fernandes da Silva	23811730487	Eletricista
Endereço	Número	Complemento
Rua Honorato Silva	200	
Bairro	Estado	CEP
Atto do Mateus	PB	58090-221
Cidade		Telefone (DDD)
João Pessoa		(83) 98898-2639
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

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRG.

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome

NRO

Caixa Econômica

001

AGÊNCIA
NRG.

D/V

CONTA
NRG.

D/V

0036

(Informar dígito se existir)

32.935

(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, 06 de agosto de 2012
Local e Data

Fabio Fernandes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





**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

238117304-87

Nome completo da vítima

Fabio Fernandes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Fabio Fernandes da Silva	23811730487	Eletricista
Endereço	Número	Complemento
Rua Honorato Silva	200	
Bairro	Estado	CEP
Atto do Mateus	PB	58090-221
Cidade	Telefone (DDD)	
João Pessoa	(83) 98898-2639	
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

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

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRG.

D/V

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
Nome

NRO

Caixa Econômica

001

AGÊNCIA
NRG.

D/V

CONTA
NRG.

D/V

0036

(Informar dígito se existir)

32.935

(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, 06 de agosto de 2012
Local e Data

Fabio Fernandes da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01709.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01709.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:26 horas do dia 06 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fábio Fernandes da Silva**, CPF nº 238.117.304-87, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Maria da Penha Fernandes da Silva e Adarizo Deolindo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 26/05/1961 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Honorato Silva, Nº 200, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Depósito do Neto, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98780-7403.

Dados do(s) Fatos:

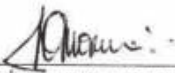
Local: Via Oeste, Pousada Bandeirantes, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

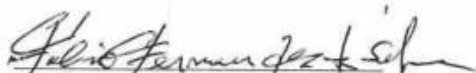
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

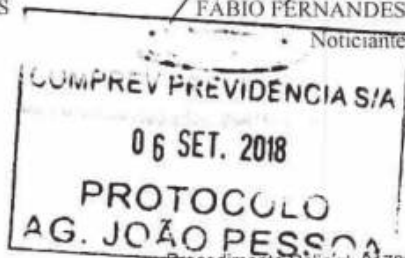
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, ano e modelo: 2016/2017 de cor vermelha, placa: QEP:0666/PB, chassi nº 9C2K2C2210HR006103, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em sua mão na faixa da esquerda quando tentou ultrapassar pela direita um veículo Renault de cor prata, não sabendo especificar a placa do mesmo nem o condutor pois este evadiu-se do local; QUE segundo o notificante este mudou de faixa sem ter a devida atenção e colidiu com o notificante jogando o mesmo ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1151/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 27.0*.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FÁBIO FERNANDES DA SILVA
Notificante



Procedimento Policial: 01709.01.2018.1.00.420





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01709.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01709.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:26 horas do dia 06 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fábio Fernandes da Silva**, CPF nº 238.117.304-87, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Eletricista, filho(a) de Maria da Penha Fernandes da Silva e Adarizo Deolindo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 26/05/1961 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Honorato Silva, Nº 200, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Depósito do Neto, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98780-7403.

Dados do(s) Fatos:

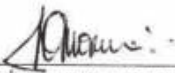
Local: Via Oeste, Pousada Bandeirantes, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

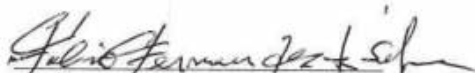
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

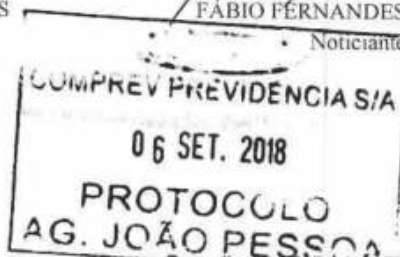
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, ano e modelo: 2016/2017 de cor vermelha, placa: QEP:0666/PB, chassi nº 9C2K2C2210HR006103, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em sua mão na faixa da esquerda quando tentou ultrapassar pela direita um veículo renault de cor prata, não sabendo especificar a placa do mesmo nem o condutor pois este evadiu-se do local; QUE segundo o notificante este mudou de faixa sem ter a devida atenção e colidiu com o notificante jogando o mesmo ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1151/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 27.0*.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


