



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
53388 517	19/01/2022 11:56	Petição	Petição
53388 518	19/01/2022 11:56	2613192_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
53388 519	19/01/2022 11:56	2613192_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_Anexo_01	Outros Documentos
53388 520	19/01/2022 11:56	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	Fabio Fernandes da Silva	CPF titular da conta	23811730487	Profissão	Eletricista
Endereço	Rua Honorato Silva	Número	200	Complemento	
Bairro	Atto do Mateus	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
E-mail		CEP	58090-221	Telefone (DDD)	(83) 98898-2639

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

(Informar dígito se existir)

D/V

(Informar dígito se existir)

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

BANCO
Nome

NRO

Caixa Econômica

001

AGÊNCIA
NRG.

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA
NRG.

D/V

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

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

DATA

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 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:

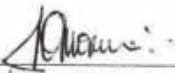
Local: Via Oeste, Pousada Bandeirantes, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

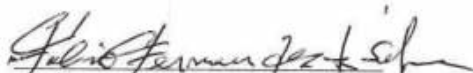
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

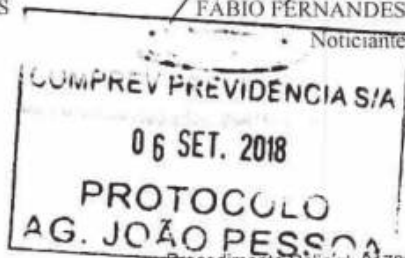
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, ano e modelo: 2016/2017 de cor vermelha, placa: QEP:0666/PB, chassi nº 9C2K2C2210HR006103, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em 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





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:

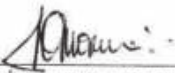
Local: Via Oeste, Pousada Bandeirantes, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

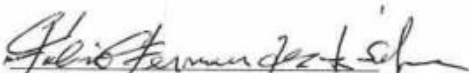
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

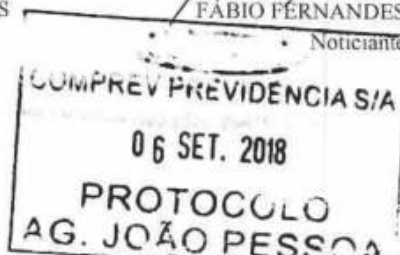
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, ano e modelo: 2016/2017 de cor vermelha, placa: QEP:0666/PB, chassi nº 9C2K2C2210HR006103, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em 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



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)

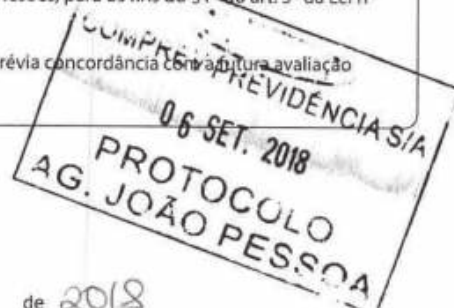
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 Pedro 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

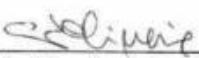
Nº. 1151/2018

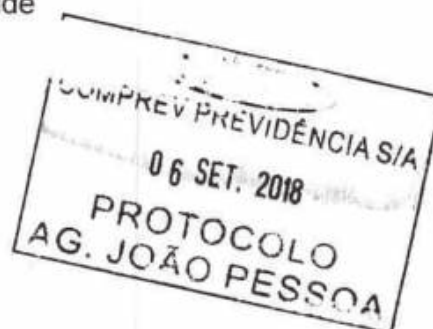
Atendendo solicitação de **FÁBIO FERNANDES DA SILVA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 117615, pertencente ao requerente que 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.

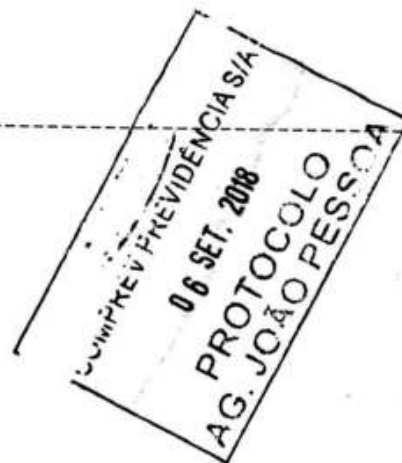
E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de agosto de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



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



FABIO FERNANDES DA SILVA
RUA HORATO SILVA, 200 - ALTO DO MATEUS
JOAO PESSOA / PB CEP: 55060-321 (AO 1)
BR-5538 17/09/2018 Referência Ago/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MODERADA C.B.130, km 25 - Cid. Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-600
Ratemp: 9-1-192-323 NR medidor: 00000917653

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.908.000-40 Ins. Est. 160.155.023-4
Nota Fiscal: Conta de Energia Demonstrativa Nº 111 120.521
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 MONETARIA 07/2018			0,12	0,00	0,00
0008	Devolução Subsídio			-19,90	0,00	0,00
CC: Código de Classificação do Item		TOTAL		26,61	52,13	13,00
					52,13	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	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	31	07	14	21	28	04	11	18	25	01	08	15	22	29	05	12	19	26	02	
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	--

