



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  |
|---|--|
| <b>FABIO FERNANDES DA SILVA (AUTOR)</b>                               | <b>DIBS COUTINHO RODRIGUES (ADVOGADO)</b><br><b>THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br/>DPVAT S.A. (REU)</b> | <b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>  |

| Documentos   |                    |  |                   |
|--------------|--------------------|--|-------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento  | Tipo              |
| 53388<br>517 | 19/01/2022 11:56   | <a href="#"><u>Petição</u></a>   | Petição           |
| 53388<br>518 | 19/01/2022 11:56   | <a href="#"><u>2613192_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE<br/>DOCS_Anexo_02</u></a> | Outros Documentos |
| 53388<br>519 | 19/01/2022 11:56   | <a href="#"><u>2613192_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE<br/>DOCS_Anexo_01</u></a> | Outros Documentos |
| 53388<br>520 | 19/01/2022 11:56   | <a href="#"><u>2613192_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_04</u></a>                    | Outros Documentos |

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911564973900000050591210>  
Número do documento: 22011911564973900000050591210

Num. 53388517 - Pág. 1

---

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180456945**  
Vitima: **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





## 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

Fábio Fernandes da Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|                          |                      |             |
|--------------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo            | CPF titular da conta | Profissão   |
| Fábio Fernandes da Silva | 238117304-87         | Eletricista |
| Endereço                 | Número               | Complemento |
| Rua Honerato Silva       | 200                  |             |
| Bairro                   | Estado               | CEP         |
| Altos do Mateus          | PB                   | 58090-221   |
| Email                    | Telefone (DDD)       |             |
|                          | (83) 98898-2639      |             |

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR  SEM RENDA  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO. D/V C/TA NRO. D/V  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

BANCO Nome NRO  
Caixa Econômica 001  
AGÊNCIA NRO. D/V C/TA NRO. D/V  
0036 32935 0  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Fábio Fernandes da Silva  
Local e Data

Fábio Fernandes da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## 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

Fábio Fernandes da Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|                          |                      |             |
|--------------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo            | CPF titular da conta | Profissão   |
| Fábio Fernandes da Silva | 238117304-87         | Eletricista |
| Endereço                 | Número               | Complemento |
| Rua Honerato Silva       | 200                  |             |
| Bairro                   | Estado               | CEP         |
| Altos do Mateus          | PB                   | 58090-221   |
| Email                    | Telefone (DDD)       |             |
|                          | (83) 98898-2639      |             |

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR  SEM RENDA  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAU (341)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

|                 |     |
|-----------------|-----|
| BANCO           | NRO |
| Caixa Econômica | 001 |
| AGÊNCIA         | D/V |
| 0036            |     |
| CONTA           | D/V |
| 32935           | 0   |

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.  D/V  C/TA  D/V  
(Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Fábio Fernandes da Silva  
Local e Data

Fábio Fernandes da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**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 Investigacao, 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) da 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:**

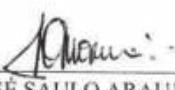
Local: Via Oeste, Pousada Bandeirantes, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/18 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

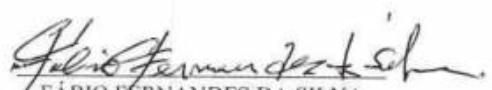
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

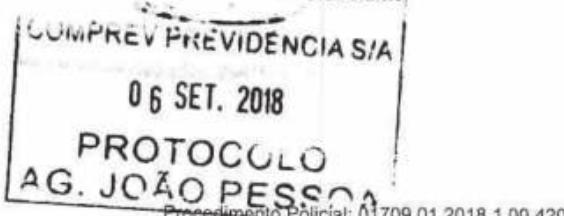
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, ano e modelo: 2016/2017 de cor vermelha, placa: QEP:0666/PB, chassi nº 9C2KC2210HR006103, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em 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 27.07.2018, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigacao

  
FÁBIO FERNANDES DA SILVA  
Noticiante



**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 Investigacao, 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) da 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.**

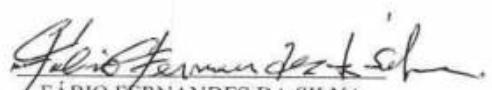
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

