

99622667

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: FABIO PEDRO DA SILVA

Qualificação: Advogado

CPF/MF: 098143214-00

RG: 3356 99

Endereço: Assentamento Nova Fazenda, zona Rural,
Pitimbu - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão; usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, e reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transligrar, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

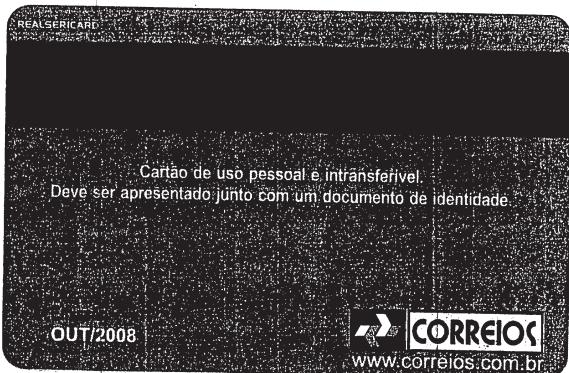
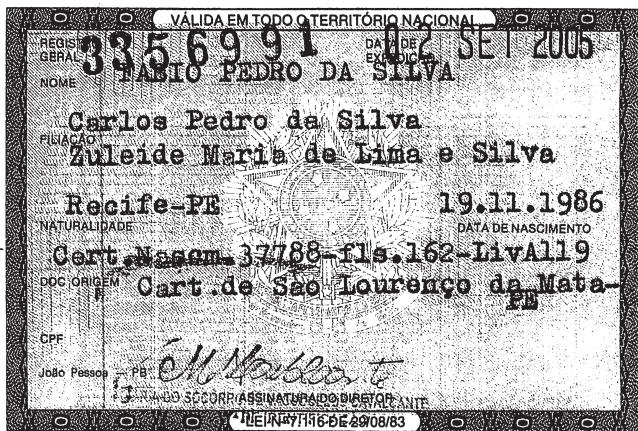
GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

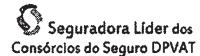
João Pessoa – PB, 17 de outubro de 2016.

Fábio Pedro da Silva
Outorgante





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175303/17
Vítima: FABIO PEDRO DA SILVA
CPF: 098.143.214-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/07/2016
Titular do CPF: FABIO PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FABIO PEDRO DA SILVA : 098.143.214-00

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.

Portador da documentação entregue

Data: 08/05/2017
Nome: FABIO PEDRO DA SILVA
CPF/CNPJ: 098.143.214-00

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 08/05/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

FABIO PEDRO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Fábio Pedro da Silva

PORADORA(A) DO RG Nº 33 56991 EXPEDIDO POR 330/PE EM 02/09/05
CPF 09 814 381-400 /CNPJ 00000000000000000000 PROFISSÃO Agente de Seguro
E RENDA MENSAL DE R\$ 5. M (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fábio Pedro da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escrito à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00000000000000000000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 00000000000000000000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 14 de Março de 2017
LOCAL E DATA

Fábio Pedro da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT: 0800 622 1294.



ESTA DOCUMENTO FEDERAL

SAC 0800 726 0101
DUVIDORIA 0800 725 7474
DUVIDORIA 0800 725 7474

103-799627167-5

13/ABR/2017

HORA DF 14:34:12

OT: 13.14539-0

TERM: 012723

LOCALIDADE: PITIMBU

L. VINCULADA: 1033

CONTROLE: 605676632

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1033 013 20096250-0

CAIXA PEDRO DA SILVA

5,00

ESTE REBOU E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

103-799627167-5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Pedro da Silva,

RG nº 3356991, data de expedição 02/09/05 Órgão SSP/PE

CPF nº 018143214-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Profetada Nova Vida</u>
Número	<u> nº 50</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Nova Vida</u>
Cidade	<u>Pitimbu - PB</u>
Estado	<u>Paraíba. PB.</u>
CEP	<u>583224000</u>
Telefone de Contato	<u>999632667</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa - PR - 03-2017

