



Número: **0811942-46.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **20/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIBIRICA DE MEDEIROS BARBOSA (TERCEIRO INTERESSADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48113 607	03/09/2021 12:24	<u>Petição</u>	Petição
48113 611	03/09/2021 12:24	<u>2764705_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
48113 613	03/09/2021 12:24	<u>2764705_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/09/2021 12:24:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090312241894400000045678145>
Número do documento: 21090312241894400000045678145

Num. 48113607 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180533310**
Vítima: **JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **18/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180533310**.

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 13611248

00010879




Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180533310
Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
Data do Acidente: 18/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180533310 **Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS**

Data do Acidente: 18/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01029/01030 - carta_04 - INVALIDEZ



00060515

Carta nº 13702048



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/09/2021 12:24:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090312241963300000045678149>
Número do documento: 21090312241963300000045678149

Num. 48113611 - Pág. 3



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

713315 394 - 78

Nome completo da vítima

José Fernando M. dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Fernando M. dos Santos	713315 394 73	Recurso
Endereço	Número	Complemento
Rua Profeta da	30	
Bairro	Cidade	Estado
Chata Redonda	Alhandra	PR
Email	CEP	58320-000
	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

José Peres 12 de Novembro de 2018

Local e Data

JOSÉ FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

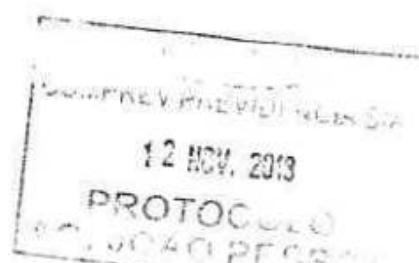
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Ag. OP C. Portaria

1033 023 207028-7

Jose Fernando Moreira dos Santos



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00587.01.2018.1.06.106

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00587.01.2018.1.06.106, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:32 horas do dia 19 de junho de 2018, na cidade de Alhandra, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Alhandra, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Basílio Rodrigues, matrícula 1355406, e lavrado por Renata Maria Teixeira Thorpe, Agente de Investigação, matrícula 1820095, ao final assinado, compareceu **Jose Fernando Merces dos Santos**, RG nº 4427812 SDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Mecânico, filho(a) de Janira Maria das Merces dos Santos e Jose Inácio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/01/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Silvino Bezerra de Lima, Nº 110, complemento MATA REDONDA, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Bar de Seu Bal, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99135-5406.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Silvino Bezerra de Lima, nº 110, Mata Redonda, Bar de Seu Bal, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/05/18 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

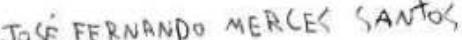
QUE, EM 18 DE MAIO DE 2018, POR VOLTA DAS 11HS, O COMUNICANTE ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO BAR DO TREVO, NA MATA REDONDA E FOI ATRAVESSAR A RUA E NÃO VIU QUANDO VINHA UMA CAÇAMBA E ACABOU ATINGINDO O COMUNICANTE NO LADO ESQUERDO; QUE, COM O CHOQUE O COMUNICANTE PERDEU A CONSCIÊNCIA E FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, OCORRÊNCIA 2076193, E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE CLAVÍCULA.

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.

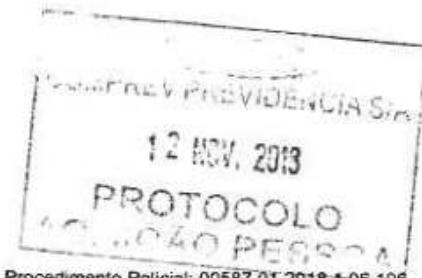

RENATA MARIA TEIXEIRA THORPE

Agente de Investigação

Alhandra/PB, 19 de junho de 2018.


JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
Noticiante



1/1



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00587.01.2018.1.06.106



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00587.01.2018.1.06.106, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 09:32 horas do dia 19 de junho de 2018, na cidade de Alhandra, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Alhandra, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Basílio Rodrigues, matrícula 1355406, e lavrado por Renata Maria Teixeira Thorpe, Agente de Investigação, matrícula 1820095, ao final assinado, compareceu **Jose Fernando Merces dos Santos**, RG nº 4427812 SDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Mecânico, filho(a) de Janira Maria das Merces dos Santos e Jose Inácio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/01/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Silvino Bezerra de Lima, Nº 110, complemento MATA REDONDA, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Bar de Seu Bal, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99135-5406.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua Silvino Bezerra de Lima, nº 110, Mata Redonda, Bar de Seu Bal, Alhandra/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/05/18 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, EM 18 DE MAIO DE 2018, POR VOLTA DAS 11HS, O COMUNICANTE ESTAVA NAS PROXIMIDADES DO BAR DO TREVO, NA MATA REDONDA E FOI ATRAVESSAR A RUA E NÃO VIU QUANDO VINHA UMA CAÇAMBA E ACABOU ATINGINDO O COMUNICANTE NO LADO ESQUERDO; QUE, COM O CHOQUE O COMUNICANTE PERDEU A CONSCIÊNCIA E FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU, OCORRÊNCIA 2076193, E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE CLAVÍCULA.

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.

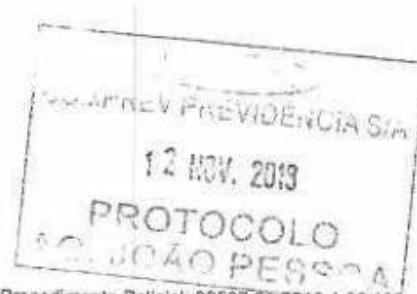


RENATA MARIA TEIXEIRA THORPE
Agente de Investigação

Alhandra/PB, 19 de junho de 2018.

JOSE FERNANDO MERCES SANTOS

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 00587.01.2018.1.06.106

1/1





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 0221205 (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 José Fernando dos Santos CPF da Vítima 713.315.394-71 Data do Acidente 18/05/2018

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 atende 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 Lider 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.

14/01/2019
PROTÓCOLO
RECEBIDO

José Fernando dos Santos
Local e Data

JOSÉ FERNANDO MERCÉS DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL.001 VOL1/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





192



Prefeitura Municipal de Alhandra

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR: USA -

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

Data	Observação n.º	Paciente / Usuário	Idade	Sexo
18/05/18	2026193	José Fernandes Meio dos Santos	39	Homem
Local da Ocorrência		Bairro	Médico Regulador	
Mata Redonda		Centro	Dr. Felipe	
Ação no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recepção Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encerrado <input type="checkbox"/> Outro				

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)	ANTECEDENTES			
	TRAUMA	CLÍNICO	GINECO-OBSTÉTRICO	DE
<input checked="" type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PROCEDENTE	<input type="checkbox"/> PATOLOGIA (S):
<input type="checkbox"/> OUTRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO:
CINEMÁTICA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> VACINAS:

DESTINO

Local: _____ Responsável: _____ Função: _____ Dr. Gianni R. Torre
 Local 2: _____ Responsável: Dr. Leonardo Soares de Lima CRM: 117075 Função: _____ Médico CRM-PB4736

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEILO S. EVOLUÇÃO MÉDICA)

Paciente vítima de atropelamento por Caminhão
 carro, f. idades entre 15 e 25 anos, feriu cerebral
 com paralisação parcial de memória e cunhado de
 08/05/06, M. S. F. S. N. E.