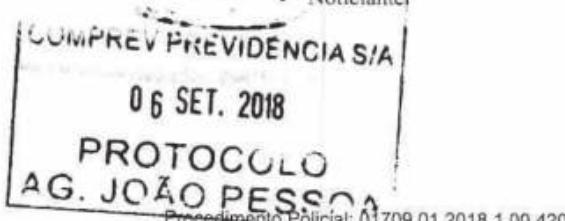
QUE, segundo o notificante, já qualificado acima, diz que trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX, ano e modelo: 2016/2017 de cor vermelha, placa: QEP:0666/PB, chassi nº 9C2KC2210HR006103, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigacao

  
FÁBIO FERNANDES DA SILVA  
Noticiante





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

Fábio Fernando de Silva

CPF da Vítima

238 117 304-87

Data do Acidente

06/04/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

COMPRA DE EVIDÊNCIA S/A  
06 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Já Pense, 06 de agosto de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## CERTIDÃO

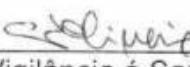
Nº. 1151/2018

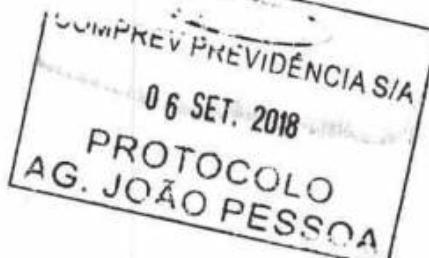
Atendendo solicitação de **FÁBIO FERNANDES DA SILVA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 117615, pertencente ao requerente que 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, data 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. 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  
Recepção: 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.CARRO X MOTO 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: O2%: 98

Queixa Principal

COLISAO CARRO X MOTO, COM TRAUMA DE TORNOZELO  
ESQUERDO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) PCT - VITIMA RECALCARTEMENTE DE MO  
SEM PERDA DE CONSCIENCIA AS 08:00 W/ MP 16.04.18. TORNZELO NEGLIGE  
NEGA VENATOC.  
APRESENTA LESAO EM CALCANHAR ESQUERDO.

COMPRA PREVIDENCIA SIA  
06 SET. 2018  
AG. PROTOCOLO  
VITIMA RECALCARTEMENTE DE MO  
SEM PERDA DE CONSCIENCIA AS 08:00 W/ MP 16.04.18. TORNZELO NEGLIGE  
NEGA VENATOC.  
APRESENTA LESAO EM CALCANHAR ESQUERDO.

Diagnóstico

Conduta RX PÉ, PERNA E TORNZELO.  
GL. AV. OCTODENITA.

Prescrição

Fl. Otopatia.  
Tx de 23,4 MTE.  
C. Fala Bala  
+ Fisioterapia

Horário da medicação

Dr. Adriano Dias Tafajano  
Cirurgia Geral e Ortopedia  
CRM-PB 5899  
06 ABR. 2018



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberação

### Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

030406006-4

#### DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] TMI

✓ *Felicis Ferme de Léon*

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030106996-4

03010601.0



**FÁBIO FERNANDES DA SILVA**  
RUA HONORATO SILVA, 200 - ALTO DO MATEUS  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000-221 (AG. 11)  
Emissa: 17/09/2016 Referência: Agosto/2015  
Cidade/Suburbano: RESIDENCIAL BAIXA RENDA/MOR  
Reserv.: 9-1-182-323 NF medida: 2000

energisa  
ENERGIA PARA VIVER. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. 25 - Centro Industrial - Jataí - PR - CEP 85017-650  
Capítulo 386 - 00100-45 - Heliópolis 16.015.5220  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 112120529  
Cód. para D. Autenticação: 0091203213

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://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  |