Assinatura do Declarante: Fábio Pedro da Silva



ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA
RUA PROJETADA, 80 - NOVA VIDA
PTIMBU/PB CEP: 58324000 (AG. 18)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOFASICO
Roteiro: 15 - 19 - 275 - 3890 Referencia: Jun/2016
Nº medidor: 00001050848 Emissao: 23/06/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 290, Km 26 - Cidade Redonda - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc Est 16.015.623-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°001.104.709
Código para Débito Automático: 00011261124

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/112617224

Jun / 2016

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

Apresentação

23/06/2016

Data prevista da
próxima leitura

26/07/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

3729281428

Insc. Est.:

Faturas em atraso

01/03/2016: 43,44

Anterior Atual Constante Consumo Dias

24/05/16 14568 23/06/16 14848 1 83 30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30KWh-BR	30	0,14483	4,33
Consumo - 31 a 100KWh-BR	83	0,24794	16,82
Subsídio			16,83
ICMS			14,13
PIS			0,82
COFINS			2,89

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	8,60
JUROS DE MORA 04/2016	0,40
MULTA 04/2016	1,01
Devolução Subsídio	-16,83

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/16 82
Abr/16 114
Mar/16 77
Fev/16 122
Jan/16 133
Dz/15 104
Nov/15 102
Out/16 111
Set/16 127
Ago/16 168
Jul/15 138
Jun/16 168

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	58,51	26,00	14,13
PIS	58,51	1,1098	0,62
COFINS	58,51	5,1010	2,89

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

01/07/2016 R\$ 45,89

Média dos últimos meses
120 kWh

58a6.0e56.9124.a3cc.bdb5.56fe.4492.4e1e.

Indicadores de Qualidade 4/2016 - Metá Redonda

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,80	0,20
DIC TRIMESTRAL	23,69	
FIC ANUAL	47,79	
FIC MENSAL	8,30	1,00
FIC TRIMESTRAL	16,54	
FIC ANUAL	33,09	
DMC	8,64	0,20
DICRI	16,80	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distrito Energia/PB	7,97	18,08
Compra de Energia	8,88	21,05
Imposto de Renda	0,68	1,28
Encargos Sistêmicos	2,34	5,10
Encargos Setoriais	25,94	56,53
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços		
Total	46,89	100,00

Valor do EUSD (Rel 4/2016) R\$ 14,13

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) fatura(s) acima referenciada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 09/07/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possibilidade de divida suspensa do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi faturada como Bacia Renda, tendo um desconto de R\$18,63.
- Leitura confirmada

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

01/07/2016 R\$ 45,89

Roteiro: 15 - 19 - 275 - 3890
Matrícula: 1126172-2016-08-5

83680000000-9 45890054000-6 11261722016-8 06500190019-3





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00383.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00383.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:19 horas do dia 23 de fevereiro de 2017, 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, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Fabio Pedro da Silva**, RG nº 3356991 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Zuleide Maria de Lima e Silva e Carlos Pedro da Silva, natural de Recife/PE, nascido(a) em 19/11/1986 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Nova Vida, complemento zona rural, bairro Centro, tendo como ponto de referência Praia Bela, na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99963-2667.

Dados do(s) Fatos:

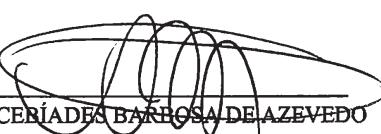
Local: Pb 008, Acesso À Praia Bela, Pitimbu/PB, ; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 17/07/16 19:00h. Tipificação: **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Era garupa na motocicleta Honda fan, 2008, de cor preta, placa MOB2163 PB, conduzida por **JOSÉ CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO**, quando pararam para auxiliar vítimas de um acidente que acabara de ocorrer, quando foram abarreados por um veículo Toyota Hilux, de cor prata, não sabendo informar a placa, sofrendo fratura de clavícula, conforme laudo médico extraído pelo boletim de entrada nº 934191 anexo. Informa que o condutor da Hilux prestou toda assistência, razão pela qual o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o mesmo.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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, 23 de fevereiro de 2017.