FÁBIO FERNANDES DA SILVA
Notificante



Procedimento Policial: 01709.01.2018.1.00.420



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 interditada 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 <i>Fabio Fernandes de Silva</i>	CPF da Vítima <i>238 117 304-87</i>	Data do Acidente <i>06/04/2018</i>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

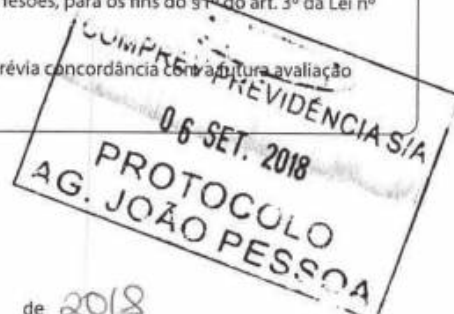
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 a 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 perícia avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Pessoa, 06 de agosto de 2018
Local e Data

Fabio Fernandes de Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





CERTIDÃO

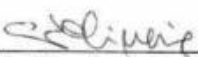
Nº. 1151/2018

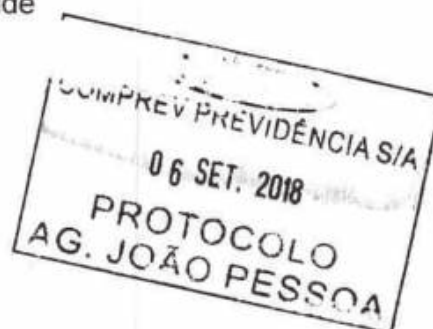
Atendendo solicitação de **FÁBIO FERNANDES DA SILVA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 117615, pertencente ao requerente que foi atendido dia 06/04/2018 às 09H18min, vítima de colisão carro x moto, apresentado trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 2º, 3º e 4º metatarsos esquerdo. Realizado imobilização, medicado e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de agosto de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

CC-5 HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 117615

Atd: Nao Regul

Data: 06/04/2018

Hora: 09:18:11

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.04.000829

CNS: 700407445046047 Sexo: M IDENTIDADE: 729126 Fone: 987808403

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/05/1961 Id: 56 ano(s)

End.: RUA HONORATO SILVA (LOT STA TEREZINHA), 200

Bairro: ALTO DO MATEUS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA PENHA FERNANDES DA SILVA

Pai: ADARIZO DEOLINDO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ELETRICISTA BOBINADOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FABIO FERNANDES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987808403 / IDENTIDADE: 729126

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.CARROXOTO AS 8:40 NA VIA OESTE

Vitima de violência por: COND

[] Caso Policial

FATURADO

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 120 X 80

FR: 17

FC: 61

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%: 98

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

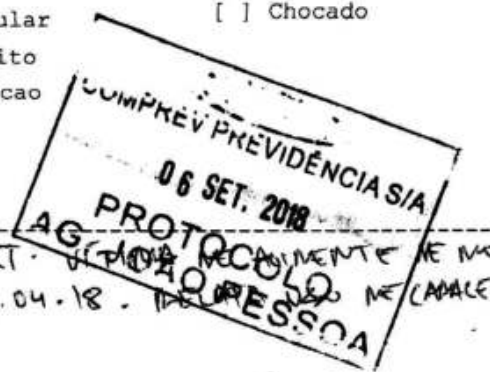
[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO CARRO X MOTO, COM TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA AS 08:00 W MA 06.04.18. PRESENTA LESÃO EM GANHAHA ESQUERDA.