IIC (Unidade Consumidora): 5/1070321-3

Canal de contato

Canal de

| Anterior                       |                               | Atual      |          | Constante |         | Consumo | Dias    |       |         |       |    |    |
|--------------------------------|-------------------------------|------------|----------|-----------|---------|---------|---------|-------|---------|-------|----|----|
| Data                           | Leritura                      | Data       | Leritura |           |         |         |         |       |         |       |    |    |
| 15/07/18                       | 7345                          | 17/08/18   | 7611     |           |         | 66      | 32      |       |         |       |    |    |
| <b>Demonstrativo</b>           |                               |            |          |           |         |         |         |       |         |       |    |    |
| 001                            | Descrição                     | Quantidade | Fator    | VSD       | ESPECIF | Consumo | Entrega | Base  | Consumo | Preço | CF | CS |
|                                |                               |            |          |           |         |         |         |       |         |       |    |    |
| 0001                           | Consumo ate 300W-BR           | 30.000     | 0.249500 | 1.37      | 7.87    | 25      | 1.94    | 1.97  | 0.68    | 0.37  |    |    |
| 0004                           | Consumo >1 a 100W-BR          | 30.000     | 0.421800 | 15.17     | 15.17   | 25      | 3.72    | 15.17 | 0.16    | 0.78  |    |    |
| 0005                           | Algo. B. V. V. V. V. V. V.    |            |          | 2.32      | 2.32    | 25      | 5.88    | 2.32  | 0.30    | 0.11  |    |    |
| 0006                           | Subsídio                      |            |          | 17.27     | 27.27   | 25      | 6.81    | 27.27 | 0.13    | 1.38  |    |    |
| <b>LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS</b> |                               |            |          |           |         |         |         |       |         |       |    |    |
| 0007                           | CONTROLE SERVILUM PÚBLICA     |            |          | 0.99      | 0.99    | 0       | 0.00    | 0.00  | 0.00    | 0.00  |    |    |
| 0008                           | JUROS DE MORA 07/2012         |            |          | 0.26      | 0.00    | 0       | 0.00    | 0.00  | 0.00    | 0.00  |    |    |
| 0009                           | MULTA 07/2018                 |            |          | 0.68      | 0.00    | 0       | 0.00    | 0.00  | 0.00    | 0.00  |    |    |
| 0010                           | ATUALIZACAO MONETARIA 07/2018 |            |          | 0.12      | 0.00    | 0       | 0.00    | 0.00  | 0.00    | 0.00  |    |    |
| 0011                           | Penalizaçao Subsídio          |            |          | -19.92    | 0.00    | 0       | 0.00    | 0.00  | 0.00    | 0.00  |    |    |

26.81 52.13 13.09 52.19 0.56 1.80

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

| Histórico de Consumo (kWh) |        |        |        |        |         |          |          |         |        |          |          |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|---------|----------|----------|---------|--------|----------|----------|
| 06                         | 11     | 16     | 21     | 24     | 29      | 172      | 40       | 121     | 100    | 56       | 25       |
| Agosto17                   | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jane/18 | Fever/18 | Março/18 | Abri/18 | Mai/18 | Junho/18 | Julho/18 |

**ATENÇÃO** Faturas em atraso



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

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES - 19/5/2022 11:53:30

Número do documento: 22011911565014500000050591211

Núm. 53388518 - Pág. 10

**FÁBIO FERNANDES DA SILVA**  
RUA HONORATO SILVA, 200 - ALTO DO MATEUS  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58000-221 (AG. 11)  
Emissa: 17/09/2016 Referência: Agosto/2015  
Cidade/Suburbano: RESIDENCIAL BAIXA RENDA/MOR  
Reserv.: 9-1-182-323 NF medida: 2000

energisa  
ENERGIA PARA VOCÊ. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. 25 - Centro Industrial - São Paulo - SP - CEP 01010-000  
CEP 01010-000 - 045.000-45 - Wz. Est. 16.0015100-0  
Nota Fiscal - Conta de Energia - Detalhamento - 10/2012  
Cód. para DBB. Autentico: 00016203212

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://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<br>Insc Est. |

