



Número: **0853705-33.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GEORGE SILVA DE SOUSA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37631 172	09/12/2020 14:34	<u>Petição</u>	Petição
37631 176	09/12/2020 14:34	<u>2767452_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37631 178	09/12/2020 14:34	<u>2767452_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091434008200000035901593>
Número do documento: 2012091434008200000035901593

Num. 37631172 - Pág. 1



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: 3180575428 Vítima: **GEORGE SILVA DE SOUSA**

Data do Acidente: 27/02/2017 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEORGE SILVA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13700022



Pac_00617/000618 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091434014510000035901597>
Número de documento: 2012091434014510000035901597

Num. 37631176 Pág. 1



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: 3180575428

GEORGE SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 27/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEORGE SILVA DE SOUSA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 00973/00974 - carta_03 - INVALIDEZ



00050487

Carta nº 13700965



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914340145100000035901597>
Número do documento: 20120914340145100000035901597

Num. 37631176 - Pág. 2



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, 10 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180575428 Vítima: GEORGE SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 27/02/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEORGE SILVA DE SOUSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorno ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



pag. 01757/01758 - carta 16 - INVALIDEZ

Carta n° 14433048



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091434014510000035901597>
Número do documento: 2012091434014510000035901597

Núm. 37631176 - 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	Nome completo da vítima
	079.959.064-98	George Oliveira de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	George Oliveira de Souza	CPF titular da conta	079.959.064-98	Profissão	Borracheiro
Endereço	Rua Antônio Gomes	Número	531	Complemento	
Bairro	Cruz das Armas	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email		CEP	58085-070	Telefone (DDD)	031

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"/> RECLUSO 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)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1033		107862	8
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome _____ NRO. _____			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	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.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01758.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01758.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:49 horas do dia 21 de setembro 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, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **GEORGE SILVA DE SOUSA**, CPF nº 079.959.064-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Borracheiro, filho(a) de Vera Lúcia Silva de Sousa e Geraldo Gomes de Sousa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/06/1983 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônio Gomes, Nº 221, bairro Cruz das Armas, tendo como ponto de referência Próximo a Quartel do 15ri, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98717-5815.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 008, Jacumã, Próximo Ao Arco de Jacumã, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/02/17 16:44h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

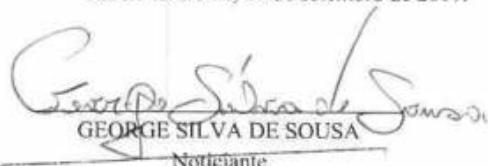
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR150, COR PRETA, ANO 2010, PLACA KIL2871/PB, CHASSI 9C2KD0520AR038663, REGISTRADA EM NOME DE JOSE LINDEMBERG FILGUEIRA, quando colidiu na dianteira de outra MOTOCICLETA DE MARCA HONDA 1100CILINDRADAS, não identificada vindo em decorrência a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0790/2017, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.06.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar; Que não tem testemunhas.

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

João Pessoa/PB, 21 de setembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


GEORGE SILVA DE SOUSA
Noticiante
03 DEZ. 2018
PROTÓCOLO
10.000-40 PESSOA

Procedimento Policial: 01758.01.2017.1.00.420

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 0221201 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 George Silva de Souza CPF da Vítima 079.959.064-98 Data do Acidente 27/02/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa, 06 de Dezembro de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017





VISTO EM: 03/10/17


Comandante do BAPH

Katty Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 29 de junho de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 224/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 27/02/2017, conforme requerimento nº 216/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 16h44min o/a Sr.(a) **GEORGE SILVA DE SOUSA** CPF: 079.959.064-98, vítima de acidente de trânsito (*colisão (moto x moto)*), na PB 008 (Próximo ao arco de Jacumã), Jacumã – Conde/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-47 tendo como chefe o/a **SOLDADO BM LEONARDO SALES DE MELO**, Matrícula: 526.074-4. Ao chegar ao local constatou que a vítima era garupa da moto e usava capacete, consciente e orientada, com fratura exposta de membro superior, e escoriações no tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity.