ADRESENTA LESÃO EM GANHAHA ESQUERDA.

Diagnostico

Conduta EX PE, PEENA E TORNOZELO. GL. AV. DETONEMTA.

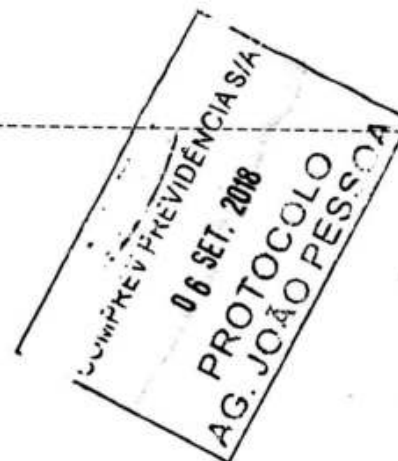
Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Adriano Dias Trajano
Cirurgia Geral e Ortopedia
CRM-PB 5099

06 ABR. 2018

Dr. Valdeir Cordeiro Jr.
M.R. - ex Ortopedia
CRM-PB 1692



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-4

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030106006-4
030106010-0



FABIO FERNANDES DA SILVA
RUA HORATO SILVA, 200 - ALTO DO MATEUS
JOAO PESSOA / PB CEP: 55060-321 (AO 1)
BR-5530 17/09/2018 Referência Ago/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MODERADA B130, km 25 - Cid. Rio Preto - Jo. de P. / PB - CEP 55071-607
Roteiro: 9-1-192-323 Nº medidor: 00200917653

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.336.435/0001-40 Ins. Est. 160/15223-6
Nota Fiscal: Conta de Energia Demonstrativa Nº 111 120521
Cod. para Deb. Automático: 00010703213

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Ago / 2018	17/08/2018	17/09/2018	238.117.304-87
			INSC. EST.

UC (Unidade Consumidora): 5/1070321-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/07/18	7345	17/08/18	7411		66	32

Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Valor Base (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
			Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	Perda (R\$)	Consumo (R\$)
0001	Consumo até 30 kWh - BR	30,000	0,246840	7,37	7,37	0,58
0004	Consumo - 31 a 100 kWh - BR	36,000	0,421810	15,17	15,17	0,16
0001	Adic. B. Verificação			3,32	3,32	0,32
0001	Subsídio			27,27	27,27	0,23
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA			0,99	0,00	0,00
0004	JUR. DE MORA 07/2018			0,06	0,00	0,00
0005	MULTA 07/2018			0,06	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018			0,12	0,00	0,00
0008	Devolução Subsídio			-19,90	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 26,81 52,12 13,03 52,12 0,56 2,80

Média últimos meses (kWh) 34 **VENCIMENTO 24/08/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 35,61**

Histórico de Consumo (kWh)

05	11	18	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19

RESERVADO 61b7-6fd4-7fbd-1e2d-4f04-564d-49b1-0829

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DURABILIDADE	3,31		NOMINAL 220
DC - TRIMESTRAL	19,80		
DC - ANUAL	2,25	0,00	CONSTATADA
DC - MENOR	5,47		LIMITE INFERIOR 202
FL - TRIMESTRAL	12,96		LIMITE SUPERIOR 231
FL - ANUAL	1,77	0,00	
FL - MENOR	12,22		

Qualificação	Valor
Serviço de Atendimento	100,00
Qualidade da Energia	100,00
Serviço de Transmissão	100,00
Serviço de Distribuição	100,00
Serviço de Manutenção	100,00
Serviço de Segurança	100,00
Serviço de Meio Ambiente	100,00
Serviço de Saúde e Segurança	100,00
Serviço de Saneamento	100,00
Serviço de Outros	100,00
Total	35,61 100,00

Valor E. 00 (Ref. 6/2018) R\$ 0,00

ATENÇÃO

- Sua unidade foi registrada no sistema de atendimento ao consumidor (SAC) e o seu atendimento será realizado em até 24 horas.