IIC (Unidade Consumidora): 5/1070321-3

Canal de contato

Canal de

| Anterior                           | Atual  | Constante                        | Consumo  | Dias |
|------------------------------------|--|----------------------------------|----------|------|
| Data                               | Leritura   | Data                             | Leritura |      |
| 15/07/18                           | 7345   | 17/08/18                         | 7411     |      |
| <b>Demonstrativo</b>               |  |                                  |          |      |
| 001 Descrição                      | Consumo Total - VSE Esocial Ano Unificado Esocial FctR\$ Cofre R\$ |                                  |          |      |
|                                    | Tributos FctR\$ ICMS(R\$) ICMS                                     | Percentual (%) (0,040%) (0,005%) |          |      |
| 0001 Consumo ate 30W-VR            | 30.200 0,246840  | 1,37                             | 7,87     | 25   |
| 0004 Consumo ate 100W-VR           | 36.200 0,241800  | 15,17                            | 15,17    | 25   |
| 0005 Até 0,250000                  | 1,32   | 1,32                             | 25       | 5,80 |
| 0006 Subsídio                      | 27,27  | 27,27                            | 25       | 6,81 |
| <b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>      |  |                                  |          |      |
| 0007 CONTRIB SERV PÚBLICA          | 0,99   | 0,00                             | 0        | 0,00 |
| 0004 JUROS DEMORA 07/2018          | 0,26   | 0,00                             | 0        | 0,00 |
| 0005 MULTA 07/2019                 | 0,68   | 0,00                             | 0        | 0,00 |
| 0005 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 07/2018 | 0,12   | 0,00                             | 0        | 0,00 |
| 0006 Desvalo Subsídio              | -16,93   | 0,00                             | 0        | 0,00 |

...TOTAL 38.81 52.12 13.03 52.12 0.56 1.80

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

| Histórico de Consumo (kWh) |        |        |        |        |         |          |          |         |        |          |          |
|----------------------------|--------|--------|--------|--------|---------|----------|----------|---------|--------|----------|----------|
| 06                         | 11     | 16     | 21     | 24     | 29      | 172      | 40       | 121     | 100    | 56       | 28       |
| Agosto17                   | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jane/18 | Fever/18 | Março/18 | Abri/18 | Mai/18 | Junho/18 | Julho/18 |

**ATENÇÃO** Faturas em atraso



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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/07/2017 11:56:50  
<http://pie.tiib.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=220119111565014500000050591211>

Número do documento: 22011911565014500000050591211

Num. 53388518 Pág. 11

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

COMPETIÇÃO  
06 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

### Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

030406706-4

## DESTINO DO PACIENTE

Residencia       Transferido       Desistencia       UTI      \*  
 Alta a pedido       Enfermaria      Obito:  Atestado  SVO  IMI

✓ *Floris Ferdinandus Lüder*

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

0301.06006-4

030106040-0



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  
Recepção: 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.CARRO X MOTO 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: O2%: 98

Queixa Principal

COLISAO CARRO X MOTO, COM TRAUMA DE TORNOZELO  
ESQUERDO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Pistoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) PCT - VITIMA RECALCARTEMENTE DE MO  
SEM PERDA DE CONSCIENCIA AS 08:00 W/ MP 06.04.18. TALORES DE LACRIMA  
NEGA VENUSCO.  
APRESENTA LESAO EM CALCANHAR ESQUERDO.

COMPRA PREVIDENCIA SIA  
06 SET. 2018  
AG PROTOCOLO  
VITIMA RECALCARTEMENTE DE MO  
SEM PERDA DE CONSCIENCIA AS 08:00 W/ MP 06.04.18. TALORES DE LACRIMA  
NEGA VENUSCO.  
APRESENTA LESAO EM CALCANHAR ESQUERDO.

Diagnostico

Conduta RX PÉ, PERNA E TORNOZELO.  
GL. AV. OCTODENITA.

Prescrição

Fl. Otopatia.  
Tx de 23,4 MTE.  
C. Fala Bala  
+ Fisioterapia

Horario da medicacao

Dr. Adriano Dias Rajano  
Cirurgia Geral e Ortopedia  
CRM-PB 5899  
06 ABR. 2018



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

PROTÓCOLO  
PESSOAL  
AG. JOÃO PESSOA  
06 SET. 2008  
PROVÍNCIA  
P. R. EVIDÊNCIAS/A

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberação

#### Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

030406006-4

#### DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] TMI

✓ *Felicis Ferme de la Salle*

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030106006-4

030106010-8



## CERTIDÃO

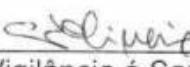
Nº. 1151/2018

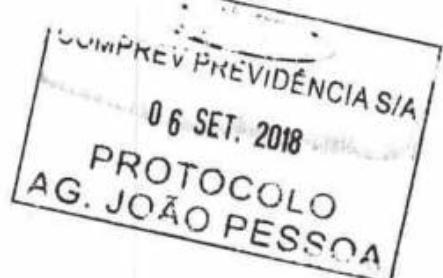
Atendendo solicitação de **FÁBIO FERNANDES DA SILVA**, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 117615, pertencente ao requerente que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