ALCERÍADES BARREOSA DE AZEVEDO

Escrivão de Polícia


FÁBIO PEDRO DA SILVA

Noticiante





**SAMU
192**



**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALHANDRA

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 42

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA					HORA: 88:35	
Data	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário			Idade	
17/07/15	1353051	Fábio Pedro da Silva			29	<input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência			Bairro	Médico Regulador		
Pb 008 Rua: entrada Praia Bela			Timbú	Dra. Jucelice		
Apoio no Local: <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:						

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- IPI DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)			ANTECEDENTES
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE: _____ <input type="checkbox"/> OUTRO: _____ CINEMÁTICA: vítima encontrava-se 51 capacete, em asfalto consciente. EXAME FÍSICO: <input type="checkbox"/> PÁLIDO / <input type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> ICTÉRICO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input checked="" type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA / <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> MIÓTICO <input type="checkbox"/> DOR: <u>Toracica</u> . LOCAL <input type="checkbox"/> DISPNEIA / <input type="checkbox"/> TAQUIPPNEIA / <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE / <input type="checkbox"/> HEMOPTISE / TIPO DE FERIMENTO E LOCAL <u>escoriações face, fronte, braço D,E, cotovelo + MIE + p/</u>			MEDICAMENTOS: _____ PATOLOGIA (S): _____ ULTIMA ALIMENTAÇÃO: - as 12:30 VACINAS: em dia (há 2 anos) <input type="checkbox"/> TCE / <input type="checkbox"/> TRM / <input type="checkbox"/> FRATURA / <input type="checkbox"/> CONTUSÃO / <input type="checkbox"/> ENTORSE / <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / <input type="checkbox"/> FACE / <input type="checkbox"/> PCR / <input type="checkbox"/> FAB / <input type="checkbox"/> FAF / <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO / <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO / <input type="checkbox"/> QUEIMADURA / <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO / <input type="checkbox"/> DESABAMENTO QU SOTERRAMENTO / <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA / <input type="checkbox"/> QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA _____ metros

STINO:
Local: Hospital Itacuna Maretta Vieira
Responsável: CRM-PB 8020 Médica
Função:

STINO:
Local: Hospital Itacuna Maretta Vieira
Responsável: CRM-PB 8020 Médica
Função:

DADOS VITAIS:

VVAA: Livre Obstruída RESPIRAÇÃO: > 30 bpm < 30 bpm PEREUSÃO CARDIAC: Pausa 1 s N/A ADAS 0

■ Retardada ■ Normal PAS: □ > 90 mm Hg □ < 90 mm Hg

RE: GLICEMIA GLICEMIA

- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: _____
 - INTERVENÇÕES: AVT, imobilizações cont. protocolos.
 - EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: Seguir se jacionando no paciente com múltiplas lâminas, colivis, carro x moto x bicicleta. Dr. B.P. S 29 anos na hora carona da moto, encontrava-se consciente, orientado, calibrativo. Alegou que a capacete caiu no momento colisão, com escoriações em face frontal, braço d, e