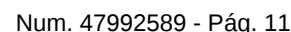
- Leitura confirmada

Faturas em atraso



ENERGIA PARA VOA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Estrada Rioverde - João Pessoa/PB - CEP 56071-600
CNPJ 03 335 125/0001-40 - Web Site 10.0.0.00220
Fone/Fax 3331-1000 e 3331-1001
Cadastr. em Deb. Automático: 00010783213

- Tarifa Social de Energia Eléctrica: TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.





Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-4

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030106006-4
030106010-0



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

CC - HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 117615

Atd: Nao Regul

Data: 06/04/2018

Hora: 09:18:11

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.04.000829

CNS: 700407445046047 Sexo: M IDENTIDADE: 729126 Fone: 987808403

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/05/1961 Id: 56 ano(s)

End.: RUA HONORATO SILVA (LOT STA TEREZINHA), 200

Bairro: ALTO DO MATEUS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DA PENHA FERNANDES DA SILVA

Pai: ADARIZO DEOLINDO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ELETRICISTA BOBINADOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FABIO FERNANDES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987808403 / IDENTIDADE: 729126

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.CARROXOTO AS 8:40 NA VIA OESTE

Vitima de violência por: COND

[] Caso Policial

FATURADO

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 120 X 80

FR: 17

FC: 61

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%: 98

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

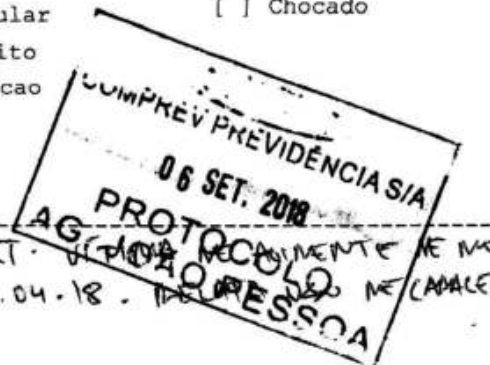
[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO CARRO X MOTO, COM TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA AS 08:00 W MA 06.04.18. PRESENTA LESÃO EM GANHAHA ESQUERDA.

SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA AS 08:00 W MA 06.04.18. PRESENTA LESÃO EM GANHAHA ESQUERDA.

NEGA VÔMITOS.

APRESENTA LESÃO EM GANHAHA ESQUERDA.

Diagnostico

Conduta EX PE, PEENA E TORNOZELO. GL. AV. DETODENSTA.

Prescrição

Horario da medicacao

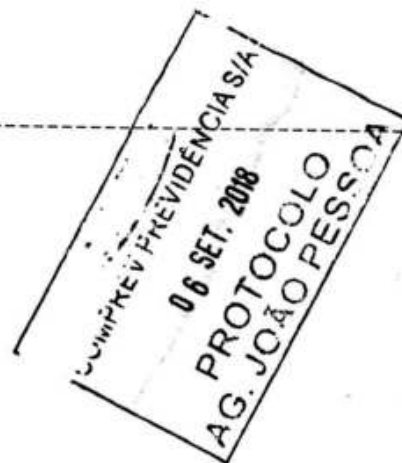
Dr. Adriano Dias Trajano
Cirurgia Geral e Ortopedia
CRM-PB 5099

06 ABR. 2018

Dr. Valdeir Corrêa Jr.
M.A. em Ortopedia
CRM-PB 1692



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-4

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

030106006-4
030106010-0





CERTIDÃO

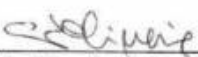
Nº. 1151/2018

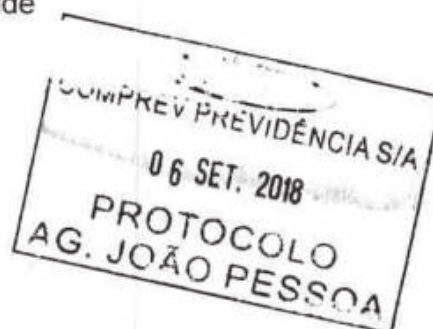
Atendendo solicitação de **FÁBIO FERNANDES DA SILVA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 117615, pertencente ao requerente que foi atendido dia 06/04/2018 às 09H18min, vítima de colisão carro x moto, apresentado trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 2º, 3º e 4º metatarsos esquerdo. Realizado imobilização, medicado e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de agosto de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



