



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
48113607	03/09/2021 12:24	<a href="#">Petição</a>	Petição
48113611	03/09/2021 12:24	<a href="#">2764705_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
48113613	03/09/2021 12:24	<a href="#">2764705_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

ANEXO



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

Pag. 01757/01758 - carta\_01 - INVALIDEZ

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](http://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

Pag. 00293/00294 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13613957





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 seqüela 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

00050515



Carta nº 13702048





**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

Nome completo da vítima

713315394-78

Jose Fernando M. dos Santos

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

Nome completo	Jose Fernando M. dos Santos		CPF titular da conta	71331539478	Profissão	Recuse	
Endereço	Rua Profetada		Número	50	Complemento		
Bairro	Chata Redonda	Cidade	Alhambra	Estado	PR	CEP	58320-000
Email					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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ	D/V	CONTA NRQ	D/V
1033		107028	7
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		BANCO Nome	NRO
		AGÊNCIA NRQ	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.

Jose Pessoa 12 de Novembro de 2018

Local e Data

JOSE FERNANDO MERCEZ DOS SANTOS

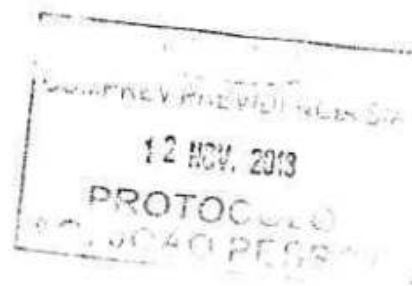
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

19. 0P C. Fauranço  
1033 013 107028-7

Jose Fernando Merces 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 Mercês dos Santos**, RG nº 4427812 SDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Mecânico, filho(a) de Janira Maria das Mercês 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.

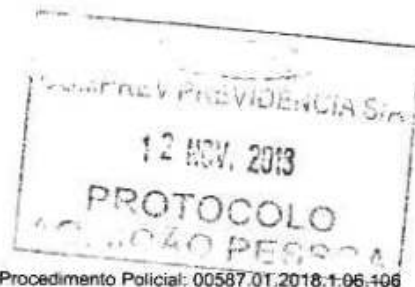
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

RENATA MARIA TEIXEIRA THORPE  
Agente de Investigação

Alhandra/PB, 19 de junho de 2018.

JOSE FERNANDO MERCES SANTOS

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS  
Noticiante







**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: Às 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 Mercês dos Santos**, RG nº 4427812 SDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Mecânico, filho(a) de Janira Maria das Mercês 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 fê.

RENATA MARIA TEIXEIRA THORPE  
Agente de Investigação

Alhandra/PB, 19 de junho de 2018.

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS  
Noticiante



Procedimento Policial: 00587.01.2018.1.06.106





# 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

José Fernando M. dos Santos

CPF da Vítima

713.315.394-71

Data do Acidente

28/05/2018

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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:

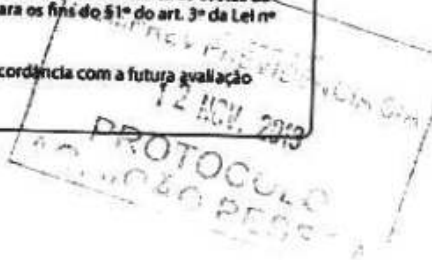
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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.