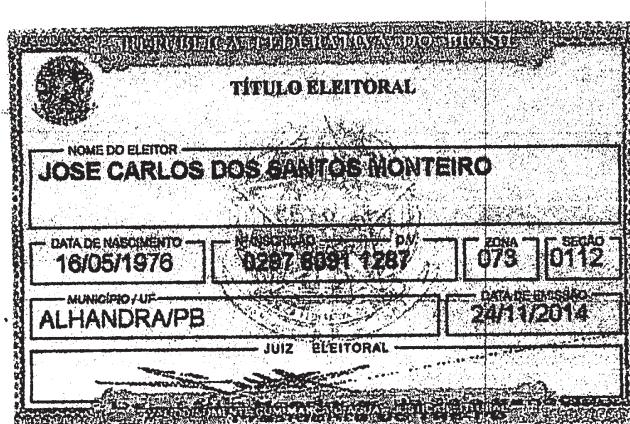
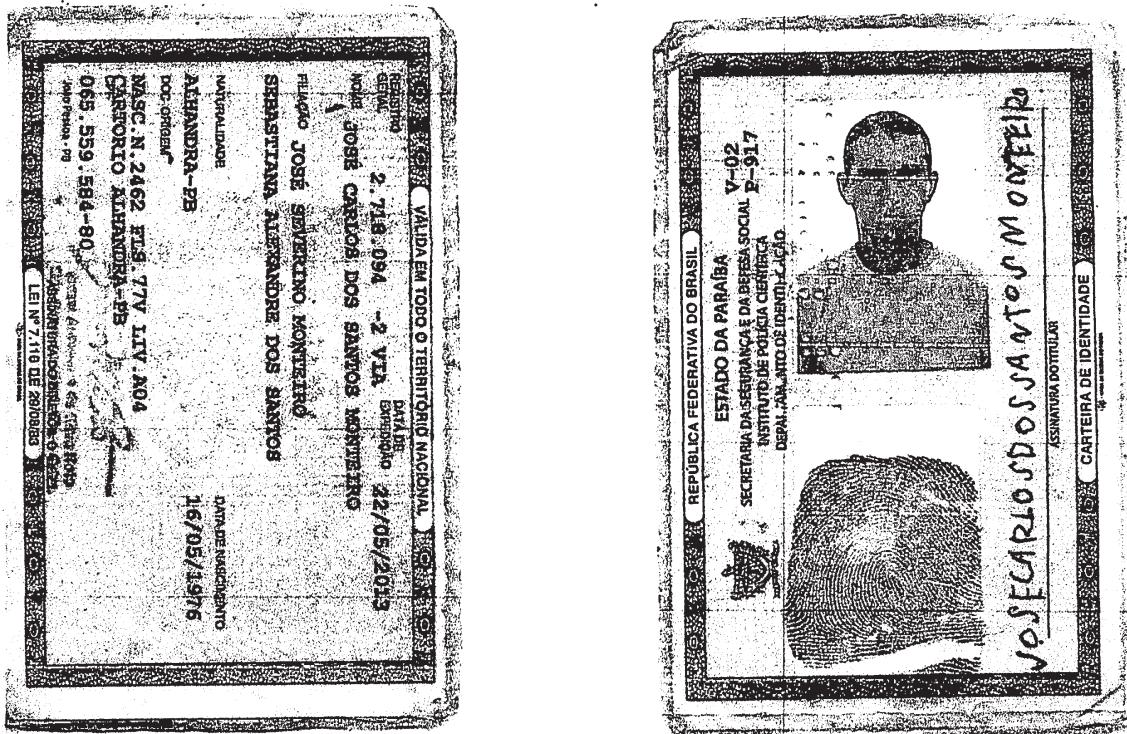
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Adriano COREN: 431617 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Thaís COREN: _____
CONDUTOR: Adriano COREN: _____

CONDUTOR João da Silva SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____

eln + MIF no⁻ store, lençóis, n. cípria, - A. 2. 1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Fábio Pedro da Silva, portador da carteira de identidade nº 3356991 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098143214-00, residente e domiciliado na Rua Projetada N° 50 Nova Vida, Cidade Pitimbe, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

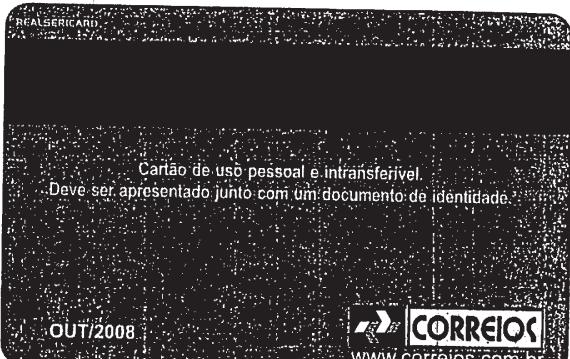
Fábio Pedro da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 14 de Março de 2017

Local e data





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 25/07/2017 12:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17072512090888600000008676004>
Número do documento: 17072512090888600000008676004

Num. 8863432 - Pág. 10





**Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0835193-70.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se a parte autora para, em 15 dias:

- a) emendar a inicial para descrever a lesão, informar a porção corporal por ela atingida, classificar a debilidade permanente de acordo com a tabela contida no Anexo da Lei 6.194/71 e, se for o caso, requantificar o valor pleiteado a título de indenização, sob pena de indeferimento da inicial, por inépcia, vez que dos fatos genericamente narrados e dos fundamentos, não decorre o pedido;
- b) juntar procuraçāo firmada à sua advogada, sob pena de extinção do processo;
- c) juntar a declaração de pobreza, sob pena de indeferimento da justiça gratuita.