Para constar, eu **André Vieira de Souza - SD BM Mat. 523.518-9**, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josinaldo B. G. dos Santos
FNP: QJAGM- 517240-3

Chefe da 3ª Seção

03 DEZ. 2013
PROTOCOLO
AO PESSOA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB.
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbs@bombeiros.pb.gov.br





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

SUELI

REFERÊNCIA
SET/2018

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

ORGE SILVA DE SOUSA
A ANTONIO GOMES, 221 - CRUZ DAS ARMAS JOAO
ISOA PB 58085 070

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	
0100005 00000 0000	1	0 0 0 0		
Irômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto

ANTES DA LEITURA | CONSUMO CHEGOU NUM DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA

10 | 11/10/2018

1. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO DO PORT. 05/2012 HS.
3/2018 10 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
1/2018 10 TURBIDEZ 0 0 0
4/2018 10 CLORO 0 0 0
1/2018 10 COL.TERMOT. 0 0 0
3/2018 10 COR 0 0 0
4/2018 10 COL.TOTALS. 0 0 0
DIA(M) DADOS REFERENTES A: JUL/2018

DATA DE IMPRESSÃO: 12/09/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 13:13:50
SCRIÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA 10-11 37,91
JETO 2,27
ESCIHO(S) MESC(E5) ANT. 05/2018 06/2018 07 1,33
LOS DE MORA 05/2018 06/2018 07/2018

II APROVADO DE IRIBITÓS-R\$ 2.51 PIS E COFINS LEE 12.741.11

CIMENTO:	Total a Pagar:	R\$ 41,51
----------	----------------	-----------

I CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

V CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"DOU A INFÂNCIA E PÉRDIDA, NÃO TEU JOGO GANHO"

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CAGEPA	MATRÍCULA	REFERÊNCIA	EFETUADO	TOTAL A PAGAR
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA	590583	SET/2018	11/09/2018	R\$ 41,51

82670000000 1 41510010001 5 000059053301 4 09201810003 9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914340145100000035901597
Número do documento: 20120914340145100000035901597

Num. 37631176 - Pág. 8



JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA, 000
MANAÍRA
58038-460 - JOÃO PESSOA - PB

Código NET
907/014527082
CPF/CNPJ
455.536.024-91

Vencimento
10/10/2018 Valor
199,99
Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004

Importante:
Manutenção e/ou instalação de antena sempre realizada
por profissional da NET. Só é permitida a instalação
de antena no exterior do seu imóvel. NET não é responsável
pelo prejuízo de perda de sinal, caso o cliente faça instalação
sem autorização.

Minha NET:

- (BDA LARGA NET
- (EMPRESAS 60 MEGA FIO
- (FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL 1L

Descrição	Total
(NET VIRTUA +)	145,00
(NET Fone)	54,99

Valor total
199,99

() NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

DATA A 30/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FIO 145,00
Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA + 145,00
Total NET VIRTUA + 145,00

() NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO	
LIGAÇÕES LOCAIS	0h02m06s	54,99
ASSINATURA		54,99
Total NET Fone		54,99

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.
06 DEZ. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A TV E O ENTRETENIMENTO

Os grandes astros de Hollywood, as dicas dos melhores filmes, séries e as atrações mais quentes da TV por assinatura, você encontra na revista **MONET**. Confira também um supenguia com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**.

Acesse net.com.br/monet e assine já!

Prêmio Veículos de Comunicação > Melhor Revista Customizada
Assinatura disponível para clientes NET, consulte disponibilidade em sua cidade.



- Para atendimento presencial consulte os endereços no site site.net.core.br
- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET fatura ao Serafá/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, esses serão cobrados nas seguintes datas futuras:
- Deficiente Auditivo e de Fala (pág. 9800 721 7797 - 4) para prestar realizar a ligação caso um telefone adaptado para deficiente TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos). Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (apenas de ligação local).

Central de Relacionamento NET: 10621 e 8800-7217777

REGISTROS DE ATENDIMENTO:
0871827987207044,
087182798545635,
087182798545626,
087182798545519,
0871827981300256

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção efete seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESE, BANRISUL, CAIXA ECONÔMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL.