José Fernando M. dos Santos  
Local e Data

JOSÉ FERNANDO MERCEZ DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





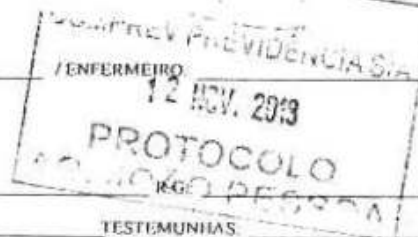
SAMU  
192



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	Ocorrência n.º	Paciente / Usuário	Idade	Sexo
18.05.18	2026193	João Fernandes Meas dos Santos	19	M
Local da Ocorrência		Bairro	Médico Regulador	
Rota Redonda		Centro	Dr. Felipe	
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <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"/> Choço				
TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO				
TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)			- ANTECEDENTES	
<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> PROCEDENTE DE <input type="checkbox"/> OUTRO CENENIÁTICA:			MEDICAMENTOS: PATOLOGIA(S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS:	
DESTINO				
Local:		Responsável:	Função:	
Local 2:		Responsável: Dr. Guilherme Soares de Lima	Função: Médico	
EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS, EVOLUÇÃO MÉDICA)				
Paciente vítima de atropelamento por Caminhão, com lesões em membros superiores, com ferimentos superficiais. Após exame de ferimentos, encaminhado para o HOSPITAL, para tratamento.				
DADOS VITAIS				
VVAA: Livre Obstruída RESPIRAÇÃO: > 30 irpm < 30 irpm PULSO RADIAL: Presente Ausente PAS: > 90 mmHg < 90 PA: 140x100 FC: 80 FR: 22 GLICEMIA: 109 E. Coma: SpO2 s/ O2: SpO2 c/				
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM				
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:				
INTERVENÇÕES:				
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:				
Paciente vítima de atropelamento, realizado atendimento e regulado p/ hospital de trauma IP, seguiu desatendido d equipe.				
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)				
MÉDICO	CRM	ENFERMEIRO	COREN	
CONDUZIR				
RECUSA				
NOME				
ASSINATURA				





JANIRA MARIA DAS MERCEDES DOS SANTOS  
RUA PROJETA DA SILVA CASA - MATA REDONDA  
ALHANDRA / PB CEP: 58220000 (AQ: 18)

Emissão: 21/09/2018 Referência: Set / 2018

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO R120 Am25 - Cód. Residência: João Pessoa / PB - CEP: 58140110  
Roteiro: 12-22-320-2830 Nº medidor: 000108095

**energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
CNPJ: 08.945.102/0001-40 - Ins. Est. 18.615.023-0

Nota Fiscal / Contorno Energia Elétrica Nº 010.730.570  
Cód. para Dtb. Automática: 000145404

Set / 2018 21/09/2018 23/10/2018 893.303.904-24  
UC (Unidade Consumidora): 5/1145404-8

Data	Letura	Data	Letura			
23/08/18	17408	21/09/18	17538	1	127	28
Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMSS (R\$) PIS/COFINS (R\$) B. 8089% (2,7164%)						
0601 Consumo em kWh	127.000 0,819430	104,08	104,08	27	28,08	0,84 2,67
0601 Acs. B. Verbetes		9,27	9,27	27	9,27	0,07 0,34

CCI Código de Classificação Antem TOTAL 118,33 113,33 30,59 113,33 0,91 4,21

Média (últimos meses (kWh)) 153  
**VENCIMENTO 28/09/2018**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 113,33**

139 | 149 | 148 | 152 | 179 | 161 | 166 | 169 | 158 | 154 | 145 | 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

RESERVAÇÃO AO FISCO  
9946.5d6c.cf7c.e2a1.d812.aad1.ebac.9393.

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	28,08	24,76
Custos de Energia	41,37	36,51
Serviço de Transmissão	2,84	2,49
Encargos Setoriais	5,98	5,28
Impostos, Contrib. e Encargos	36,71	32,51
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>113,33</b>	<b>100,00</b>

Valor EUC: R\$ 720,11 (R\$ 0,72)

**ATENÇÃO**  
Resolva Tarifário Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Baixa Tensão 15,41% Média  
Resolva Tarifário Vigência 28/09/18 - Res. ANEEL nº 2.439 - Alta Tensão 18,75% Média

PROTÓCOLO  
12 NOV. 2018  
PROTÓCOLO



## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é substituto de nota

Exibir para comprovar o pagamento da conta e o valor devido. Nº 012.746.577



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 210, Km 21 - Centro Industrial - João Pessoa - PB - CEP 56071-600  
CNPJ 04.065.183/0001-02 Insc. Est. 16.818.823-0