João Pessoa, 07 de março de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCAO - 07/03/2018 17:44:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18030717444126900000012651236>
Número do documento: 18030717444126900000012651236

Num. 12949115 - Pág. 1



14ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, 532, 5º ANDAR, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Nº do processo: 0835193-70.2017.8.15.2001

INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

De ordem do MM. Juiz de Direito da vara supra, INTIMO o(a) advogado(a) do(a) autor(a), de todo teor do despacho abaixo:

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se a parte autora para, em 15 dias:

- a) emendar a inicial para descrever a lesão, informar a porção corporal por ela atingida, classificar a debilidade permanente de acordo com a tabela contida no Anexo da Lei 6.194/71 e, se for o caso, requantificar o valor pleiteado a título de indenização, sob pena de indeferimento da inicial, por inépcia, vez que dos fatos genericamente narrados e dos fundamentos, não decorre o pedido;
- b) juntar procuração firmada à sua advogada, sob pena de extinção do processo;
- c) juntar a declaração de pobreza, sob pena de indeferimento da justiça gratuita.

João Pessoa, 07 de março de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: ROSA GERMANA SOUZA DOS SANTOS LIMA - 09/05/2018 12:02:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1805091202339300000013822924>
Número do documento: 1805091202339300000013822924

Num. 14158566 - Pág. 1

João Pessoa, 09 de maio de 2018.

Rosa Germana Souza dos Santos Lima

Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: ROSA GERMANA SOUZA DOS SANTOS LIMA - 09/05/2018 12:02:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18050912023339300000013822924>
Número do documento: 18050912023339300000013822924

Num. 14158566 - Pág. 2

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 14^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

FABIO PEDRO DA SILVA, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida vénia, perante Vossa Excelência, em cumprimento do despacho retro, nos termos do Art. 321 do CPC, informar e requerer o que segue:

O demandante fora vítima de acidente de trânsito e ciente da cobertura do Seguro DPVAT, pleiteou a liberação do mesmo pela VIA ADMINISTRATIVA conforme protocolo de abertura de sinistro junto a Seguradora Líder em anexo.

Cumpre destacar, inobstante ter o promovente obedecido os preceitos insculpidos na Lei 6194/74, a promovida sem qualquer justificativa plausível e como senão bastasse extrapolado o prazo legal de pagamento, cancelou o referido procedimento.

Desta feita, vendo frustrado seus Direitos, a parte autora ingressou com a referida demanda colacionando aos autos o Boletim de Ocorrência e o **Laudo/Prontuário Médico, que ATESTAM o ocorrido e suas LESÕES.**

Pugnou o demandante pela realização de perícia Médica afim de que se possa **ATESTAR as SEQUELAS decorrentes das LESÕES SOFRIDAS, avaliando o segmento corporal afetado e a função acometida, nos termos do artigo 3º, §1º, INC I e II.**

No caso em apreço o Segurado, sofreu lesão em **Membro Superior, com trauma no segmento da clavícula.**

Reitera assim o promovente pela realização de Perícia Médica, **com o fito de atestar e legalmente enquadrar o percentual** da sequela resultante no membro afetado e as funções comprometidas e seus reflexos.

Por fim, considerando que o patamar máximo indenizável é de **ATÉ R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), bem como que a indenização tem percentuais distintos, a ser



aplicado de acordo com sequela avaliada anatômica e funcionalmente, no caso em apreço, entendemos que o percentual máximo a ser aferido, poderá chegar a limite indenizável de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**. Sendo, portanto, esse o valor a ser atribuído a causa.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 29 de maio de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/05/2018 14:09:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18052914095587800000014182262>
Número do documento: 18052914095587800000014182262

Num. 14532099 - Pág. 2

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOALS

NOME DO PACIENTE	Fabio Pedro da Silva
DATA DE NASCIMENTO	19/11/86
NOME DA MÃE	Zuleide Maria de Lima e Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	934191
DATA DO ATENDIMENTO	17/07/16
HORA DO ATENDIMENTO	20:58
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de clavícula D.
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor torácica, ombro D, região esternal e nariz, mega perda da consciência ou vômitos, Glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela BMF, Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coluna cervical, tórax, bacia, ombro D, face.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula D.