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
JOSE EDUARDO DA SILVA	NET SERVICOS 9070145270823	Setembro/2018	10/10/2018	199,99

84640000001-0 99990296201-1 81010907000-5 00144440401-4



OF 26 102-46

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914340145100000035901597>

Número do documento: 20120914340145100000035901597

Num. 37631176 - Pág. 9



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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Lacerda Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.751-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário George Silveira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.959.064-98 ldo sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima George Silveira de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.959.064-98 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>Ave. Manoel Rosa</u>	Número	<u>82</u>	Complemento
Bairro	<u>Mamangua</u>	Estado	<u>RJ</u>	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD)

Local e Data

Alexandre Lacerda Duarte
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914340145100000035901597>
Número do documento: 20120914340145100000035901597

Num. 37631176 - Pág. 10



CERTIDÃO

Nº. 0790/2017

Atendendo solicitação de GERLANDO PEREIRA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 9619 e prontuário nº 2017.02.005642 pertencente à **GEORGE SILVA DE SOUSA** que foi atendido dia 27/02/2017 às 17h46min, paciente vítima de acidente moto x moto, apresentando fratura exposta de antebraço direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura em ossos do antebraço direito. Realizado cirurgia dia 27/02/17 e alta médica dia 03/03/17.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

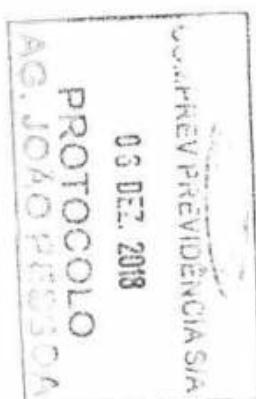
João Pessoa, 19 de Junho de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida

Médico

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





Alta HOP



Complexo Hospitalar **MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº:	201702 5692
-----	-------------

SISREG
INTERNAÇÃO EM
27/10/17
VISTO *Alex*

NOME DO PACIENTE:

George Silva de Souza

ENFERMARIA:

LEITO:

PROTÓCOLO	03 DEZ. 2018
ACOVOPE	<i>ligen</i>

ligen

(e-HOP)



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-394 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 9619 Atd: Nao Regula
Data: 27/02/2017
Hora: 17:46:34
Repcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GEORGE SILVA DE SOUSA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3095471 Fone: 0
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/06/1983 Id: 33 ano(s)
End.: RUA ANTONIO GOMES, 828 PACIENTE SEM CARTAO DO SUS OBS. CARGA DE DESCARGA SEM TELEFONE
Bairro: CRUZ DAS ARMAS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: VERA LUCIA SILVA DE SOUSA Pai: GERALDO GOMES DE SOUSA
Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AUTONOMO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Recn.: GEORGE SILVA DE SOUSA
Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 3095471
Pro- dencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEIO NO RESGATE HJ AS 16/20 CONDUTOR
Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ MOTO EM JACUMAM
Vitima de violência por: NA RUA PRINCIPAL DO 01 POSTO DE GASOLINA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia: INC: 05 DEZ. 2018 [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: COMPREV SEGURO E PREVIDENCIASIA [] Regular [] Chocado
Queixa Principal: fratura exp. [] Vomito
Observacao

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Cláudio Moreira da Nóbrega
Tec. de Enfermagem
COMARCA DE JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente oitavo de estudante de moto
no tr. cor. f. cap. autônomo D
Nelmito 110 cilindrada.