### DADOS DO CLIENTE

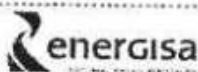
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 137 SALA 05  
JOÃO PESSOA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	20/09/2018	192	27/09/2018	R\$ 178,94

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



Qualidade de vida

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotativo: 12-405-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
27/09/2018	R\$ 178,94	1698358-2018-09-8



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

**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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Alfonso B. Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.500.754-71  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Fernando M. dos Santos inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 713.315.394-71 do sinistro de DPVAT cobertura um Validez da Vítima  
Jose Fernando M. dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.315.394-71 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 <u>Agente Siscof Jose B. Duarte</u>		Número <u>257</u>	Complemento
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58096-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>99305-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

João Pessoa de outubro de 2018  
Local e Data

Alfonso B. Duarte  
Assinatura do Declarante

DLDR.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 corto-contuso em lábio superior, torax e abdome sem alterações.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

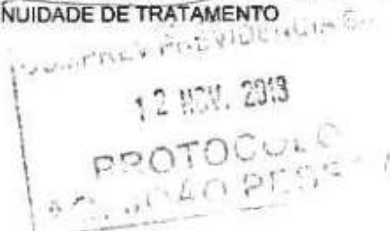
### TRATAMENTO:

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





[illegible]

CIT → NCR/B.M.F



**Cruz Vermelha Brasileira**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, 88 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1082942



### Identificação do paciente

ID 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
Mãe JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS	Pai 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 Cns	
Local de procedência ALHANDRA		Tipo MUNICIPIO	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 <b>1000005988578</b>	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	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Meio de transporte		Quem transportou	
SAMU			

## Sinais Vitais

PA \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg      Pulso \_\_\_\_\_      Temperatura \_\_\_\_\_

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Parceira comum, 12 anos de idade, muito bonita, com  
pequena virginalidade de desenvolvimento, com o  
muito de desenvolvimento de desenvolvimento, com o  
seu

Diagnóstico	CD
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	Tempo 03min 35seg

İmce:im

Dr. Leonardo Naves de Lima  
Presidente Geral - UFG

180 = 2 · 81257





18/05/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimirPres



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

## 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
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

LEONARDO SOARES DE LIMA  
(: 2170/PB)

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

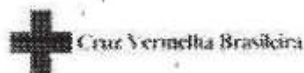
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=291011&amp;pesquisa=S&amp;perform=imprimirPres

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. 15



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS	1082842	18/05/2018 12:52:07	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
11/01/1999	19a 4m 7d	Masculino	(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	RUI MEDEIROS JUNIOR	5518/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
18/05/2018 12:55:46		18/05/2018 14:54:11	

### Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO 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 BMF 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: FÁTIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 18/05/2018 12:55:46





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

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

## 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  
Motivo de Alta  
ALTA HOSPITALAR

Data e Hora  
18/05/2018 16:40:33  
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/pages/prescricao.do?controle=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=291148&amp;pesquisa=S&amp;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



# HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS	Data de	11/01/1999	Idade	19a 4m 7d	Sexo	MASCULINO	Nº	1082942	Nº Prontuário	18/05/2018 13:10:56
Motivo do Atendimento	Enfermagem / Leito			Validade da Prescrição			18/05/2018 13:11:00 - 19/05/2018 13:11:00				
Convênio	SUS	Matrícula		Assinatura e Carimbo do Profissional			Data Prescrição				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprezamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	DIETA ZERO	0.0			NINGUMA		
2	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO /FRASCO	500.0	ML		EV.		AGORA

LEONARDO SOARES DE LIMA  
CRM: 2170

Dr. Leonardo Soares de Lima  
CRM: 2170

Assinatura e Carimbo do Profissional

PROVIDENCIA S/A  
12 NOV. 2018  
PROTOCOLO

18 de Maio de 2018







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

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.