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

NOME: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

DDC ENTIDADE: **729126** ORG EMISSOR: **SSP** UF: **PB**

CPF: **238.117.304-87** DATA NASCIMENTO: **26/05/1961**

RELAÇÃO:
ADARISO DEOLINDO DA SILVA
MARIA DA PENHA FERNANDES DA SILVA

PERMISSÃO: **ACB** ACC: **ACB** CATIAA: **Alt**

Nº REGISTRO: **01612262304** VALIDADE: **09/05/2011** 1ª HABILITAÇÃO: **31/05/2001**

OBSERVAÇÕES:
A:
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PB** DATA EMISSÃO: **25/11/2016**

66400040081
PB033609209

DETRAN - PB (CARTEIRA)

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1405202518

PROIBIDO PLASTIFICAR
1405202518

CUMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

DDC ENTIDADE: **729126** ORG EMISSOR: **SSP** UF: **PB**

CPF: **238.117.304-87** DATA NASCIMENTO: **26/05/1961**

RELAÇÃO:
ADARISO DEOLINDO DA SILVA
MARIA DA PENHA FERNANDES DA SILVA

PERMISSÃO: **ACB** ACC: **ACB** CATIAA: **Alt**

Nº REGISTRO: **01612262304** VALIDADE: **09/05/2011** 1ª HABILITAÇÃO: **31/05/2001**

OBSERVAÇÕES:
A:
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PB** DATA EMISSÃO: **25/11/2016**

66400040081
PB033609209

DETRAN - PB (PARAIBA)

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1405202518

PROIBIDO PLASTIFICAR
1405202518

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

DDC ENTIDADE: **729126** ORG EMISSOR: **SSP** UF: **PB**

CPF: **238.117.304-87** DATA NASCIMENTO: **26/05/1961**

RELAÇÃO:
ADARISO DEOLINDO DA SILVA
MARIA DA PENHA FERNANDES DA SILVA

PERMISSÃO: **ACB** ACC: **ACB** CATIAA: **AD**

Nº REGISTRO: **01612262304** VALIDADE: **09/05/2011** 1ª HABILITAÇÃO: **31/05/2001**

OBSERVAÇÕES:
A:
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PB** DATA EMISSÃO: **25/11/2016**

ASSINATURA DO EMISOR: **66400040081**
PB033609209

DETRAN - PB (CARAÍBA)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1405202518

PROIBIDO PLASTIFICAR
1405202518

CUMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTÓCOLO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 15:06:38