DADOS VITais

VIA A: Livre Obstruída RESPIRAÇÃO: > 30 bpm < 30 bpm PULSO RADIAL: Presente Ausente PAS: > 90 mm Hg < 90
 PA: 140 x 100 FC: 80 FR: 22 GLICEMIA: 109 E. Coria: _____ SpO2 sf O2: _____ SpO2 cf

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de atropelamento, realizado atendimento e regulado p/ hospital de trauma JP, seguir os cuidados de equipe.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

MÉDICO: _____ CRM: _____

CONDUTOR: _____

RECUSA

NOME: _____

ASSINATURA: _____

INSTITUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA	COREN _____
ENFERMEIRO	12 NOV. 2013
PROTÓCOLO REG. PESSOA	
TESTEMUNHAS: _____	



JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS
RUA PIQUETADA, 899/1 CASA - MATA REDONDA
ALHANDRA / PB CEP: 58220000 (A0: 1B)

Emissão: 21/09/2018 Referência Set/2018

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO P220 KM25 - Corte Reportado - João Pessoa/PB - CEP: 58070-000
Potência: 12-22-320-2830 N° medidor: 00001080951 CNPJ: 05.352.700/0001-40 - INSC: 16.016.120-9

energisa

Nº Faz. / Conta de Energia Elétrica N°02 730 019
Cód. para Dib. Automática: 00911454048

Set / 2018 21/09/2018 23/10/2018 093.503.904-04
PSC: EST.

UC (Unidade Consumidora):

5/1145404-8

DATA	LIGUEZ	DATA	USO/USO					
23/08/18	17408	21/09/18	17536					
DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA								
0601 Consumo em kWh				Tributos TEIR(R\$) ICMS(R\$) ICMS				
0601 Adic. B. Vermelha				127.000,00 0,8194930	104,06 104,06 21	28,06 104,06 0,06 2,67		
					8,27 9,27 27	3,50 8,27 0,07 0,34		

CCI Código de Classificação do item TOTAL 112,33 113,33 30,59 113,33 0,91 4,21

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
28/09/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 113,33

130 | 148 | 148 | 132 | 179 | 161 | 156 | 169 | 158 | 154 | 148 | 120
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVA DE ACESSO

9946 5d6c.cf7c.e2a1.d812.aad1.ebac.9393

DISMENSAIS	VALOR	VALOR
DISMENSAIS	8,15	2,37
DIS TRIMESTRAL	12,30	
DIS ANUAL	24,60	
FE-ANUAL	9,60	
FI-TRIMESTRAL	9,60	1,00
FI-ANUAL	14,40	
DVC	3,83	
DCR	12,33	2,37

Discriminação	Valor (R\$)	%
serviço de eletricidade	26,47	23,22
consumo de energia	2,37	2,09
serviço de fornecimento	2,94	2,60
encargos fáceis	3,50	3,09
encargos diretos e encargos	8,71	7,61
outros serviços	0,00	0,00
Total	113,33	100,00

Valor da Fatura: R\$113,33

ATENÇÃO
Residuo Tarijano-Vigencia 28/09/18-Res ANEEL nº 2.439-Baixa Tensão 15,61% Médio
Residuo Tarijano-Vigencia 28/09/18-Res ANEEL nº 2.439-Alta Tensão 16,73% Médio

Faturas em atraso

12 NOV. 2018
PROTÓCOLO
EM PRÉ

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Queremos agradecer a todos que nos apoiaram.
Gostaríamos de agradecer a todos que nos apoiaram.
Todas as pessoas que nos apoiaram. N° 012 766 677

DATA DO CLIENTE

JEAN KLEINER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA QUARTO 157 SALA 05
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERENCES

APRESENTAÇÃO

CONSOLID

VERIFICACIÓN

ITALIA 1998

SET/2018

20/09/2019

103

27/08/2018

BC 478.84

REFERENCES AND NOTES

energisa

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
Rotaivo: 12-005-292-0456
CONTA PAGA - Data de Passeamento: 21/09/2018

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA
27/09/2016 R\$ 178,94 1860304-2016-094



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/09/2021 12:24:19
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2109031224196330000045678149>
Número do documento: 2109031224196330000045678149