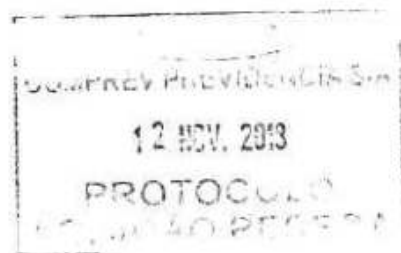
Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

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**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831329406

Data Nasc: 11/01/1999 - 19 anos

Paciente: JOSE FERNANDO MERCES DOS SANTOS

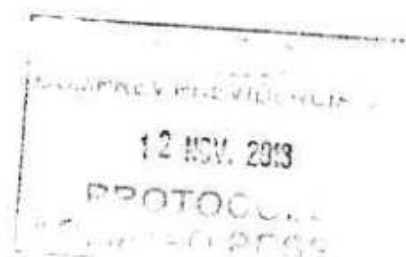
Data Exame: 23/05/2018

## **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**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

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.

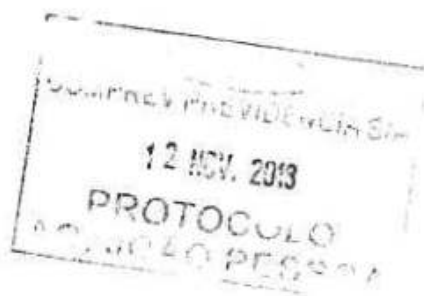
Campos pulmonares com transparência normal.

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.*



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

**Dr. Igor Motta de Aquino**  
CRM: 6512- PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

P-024

JOSE FERNANDO M. dos SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.427.813 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/05/2016

NOME JOSÉ FERNANDO MERCES DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ INÁCIO DOS SANTOS  
JANIRA MARIA DAS MERCES DOS SANTOS

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/01/1999

DOC ORIGEM NASC.N.15129 FLS.218 LIV.A15

CRT CARTORIO ALHANDRA-PB

CPF 713.315.394-92

LEI 11.127/06

12 NOV. 2013

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA





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

**Nome**  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

**SEC. DE REGISTRO / ORG. EMISSOR**  
2407718 SSP RJ

**CIV**  
048.502.754-74

**Data de Nascimento**  
21/08/1982

**Função**  
ALEXANDRE DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

**Formação**  
[ ] [ ] [ ]

**CPF**  
01851249560

**Validade**  
14/01/2019

**Exatidão**  
29/06/2001

**Assinatura**  
Alexandra Cesar Duarte

**Nome**  
JOAO PESSOA, PB

**Data de Emissão**  
17/01/2014

**Assinatura**  
Rodrigo Carneiro

**CPF**  
46588356744

**RG**  
38027915595

**DET-RN-PB (PARAIBA)**

**VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
894056231

**PRIMEIRO PLASTIFICAR**  
894056231

12 NOV. 2013  
PROTOCOLADO  
2.040 PESSOA



## 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 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



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Jose Fernando Mercus dos Santos,  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão  
mecânico, CI RG nº 4.427.813,  
CPF/MF nº 713.315.394-71, residente e domiciliado(a) à Rua  
R. Prestada S/N. casa - Mata Redonda,  
Cidade de Alhandra, Estado  
Paraíba, CEP: 58320000, 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 pericias  
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.

Alhandra/PB, 01 de outubro de 2018.

12 NOV. 2018  
PROTOCOLADO  
S.º DE P.º

JOSE FERNANDO MERCUS DOS SANTOS

CARTÓRIO DE  
MATA REDONDA

### OUTORGANTE

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

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
JOSE FERNANDO MERCUS DOS SANTOS  
Dou. R. Alhandra/PB - 01/10/2018  
Substituta: Luanna Ferreira Mendes Lira  
Selo Digital: AGW80127-NE90  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,10 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,00 FEPJ R\$ 2,27

Luanna Ferreira Mendes Lira





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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 nexos 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 inexistente nexos 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 nexos 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.

**PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXOS 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 SUPOSTO 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**



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**