João Pessoa, 27 de agosto de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911565014500000050591211>  
Número do documento: 22011911565014500000050591211

Num. 53388518 - Pág. 16



06 SET. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
Comprêv Previdência S/A



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2201191156501450000050591211>  
Número do documento: 2201191156501450000050591211

Num. 53388518 - Pág. 17

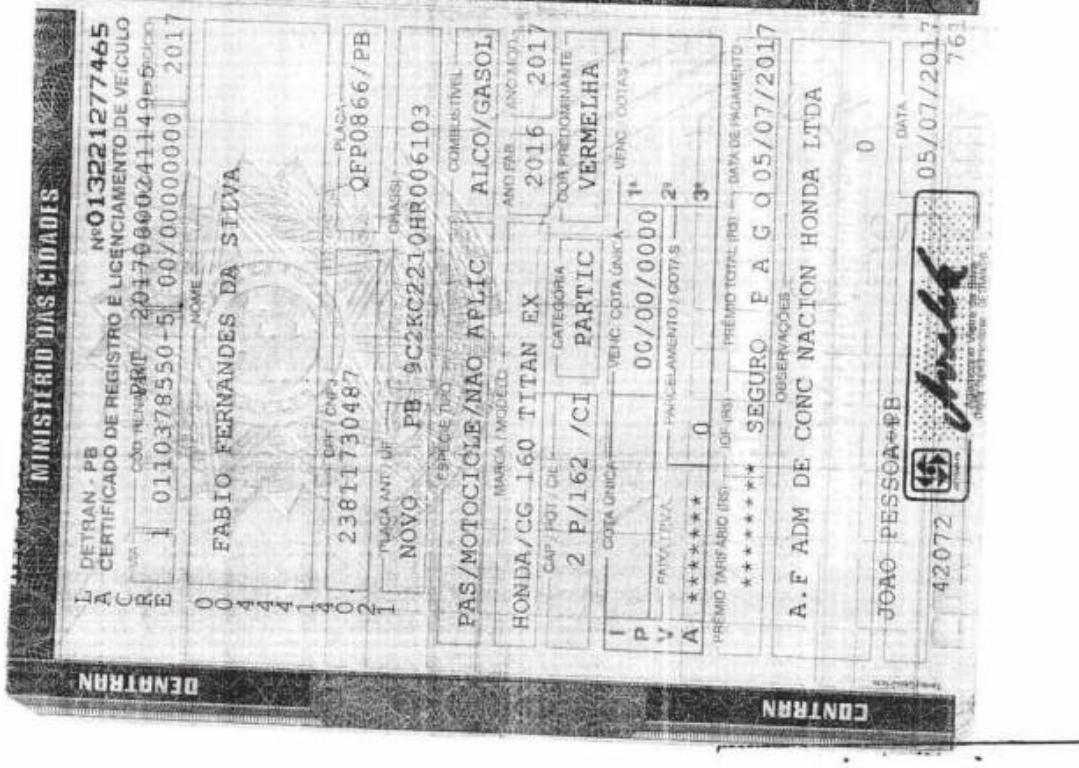


LUMPKRÉV PREVIDÊNCIA S/A  
06 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911565014500000050591211>  
Número do documento: 22011911565014500000050591211

Num. 53388518 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911565014500000050591211>  
Número de documento: 22011911565014500000050591211

Num. 53388518 - Pág. 19

|  |  |
|--|--|
| <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>                      |  |
| DETRAN - PB  |  |
| Nº 0132211277465                                   |  |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |  |
| C/VA: CÓD. UNI. DPT: 2017-06-00/0241149-5/Brumado  |  |
| C/RE: 010378550+5 00/00000000 2017                 |  |
| HOME   |  |
| O FABIO FERNANDES DA SILVA                         |  |
| O 23811730487                                      |  |
| P/NOVO   |  |
| P/NOVO   |  |
| PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC                           |  |
| HONDA/CG 160 TITAN EX                              |  |
| CAT. /POT. CLE: 2 P/162 /CI                        |  |
| CATEGORIA: PARTIC                                  |  |
| COTA UNICA: 0                                      |  |
| PRÉMIO TARIÁRIO (R\$): 00/00/0000                  |  |
| VATIVA: 0  |  |
| PRÉMIO TARIÁRIO / COTAS: 1 2 3                     |  |
| DATA DE VIGIMENTO: 05/07/2017                      |  |
| PRÉMIO TARIÁRIO (R\$): 00/00/0000                  |  |
| SEGURADO: F A G                                    |  |
| OBSERVAÇÕES:                                       |  |
| A. F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA                 |  |
| JOAO PESSOA-PB                                     |  |
| DATA: 05/07/2017                                   |  |
| 42072 761  |  |
| CNPJ: 05.244.808/0001-04                           |  |
| 761-1506364-20170705                               |  |