ENERGIA PARA VOA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Estrada Rio Preto - João Pessoa/PB - CEP 56071-600
CNPJ 03.335.125/0001-40 - Web Site: 10.10.10220
Fone/Fax: 3341-1111 - Cota de Energia Elétrica: 120.525
Cad. nem. Deb. Automático: 00010783213

- 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	1	66	30
Demonstrativo						
COD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cat.	Alíq. ICMS (%)	Base Calc. Fc(%)
Totais(TotalR\$)				ICMS(%)	Potência(R\$) (1,0479%)	
0001	Consumo de 30Watt-BR	30,000	0,245840	7,37	7,37 25	1,94
0004	Consumo - 31 e 100Watt-BR	30,000	0,421810	15,17	15,17 25	3,79
0011	Adeq. B. Verificação			-5,82	-5,82 25	-5,86
DE 0	Súbdito			37,27	37,27 25	6,92
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIB SERV LUM PUBLICA			0,99	0,00 0	0,00
0004	JUROS DE MORA 07/2018			0,26	0,00 0	0,00
0005	MUTA 07/2018			0,68	0,00 0	0,00
0015	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 07/2018			0,12	0,00 0	0,00
0018	Devolução Súbdito			-16,90	0,00 0	0,00

CC) Código de Classificação do Item	TOTAL	29.81	52.12	13.03	52.12	0.56	2.87
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

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

Histórico de Consumo (kWh)

65	71	83	94	94	172	40	121	100	59
Apr 17	Set 17	Oct 17	Nov 17	Dec 17	Jan 18	Feb 18	Mar 18	Apr 18	May 18

06 SET

PROTO

Indicadores de Qualidade		Quilômetros
Limites	Acurado	Limite de Tensão

da ANEEL		(V)	
DEBENTUR	100	NOMINAL	220
DEBENTUR	300		
DEBENTUR	1000		

REC MENSUEL	0,28		LIMITE INFERIOR	379	
REC TRIMESTRAL	0,47		LIMITE SUPERIOR	231	
REC ANUAL	1,26				
SALDO	-0,27	0,00			
	-0,27				

Faturas em atr

ATENÇÃO
 • Para a obtenção da certificação, o candidato deverá obter 60% de acerto nas questões.
 • Letra confirmada

ORÉIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50

500000050591211

COMPANHIA PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTOCOLO
AG 40-3-2018
Pessoa

Material	12,45	100,00
Mano de obra	12,45	100,00
Material e Mão de obra	24,90	100,00
Total	35,61	100,00

Valor B.100 (Ref 6/2018) R\$ 3,05

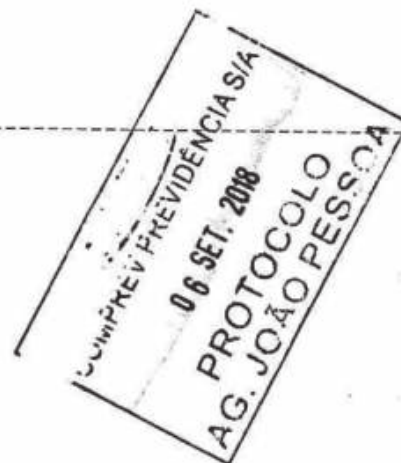
Faturas em atraso

Nur

14500000050591211

Num. 53388518 - Pág. 11

Número do documento: 22011911565014500000050591211



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-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
Nome: FABIO FERNANDES DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
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

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: 120 X 80 FR: 17

FC: 61 TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: 02%: 98

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

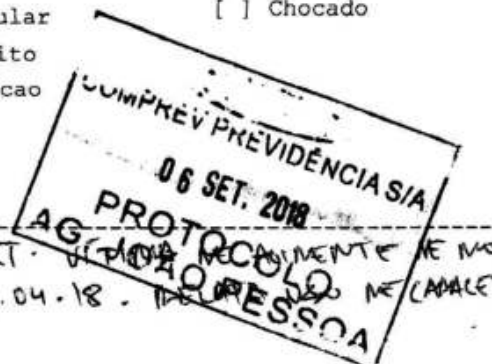
[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO CARRO X MOTO, COM TRAUMA DE TORNOZELO
ESQUERDO



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

SEM PERDA DE CONSCIENCIA AS 08:00 W MA 06.04.18. PRESENTA LESAO EM GANHAHA ESQUERDA.

Diagnostico

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

Prescrição

Horario da medicacao

EX L 25.4 MTE.