Diagnostico

Conduta

Pr. car. evit. 1. 180 bloco lombos
5 ml de 20% + m, 100 Horario da medicacao
1) ples. salicicolo
2) SAT semp 1M - FF
3) dep. ples. 2g + m; 6000 cines.
11 SPN. 0-1. com 11.0: final h1 rem. 18%



Hospital

No centro volta os ocos
oculto de um oco
queijo volta oce deles
é de queijo de em oco

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Solicito ovo de ovo
de cirurgia para
Protocolo cirurgia pelo
cirurgia ortopédica

E.D.: Solicito ovo de ovo
de cirurgia para

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos

Ribeiro
Enfermeira
Tecmologia
CIRURGIA DO JOELHO
CRM-SP 5733

Dose

Horario

Evacuado

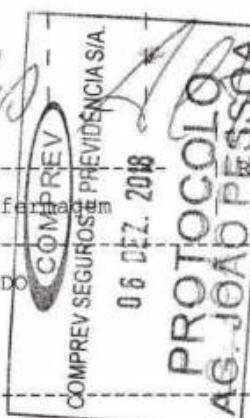
19:40

O. J. / ond

Dr. Eduardo Jorge Góes Soares
Cirurgia Geral
CRM-SP 5733

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



Reservado p/ liberação

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria — Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



~~Hospital~~

BOLETO DE VITÓRIA
ODONTOLOGIA
QUEIXA: dor de dente
Especialidade: Odontologia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

SOLICITO OSSEOS
do cirurgico para
Protocolo cirurgia pelo
cirurgio ortopedico

E.D.: SOLICITO OSSEOS
do cirurgico para

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Especialista
				André Ribeiro Ortopedia Traumatologia CIRURGIA DO JOELHO CRM-PB: 5733

19.40 ALF. Orl. Jard

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVA IML



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa []HTF

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____
_____Hipóteses Diagnósticas: *Tecido de cera do ouvido e
estufa*Conduta: *Tratamento cirúrgico**Antibiótico Proflaxico**Dr. J. O. Góis.*

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: George Sá Pinto de Souza Data da Admissão: 27/09/2018
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/1980

QPD: 80 Anos vindo visto do ocidente do Ceará querendo ser atendido
HDA: vou querer ficar no hospital

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Leonardo Silveira de Souza			PRONTUÁRIO N°
IDADE	33 Anos	SEXO	M	COR
				CLÍNICA
				ENF.
				LEITO

DATA DE ADMISSÃO	01/02/17	DATA DE ALTA	03/03/17	TEMPO DE PERMANÊNCIA
------------------	----------	--------------	----------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: Infecção exposta das Ossas do Antebraço Direito

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: Osteomielite

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES:

Rx + Exame Físico

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Treatmente Cirúrgico

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:

Albuterol 500 - X

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O. SIM NÃO COLETA DE MATERIAL SIM NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO REMOVIDO A PEDIDO CURADO ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES):
Paciente com dor no antebraço direito, com febre e náuseas. Foi submetido a cirurgia de remoção da lesão óssea infectada. Aferiu-se temperatura de 38°C e pressão arterial de 120/80 mmHg. Foi prescrito Albuterol 500 mg/dia. O paciente está em alta médica e deve retornar ao hospital para revisão.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Normal*

REPOUSO: Relativo em casa por 60 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 90 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Albuterol 500 mg/dia*

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

03/03/17 DATA

Dr. Lílio Moreira Torres
CRM 16.733

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

① O paciente é deitado em decúbito dorsal com cotovelos

② Assepsia e higiene pré e pós operatória

Incisão: ③ Um círculo dorsal na gástrica
descendo longe de dentro do peito para
a cintura

④ Descolamento retrosternal e
achados: ⑤ Fígado grande e hígado em
grau de patologias
e do dia e a cintura

Conduta:

⑥ Descolamento em torno fígado e
grau de patologias

⑦ Fixação óssea pelo conector.

⑧ Encerramento.

Fechamento:

OBS:

Data: _____ / _____ / _____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

27 FEV. 2017

Dr. Francisco Filho Barreto
CRM-8554
Médico Residente Ortopedista

COMPRESSE
COMPRE SECURAS E PREVIDÊNCIA SIA
06 DEZ 2008
PROTÓCOLO
AG. JOSÉ PESSOA





Ornamentado Dr. André Oliveira

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Sergio</i>				Registro:		
Idade: <i>27</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Pardo</i>	Clinica: <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i>	EMP:	LR:	
Data: <i>27/02/18</i>	Cirurgião: <i>Dra. Ana Paula Oliveira</i>	1º Assistente: <i>Dr. André Oliveira</i>				
2º Assistente: <i>Dra. Ana Paula Oliveira</i>	3º Assistente:	Instrumentador:				
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I: _____ T: _____				
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO						
<i>Fratura aberto do osso do antebraço</i>						
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO						
<i>Fratura fechada</i>						
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)						
<i>Ressecção cirúrgica</i>						
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descriva:			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico						