Num. 48113611 - Pág. 11



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Moreira Lemos Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.500.754-21 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Fernando M. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.315.384-73 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima José Fernando M. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.315.384-73 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Agente Fiscal José R. Duarte</u>		<u>257</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Mangabeira</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58096-384</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>99105-5362</u>	<u>98663-4900</u>	

João Pessoa, 30 de outubro de 2018
Local e Data

Suelio Lemos Duarte
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	11/01/99
NOME DA MÃE	JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.082.942
DATA DO ATENDIMENTO	18/05/18
HORA DO ATENDIMENTO	12:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO NO LÁBIO SUPERIOR
CID 10	S01.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com perda da consciência, com ferimento contuso em lábio superior, torax e abdômen sem alterações.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de cráneo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento.

ALTA HOSPITALAR: 18/05/18
DATA DA EMISSÃO: 24/07/18

~~Dr. José de Almeida Braga~~
CRM: 2328/PB

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

12 NOV 2013

PROTOCOL



CII → NCR/B.M.F.



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 88 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1082942



Identificação do paciente

IC 1290047	Nome JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS			Sexo Masculino	
Data de nascimento 11/01/1999	Idade 19 anos 4 meses 7 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário	
Mae JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS	Par JOSE INACIO DOS SANTOS				
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) JANIRA MARIA - MAE				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991355406	DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento			Nº Crs	
Local de procedência ALHANDRA				Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA			CBOR	

Endereço

CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro SILVINO BEZERRA DE LIMA
Número 110	Complemento		Bairro MATA REDONDA

Admissão

Data e Hora 18/05/2018 12:52:07	Número da pulseira 1000005988578	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	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	P脉	Temperatura	12 NOV. 2013
--------------	----	-------------	--------------

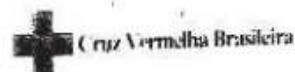
PROTÓCOLO

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []	100-PESSOA
Dados clínicos							
Inconsciente, 31' min de consciência, politraumatizado. Ocorreu envolvimento de motociclistas, levando ao acidente, no local.							
Sintoma							
Diagnóstico	Folia de sintomas						CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	Data: 12/05/2018						Tempo 03min 39seg

Imprimir

H. Suelio Moreira Torres de Lima
S. Suelio Moreira Torres de Lima
PROTÓCOLO SERVIÇO DE CIRURGIA





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS	1082942	18/05/2018 12:52:07	
Data de nascimento	Idade		Telefone de Contato
11/01/1999	19a 4m 7d		(83) 991355406
Mãe			Prontuário
JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
SILVINO BEZERRA DE LIMA, 110	MATA REDONDA	ALHANDRA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEONARDO SOARES DE LIMA	2170/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
18/05/2018 12:55:46		18/05/2018 13:10:58	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, COM PERDA MOMENTÂNEA DA CONSCIÊNCIA (NÃO SE RECORDA DO ACIDENTE); APRESENTA FERIMENTO NO LÁBIO SUPERIOR. EXAME FÍSICO DO TÓRAX E ABDÔMEN SEM ANORMALIDADES.

CONDUTA:

1. TC DE CRÂNIO;
2. PARECER DA NCR/B.M.F.;
3. ALTA DA CIRURGIA GERAL

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição	DATA DE PRESCRIÇÃO
T14.9	Traumatismo não especificado	12/05/2018

Conduta

Em observação

PROTÓCOLO
ACIDENTE

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

LEONARDO SOARES DE LIMA

(: 2170/PB)

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS	BAE 1082942	Data/Hora Entrada 18/05/2018 12:52:07	Data Baixa
Data de nascimento 11/01/1999	Idade 19a 4m 7d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991355406
Mãe JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS			Prontuário
Endereço SILVINO BEZERRA DE LIMA, 110	Bairro MATA REDONDA	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RUI MEDEIROS JUNIOR	Nº Cons. Regional 5518/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2018 12:55:46		Data/Hora Prescrição 18/05/2018 14:54:11	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO SEM USAR CAPACETE COM HISTÓRICO DE DESMAIO, NEGA VÔMITO, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS E DOENÇAS DE BASE (SIC). AFIRMA VACINAÇÃO ATUALIZADA.