MINISTERIO DAS CIDADES		PB Nº 013221277465		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
DETTRAN - PB		Nº 013221277465		TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
CARTÃO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		CÓDIGO DE REGISTRO		CÓDIGO DE LICENCIAMENTO	
1 0110378550-5		00/00000000		2017	
NOME		FABIO FERNANDES DA SILVA			
PLACA		23811730487		PLACA	
NOVO		PB 9C2KC2210HR006103		QFP0866/PB	
Especie Tipo		PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL	
MARCA / MODELO		HONDA/CG 160 TITAN EX		ALCO/GASOL	
CATEGORIA		2 P/162 /CI		PARTIC	
VEIC. COTA UNICA		00/00/0000		1º	
PRIVILEGIO		0		2º	
PREMIO TARIFARIO (R\$)		0		3º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		1º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		2º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		3º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		4º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		5º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		6º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		7º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		8º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		9º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		10º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		11º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		12º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		13º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		14º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		15º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		16º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		17º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		18º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		19º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		20º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		21º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		22º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		23º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		24º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		25º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		26º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		27º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		28º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		29º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		30º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		31º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		32º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		33º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		34º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		35º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		36º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		37º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		38º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		39º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		40º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		41º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		42º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		43º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		44º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		45º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		46º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		47º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		48º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		49º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		50º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		51º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		52º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		53º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		54º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		55º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		56º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		57º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		58º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		59º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		60º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		61º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		62º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		63º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		64º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		65º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		66º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		67º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		68º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		69º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		70º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		71º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		72º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		73º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		74º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		75º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		76º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		77º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		78º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		79º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		80º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		81º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		82º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		83º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		84º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		85º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		86º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		87º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		88º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		89º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		90º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		91º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		92º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		93º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		94º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		95º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		96º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		97º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		98º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		99º	
PREMIO TOTAL (R\$)		00/00/0000		100º	

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 05/07/2017
VIA 1 OFI / CNPJ 23811730487 PLACA QFP0866/PB
RENAVAM 01103785505 HONDA/CG 160 TITAN EX
ANO FAB 2016 CAT. DAN 9 Nº CHASSI 9C2KC2210HR006103
FNS (R\$) ***** DEBITAVEL (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** OFI (R\$) SEGURO P A G O
S COTA UNICA PARCELADO 05/07/2017
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.243.608/0001-04
761-1506364-20170705

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
761

Eu, Fábio Fernando de Sá, Portador
do CPF 238117304-87 e Simples 3180
411838, solicito uma Reanálise do meu
Processo pois de Acordo com a Certi-
fica do Hospital, Tire Fratura do
2º, 3º, 4º Metatarso esquerdo,
Pego que seja Reavaliado o meu processo.

João Pessoa, 27 de Agosto 2018

Fábio Fernando de Sá,



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180456945 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 06/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º,3º E 4º METATARSOS ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326787/18

Número do Sinistro: 3180411838

Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF: 238.117.304-87

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 06/04/2018

Titular do CPF: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 19/09/2018
Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA
CPF: 238.117.304-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

FABIO FERNANDES DA SILVA

RENATO LUNA DIAS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326787/18

Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF: 238.117.304-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/04/2018

Titular do CPF: FABIO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FABIO FERNANDES DA SILVA : 238.117.304-87

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: 06/09/2018
Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA
CPF: 238.117.304-87

FABIO FERNANDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0359245/18

Vítima: FABIO FERNANDES DA SILVA

CPF: 238.117.304-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/04/2018

Titular do CPF: FABIO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FABIO FERNANDES DA SILVA : 238.117.304-87

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: 01/10/2018
Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA
CPF: 238.117.304-87

FABIO FERNANDES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180411838**

Vítima: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

Data do Acidente: **06/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180411838**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13341068

Pag. 00253/00254 - carta_01 - INVALIDEZ

00020127



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FERNANDES DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180411838**
Vítima: **FABIO FERNANDES DA SILVA**
Data do Acidente: **06/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180411838**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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. 01843/01844 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13343464



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180411838**

Vítima: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

Data do Acidente: **06/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180411838**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **06/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00159/00160 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13393617





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08635087420188152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FABIO FERNANDES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue:

Após as deliberações iniciais, o Nobre Magistrado determinou a realização da prova pericial na vítima, com intuito de se verificar as supostas lesões sofridas e o grau de repercussão da lesão.

Ocorre que, até a presente data não houve qualquer manifestação do *expert* acerca do resultado da prova pericial, ato este que fere o princípio da duração razoável do processo.

Desta forma, requer a Ré a intimação do perito para que manifeste acerca da realização da prova pericial, e ainda que seja acostado o laudo pericial para que as partes se manifestem sobre o documento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 30 de agosto de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2021 15:06:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090115064223000000045565316>
Número do documento: 21090115064223000000045565316