|   |  |
|---|--|
| BILHETE DE SEGURO DPVAT   |  |
| PB Nº 0132211277465   |  |
| BILHETE DE SEGURO DPVAT   |  |
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT<br>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO<br>AS CONDIÇÕES GERAIS DE CORERTURA<br><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a><br>SAC DPVAT 0800 022 1204 |  |
| EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 05/07/2017  |  |
| PLACA: QFP0866 / PB   |  |
| VA: 23811730487 CNPJ: 01103785505   |  |
| RENAVAM: 01103785505 HONDA/CG 160 TITAN EX  |  |
| MARCA / MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX   |  |
| ANO FAR: 2016   |  |
| ANO FAB: 2016   |  |
| Nº CHASSI: 9C2KCC2210HR006103   |  |
| PREMIO TARIÁRIO   |  |
| INSS (R\$): * * * * *   |  |
| DEMPRAN (R\$): * * * * *  |  |
| CUSTO DO SEGURO (R\$): * * * * *  |  |
| SEGURADO: P A G O   |  |
| PAGAMENTO: 05/07/2017   |  |
| COTA UNICA: PARCELADO   |  |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT  |  |
| CNPJ: 05.244.808/0001-04  |  |
| 761-1506364-20170705  |  |

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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911565014500000050591211

Número do documento: 22011911565014500000050591211

Num. 53388518 - Pág. 20

Eu, Elvio Ferreira de souz<sup>1</sup>, Portador  
do CPF 238 117 304-87 e Sinistro 3180  
411838, solicito uma Reavaliação do meu  
Processo Pois de Acordo com a certi-  
ficação do Hospital, tipo Fratura do  
2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> Metatarso esquerdo,  
peço que seja Reavaliado o meu processo.

José Pessan, 27 de Agosto 2018

Felix Fernandes & Sohne

01 AGT. 2013  
PROTOCOLO  
DESE



## 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 METATAROS 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              |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911565014500000050591211>  
Número do documento: 22011911565014500000050591211

Num. 53388518 - Pág. 22

## 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

**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

Documentação médica-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](http://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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911565014500000050591211>  
Número do documento: 22011911565014500000050591211

Num. 53388518 - Pág. 23

## 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FABIO FERNANDES DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911565014500000050591211>  
Número do documento: 22011911565014500000050591211

Num. 53388518 - Pág. 24

## 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FABIO FERNANDES DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911565014500000050591211>  
Número do documento: 22011911565014500000050591211

Num. 53388518 - Pág. 25

---

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180411838**  
Vitima: **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



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO FERNANDES DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180411838**  
Vitima: **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](http://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 13343464

Pag. 01843/01844 - carta\_03 - INVALIDEZ



00040922



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911565045500000050591212>  
Número do documento: 22011911565045500000050591212

Num. 53388519 - Pág. 2

---

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180411838**  
Vitima: **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

00020080  


Carta nº 13393617





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5<sup>a</sup> 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 PERSONALISSIMO 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 transito 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.joaoportoadvocacia.com.br](http://www.joaoportoadvocacia.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22011911565067000000050591213>  
Número do documento: 22011911565067000000050591213

Num. 53388520 - Pág. 1

deles se despoje o titular, emprestando-lhes caráter essencial. Daí, são, de início, direitos intransmissíveis e indispesáveis, 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**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaoportoadvocacia.com.br](http://www.joaoportoadvocacia.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2022 11:56:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2201191156506700000050591213>  
Número do documento: 2201191156506700000050591213

Num. 53388520 - Pág. 2