NO MOMENTO EM BEG. LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, AFEBRIL, EM MACA.

AO EXAME FÍSICO EDEMA + EQUIMOSE PERIORBITÁRIO (E), EDEMA + FCC EM MUCOSA DE LÁBIO SUPERIOR, ACUIDADE VISUAL + MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, BOA ABERTURA BUCAL, MOVIMENTOS MANDIBULARES PRESERVADOS, OCLUSÃO MANTIDA.

TC: NÃO OBSERVA-SE SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.

CD: 1- SUTURA 2-ORIENTAÇÕES E PRESCRIÇÃO PARA CASA 3- ALTA 3MF 4- AOS CUIDADOS DA NCR

CID10

Código	Descrição
S01.5	Ferimento do lábio e da cavidade oral
S01.5	Ferimento do lábio e da cavidade oral

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

RUI MEDEIROS JUNIOR
(: 5518/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 18/05/2018 12:55:46

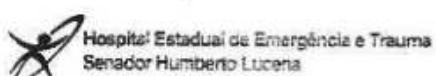
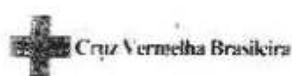


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/09/2021 12:24:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090312241963300000045678149>

Número do documento: 21090312241963300000045678149

Num. 48113611 - Pág. 16



AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS	BAE 1082942	Data/Hora Entrada 18/05/2018 12:52:07	Data Baixa 2018-05-18 16:40:33.0
Data de nascimento 11/01/1999	Idade 19a 4m 7d	Sexo Masculino	CNS (83) 991355406
Mãe JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS	Prontuário		
Endereço SILVINO BEZERRA DE LIMA, 110	Bairro MATA REDONDA	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO	Nº Cons. Regional 7650/PB
Data/Hora Classificação 18/05/2018 12:55:46	Data/Hora Prescrição 18/05/2018 16:40:37		

Anamnese

#NCR

#ACIDENTE MOTOCICLISTICO

#GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCais APARENTEs

#TCC SEM ALTERAÇÕES RELACIONADAS AO TCE

#NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

#CD: ALTA NCR

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO	Data e Hora 18/05/2018 16:40:33
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO
(CRM: 7650/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 18/05/2018 12:55:46

0.6.8080/cvb/ades/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=291148&pesquisa=S&perform=imprimirPresc

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/09/2021 12:24:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090312241963300000045678149

Número do documento: 21090312241963300000045678149

Num. 48113611 - Pág. 17

**Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasília**

Data: 18/05/18 13:11
Usuário: LEONARDO
Boleto: 1082942

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS	Data de 11/01/1999	Idade 19a 4m 7d	Sexo MASCULINO	Nº 1082942	Nº Pronunciado	Data Prescrição 18/05/2018 13:10:58
Motivo do Atenção Enfermagem / Letra					Validade da Prescrição 18/05/2018 13:11:00 - 19/05/2018 13:11:00	
Convenio SUS						Senha

Nome do medicamento **Dose** **U.M.** **Orientação de Uso** **Via de** **Veloc. Inf.** **Pos** **Apagamento**

1 DIETA ZERO	0,0		NENHUMA			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	500,0	ML	E.V.		AGORA	

18 de Maio de 2018

LEONARDO SOARES DE LIMA
CRM: 2170

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROVIMENTO
4.2.2013
PROTOCOLO





Atendimento: 201831319605

Data Nasc: 11/01/1999 - 19 anos

Paciente: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data Exame: 18/05/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

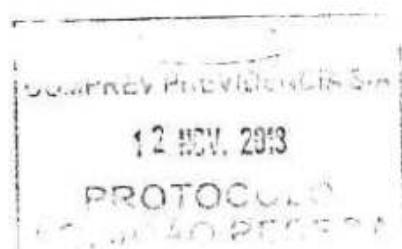
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Hematoma subgaleal na região frontal e periorbitaria esquerda.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 19/05/2018 13:43.



Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





Atendimento: 201831329406

Data Nasc: 11/01/1999 - 19 anos

Paciente: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

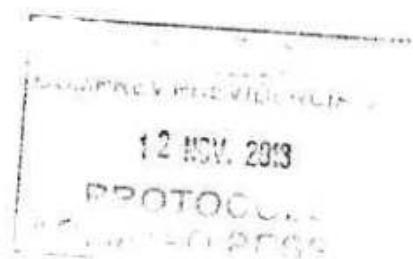
Data Exame: 23/05/2018

RADIOGRAFIA CLAVÍCULA ESQUERDA

Fratura do terço médio da clavícula a esquerda.

Demais estruturas ósseas íntegras

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.



Este laudo foi liberado em 23/05/2018 12:03.


Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB





Atendimento: 201831329406

Data Nasc: 11/01/1999 - 19 anos

Paciente: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

Data Exame: 23/05/2018

RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem alterações significativas.

Campos pulmonares com transparência normal.

Não há evidência de consolidação focal atual do parênquima pulmonar.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca de configuração anatômica normal.

* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

12 NOV. 2013
PROTÓCOLO
SUELIO MOREIRA TORRES

Este laudo foi liberado em 23/05/2018 12:04.


Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.427.813	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/05/2016
NOME	JOSÉ FERNANDO MERCES DOS SANTOS		
RESIDÊNCIA	JOSÉ INÁCIO DOS SANTOS JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
JOÃO PESSOA-PB	11/01/1990		
DOC. ORIGINAL	NASC.N.15129 FLS.218 LIV.A15		
CPF	CARTÓRIO ALHANDRA-PB		
713.315.394-71			

LEIA MELHOR NO SITES
www.tjpb.jus.br

12/09/2019
PROTÓCOLO
PESQUISA





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS
12 NOV. 2013
PROTÓCOLO
DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533310 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: HEMATOMA SUBGALEAL.
TRAUMA CORTO CONTUSO EM LÁBIO SUPERIOR.
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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 TERAPÉUTICA.

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 %



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Brasileiro(a), estado civil Mulher, profissão
Mecânico, CI RG nº 4-127-813
CPF/MF nº 733.315.399-73 residente e domiciliado(a) à Rua
R. Prestácia, 511. casa - Mata Redonda,
Cidade de Alhandra, Estado
Paráiba, CEP: 5832-0000, telefone
99105-5363, 98663-4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Almendra/PB, 01 de outubro

12 MAY 2013

PROTOC

JOSÉ FERNANDO MERCES DOS SANTOS

QUITORGANTE

CARTÓRIO DE
MATA REDONDA

CARTÓRIO RCPN DE MATA REDONDA
Rua Feu. José da Costa, S/N, Mata Redonda, Alhandra - PB

Reconheço, por autenticidade, as(s) firma(s) de:
JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS
 Dou ft. Alhandra/PB - 01/10/2018
 Substituta: Luanna Ferreira Mendes Lira
 Selo Digital: AGW80127-NEQ0
 Consulte a autenticidade em <https://scodigital.tjpb.jus.br>
 Emol RS 9,10 FARPN RS 0,21 MP RS 0,00 FEPJ RS 2,27
 Luanna Ferreira Mendes Lira





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08119424620198152003

LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

POR TANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/09/2021 12:24:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090312242041000000045678151>
Número do documento: 21090312242041000000045678151

Num. 48113613 - Pág. 1

na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 1 de setembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/09/2021 12:24:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21090312242041000000045678151>
Número do documento: 21090312242041000000045678151

Num. 48113613 - Pág. 2