Cl. Fala Boa

+ Anestesia Local com Marmelade

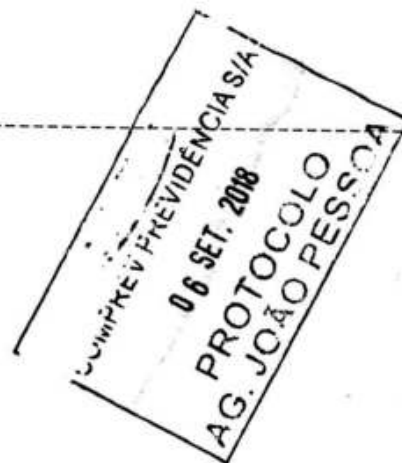
Dr. Adriano Dias Trajano
Cirurgia Geral e Ortopedia
CRM-PB 5099

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

06 ABR. 2018



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

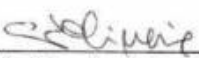
Nº. 1151/2018

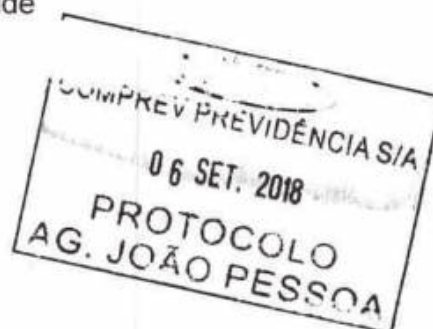
Atendendo solicitação de **FÁBIO FERNANDES DA SILVA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 117615, pertencente ao requerente que 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: **1** ACC: **1** CATIAA: **A11**

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 HABILITAÇÃO

NOME: **FABIO FERNANDES DA SILVA**

DDC ENTIDADE: 729126 ORG EMISSOR: SSP PB

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

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

PERMISSÃO: ☒ CONDUTIVA ☐ ACC ☐ CATIVA

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 OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 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**

66400040081
PB033609209

DETRAN - PB (PARAIBA)

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 - 19/01/2022 11:56:50

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 SET. 2018
PROTÓCOLO
AC 19550A

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50

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

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

Data do acidente: 06/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIO FERNANDES DA SILVA

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:

DA PERDA DO OBJETO

FACE DIREITO PERSONALÍSSIMO PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO DPVAT EM CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme narrativa da exordial, o autor pleiteia a indenização do seguro DPVAT por suposta invalidez permanente que estaria acometida noticiada nos autos.

Ocorre que a parte autora envolvida no sinistro em tela, **FALECEU por motivo alheio ao sinistro noticiado.**

Destaca-se que a legislação que rege a matéria, determina claramente o pagamento da indenização por invalidez permanente diretamente a vítima, e não a seus beneficiários.

Logo, visto a ocorrência da morte da vítima, por se tratar a presente demanda de direito **PERSONALÍSSIMO**, acarretará automaticamente na perda superveniente do objeto desta ação, **principalmente, pelo fato de que restou prejudicada a principal prova a ser produzida nesses autos, qual seja: A PROVA PERICIAL, a fim de se constatar eventual invalidez permanente como sendo decorrente do acidente de trânsito narrado na inicial.**

Assim, se constata que houve a perda do objeto da causa de pedir da ação em questão, eis que se extingue com a morte da **vítima.**

Neste sentido, importante esclarecer as características que constitui a personalidade, a capacidade abstrata do indivíduo de possuir direitos e contrair obrigações na ordem civil. Os Direitos da Personalidade, de extensão privada da garantia dos direitos individuais, são oponíveis erga omnes e essenciais ao resguardo da dignidade humana. Caracterizam-se também por serem universais, absolutos, imprescritíveis, intransmissíveis, irrenunciáveis, impenhoráveis e vitalícios, pois se apresentam impassíveis de limitações ou restrições, ainda que voluntárias.

A doutrina é pacífica quanto ao entendimento acima, **Carlos Alberto BITTAR**, quanto às características desses direitos, acentua que:

“... com efeito, esses direitos são dotados de caracteres especiais, para uma proteção eficaz à pessoa humana, em função de possuírem, como objeto, os bens mais elevados da pessoa humana. Por isso é que o ordenamento jurídico não pode consentir que

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



deles se despoje o titular, emprestando-lhes caráter essencial. Daí, são, de início, direitos intransmissíveis e indispensáveis, restringindo-se à pessoa do titular e manifestando-se desde o nascimento (BITTAR, 2004, p. 11).”

Elimar SZANIAWSKI, conceituando o conteúdo dos Direitos da Personalidade, observa que:

“A personalidade se resume no conjunto de caracteres do próprio indivíduo; consiste na parte intrínseca da pessoa humana. Trata-se de um bem, no sentido jurídico, sendo o primeiro bem pertencente à pessoa, sua primeira utilidade. Através da personalidade, a pessoa poderá adquirir e defender os demais bens (SZANIAWSKI, 1993, p. 35).”

Ademais, a própria Lei nº. 6.194/74 informa que para os casos de invalidez, o valor da indenização do seguro DPVAT fica restrita ao grau de invalidez apurado, sendo que a quantia a ser quitada deverá ser paga diretamente ao beneficiário legal, que no caso em apreço é a própria vítima, tendo em vista o seu falecimento, opera-se a perda do objeto, não fazendo jus o seu espólio ou sucessores a terem o direito de nela prosseguir, eis que o caso em apreço versa sobre o direito personalíssimo da vítima.

Portanto, requer a extinção do feito, por se tratar o objeto dessa lide de direito personalíssimo, sendo assim direitos inalienáveis, intransmissíveis e irrenunciáveis, a Ré requer a extinção da presente demanda nos termos do art. 485, incisos VI e IX do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 de janeiro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