TRATAMENTO:

1º atendimento + tratamento conservador de fratura da clavícula D (velpeaux gessado)

ALTA HOSPITALAR: 17/07/16
DATA DA EMISSÃO: 05/12/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 934191

RX



Identificação do paciente				
ID 1060004	Nome FABIO PEDRO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 19/11/1986	Idade 29 anos 7 meses 28 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA				Pai
Escolaridade				Responsável (Parentesco) CARLOS PEDRO - IRMAO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998424678		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3356991		Nº Crs	
Local de procedência PITIMBU			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade RECIFE		CBO/R	
Endereço				
CEP 58324972	Município de residência PITIMBU	UF PB	Logradouro NOVA VIDA, S/N	
Número SN	Complemento ZONA RURAL		Bairro CENTRO	
Admissão				
Data e Hora 17/07/2016 20:58:58	Número da pulseira 4215829		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma	Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA: X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO				Tempo 03min 37seg

[Imprimir](#)

26/09

17/07/2016 21:02



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico



BE.: 934191

4216929
FABIO PEDRO DA SILVA
DT. NASC.: 19/11/1986

MAE: ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA

END.: NOVA VIDA, S/N

N. SN - CENTRO

PITIMBU

FONE: ()

CELULAR: (83) 986424678

IDADE: 29

DT. ENTRADA: 17/07/2016 20:56:58

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de escada mato e cava, em uso de capacete (porém o mesmo foi quebrado). Negativa perda da consciência ou sonhos. Queixa de dor torácica em região esternal e no umbigo.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Párvias Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUÉIA NA LINHA MEDIANA Sim NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade Com dificuldade VENTILAÇÃO MECÂNICA APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

HTD	HTE
<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

2- RUIDOS

 sim Não

HTD	Roncos	HTE	Roncos
<input type="checkbox"/> Roncos	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Estertores
<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Estertores	<input type="checkbox"/> Sibilos	<input type="checkbox"/> Estertores

FR: _____ imp

SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

 Normal Pálida Cianótica Pletórica Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

 Normal Quente Fria

PULSO

 Normal Aumentado Fino Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

 Regular Irregular Ausente

RÍTMOS

 Normatonéticas Hipofonéticas

BULHAS

 Hipofonéticas Ausente

SOPRO

 Presente Ausente

BE OU B4

 Sim Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: *flácido, indolor*

DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas: Fotorreageente Paralisadas Isocôricas Anisocôricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____

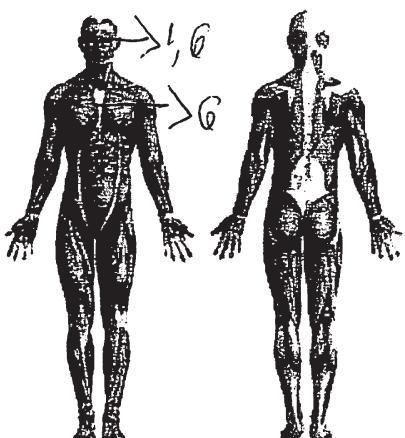
MEDICAMENTOS: Não Sim: _____

IMUNIZAÇÃO: Não Sim: _____

PATOLOGIA: Não Sim: _____

ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →	1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada
		2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta
		3 Avulsão	21 Hematoma
		4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso
		5 Crepitação	23 Laceração
		6 Dor	24 Lesão Tendínea
		7 Edema	25 Luxação
		8 Empalamento	26 Mordedura
		9 Efisema subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal
		10 Esmagamento	28 Objeto Encravado
		11 Equimose	29 Otorragia
		12 F. Arma Branca	30 Paralisia
		13 F. Arma de Fogo	31 Paresia
		14 F. Contuso	32 Parestesia
		15 F. Cortante	33 Queimadura
		16 F. Corto-Contuso	34 Rinorragia
		17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia
		18 F. Perfuro-Cortante	36



OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

Radiografias Lavado peritoneal
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Jº atendimento		
2			
3			
4	SRU 500ml EV aguda		
5	Dipiridamol 1g + AD EV aguda		
6	Tibatil 20 mg + AD EV aguda		
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da DMF / Ortopedista às : do dia / / /
 Solicito parecer da _____ / _____ às : do dia / / /

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____ / _____ / _____
 DA _____ / _____ / _____
 SAÍDA _____ / _____ / _____
 HORAS: _____ : _____ / _____ : _____ / _____
 () Centro cirúrgico () Transferência (unidade de saúde) _____
 () Internado (setor) _____
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revalia () Desistência
 () Jóbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

Dr. João Bartolomeu Pinto Ribeiro
Ortopedia
CRM-PB 4518

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

FNG).CC.001-1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: FABIO PEDRO DA SILVA
BE: 934191
DATA: 19/7/2016 15:08
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/07/2016.

RX. COLUNA CERVICAL P
VÉRTEBRAS CERVICais VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. BACIA AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

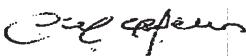
RX. OMBRO DIREITO AP
FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA.

RX. DA FACE
ESTRUTURA E DENSIDADE OSSEA NORMAIS.
NÃO VISIBILIZAMOS IMAGEM DE FRATURA.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

18


DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645





**Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital**

DESPACHO

V i s t o s , e t c .
A c o l h o a e m e n d a r e t r o .
Deixo de designar audiência junto ao Centro Judicial de Solução Consensual de conflitos - CEJUSC
deste Fórum central, nos termos dos arts. 334 e seguintes do NCPC, em razão de se tratar de processo de
DPVAT ajuizado há mais de dois anos e em que ainda não foi instaurado o contraditório. DESSA
FORMA, por medida de celeridade processual, CITE-SE A RÉ PARA APRESENTAR CONTESTAÇÃO
EM QUINZE DIAS, SOB PENA DE REVELIA.
C u m p r a - s e c o m g r a t u i d a d e .

João Pessoa - PB, (data do protocolo eletrônico).

ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO
JUIZ DE DIREITO



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCAO - 23/07/2019 17:17:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072317174166000000022179107>
Número do documento: 19072317174166000000022179107

Num. 22864631 - Pág. 1

Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0835193-70.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 14ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte Nome: B R A D E S C O S E G U R O S S / A Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131 para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, ourossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 9 de agosto de 2019.

De ordem, KAREN ROSALIN DE ALMEIDA ROCHA MAGALHÃES
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:
<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
XXXXXXXXXXXXXXXX



C E R T I D Ã O

Certifico que. citei e intimei a parte indicada na pessoa do seu representante legal Sr^a. VANDA CARMEM FABRICIO WANDERLEY, que após as formalidades legais ezarou seu ciente. Dou fé.

JOÃO PESSOA, 12 DE AGOSTO DE 2019



Assinado eletronicamente por: JETHER JERUEL CATAO - 12/08/2019 09:20:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081209202389900000022689003>
Número do documento: 19081209202389900000022689003

Num. 23405636 - Pág. 1

Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0835193-70.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 14ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte
Nome: BRADESCO SEGUROS S/A
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 9 de agosto de 2019.

De ordem, KAREN ROSALIN DE ALMEIDA ROCHA MAGALHÃES
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
XXXXXXXXXXXXXX

 Assinado eletronicamente por: KAREN ROSALIN DE ALMEIDA
ROCHA MAGALHÃES
09/08/2019 04:11:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 23364257



19080904110897700000022649931

[imprimir](#)


Vanda Carmem Fabricio Wanderley
Gerente Operacional
Bradesco - 09 Ago 2019 13:03:179759-d/
8337 Sucursal João Pessoa - PB
Bradesco Auto Re Cia de Seguros.

1 de 1

09/08/2019 09:



Assinado eletronicamente por: JETHER JERUEL CATAO - 12/08/2019 09:20:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081209202400000000022689330>
Número do documento: 19081209202400000000022689330

Num. 23405914 - Pág. 1