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Top Implantes e Materiais Cirúrgicos Ltda
Rua Prt. Índio Simões, 42
Genipabu - CEP 58.429-013
Fone: (83) 3392-2675
Carrapicho Grande - PB
topimplante@gmail.com

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Orthopädische Klinik Schenck Código: _____

Procedimento: Rct. exposta antefazão. Cód. do Procedimento:

Paciente: George Silveira Souza

Data da Cirurgia: 27/02/2017 Prontuário N°: 201702005642 Convênio: SU.S

Cirurgião: Mauro Ribeiro Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS					
Qtd.	Dibron	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
		ex315			
01	placa 06 juros retas				
02	párc juros telhas n: 16				
03	párc juros telhas n: 22				
02	párc juros telhas n: 20				
05	párc juros telhas n: 18				

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

ESTOQUE DE PARAFUSOS						Valor Unit.	Valor Total
	Nº						
PARAFUSO CORTICAL. 3.5mm	Qtd.						
	Cód.						
	Nº						
PARAFUSO CORTICAL. 4.5mm	Qtd.						
	Cód.						
	Nº						
PARAFUSO ESPONJOSO. 4.0mm	Qtd.						
	Cód.						
	Nº						
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm	Qtd.						
	Cód.						
	Nº						
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm	Qtd.						
	Cód.						
	Nº						
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Qtd.						
	Cód.						
	Nº						

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento:

Estarán N.E. para:

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE



ANEXO II

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY		2 - CNES 2 3 9 9 6 2 8			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY		4 - CNES 2 3 9 9 6 2 8			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE <i>George Silveira Souza</i>		6 - DATA DE NASCIMENTO 2017-02-00			
6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		7 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3			
10 - NOME DA MÃE		8 - DIA DE NASCIMENTO 000			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP			
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDARIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31-QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34-QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37-QTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
<p><i>Dibron ex 315</i></p> <p>01 place ob junes reta 02 banjuro carbolis n: 16 03 16 // n: 22 04 16 // n: 20 05 16 // n: 18</p>					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
41 - DOCUMENTO: (CNS) <input type="checkbox"/> (CPF) <input type="checkbox"/>		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		46-DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO: (CNS) <input type="checkbox"/> (CPF) <input type="checkbox"/>		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49-ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
				27/02/2017	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=2012091434014510000035901597>
Número do documento: 2012091434014510000035901597

Num. 37631176 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914340145100000035901597>
Número do documento: 20120914340145100000035901597

Num. 37631176 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914340145100000035901597
Número do documento: 20120914340145100000035901597

Num. 37631176 - Pág. 24

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB **Nº 013027014063**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. P.R.T.M.	20170000022927-4	EXERCÍCIO
1	0021378335-5	00/00000000	2017
NOME			
JOSE LINDEMBERG FILGUEIRA			
CPF / CNPJ		PLACA	
02912586461		KIL2871/PB	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
KIL2871 PE		9C7KD0520AR038663	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/NXR150 BROS MIX ES		2010	2010
CAP / POT / CIL		COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI		PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
IPV		00/00/0000	
FAIXA I.P.V.A		PARCELAMENTO / COTAS	
*****		0	
1 ^o		2 ^o	
3 ^o			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		PRÊMIO TOTAL (R\$)	
SEGUR		PAGO 26/01/2017	
DATA DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
JOAO PESSOA-PB			
16730		DATA	
27/01/2017		11409	
CONTRAN			
DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO DO ESTADO DA PARAÍBA			
DETAN			

COMPRÉ SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, George S. Pires de Souza
brasileiro, Poldero, Bomacheiro, portador do RG de Nº
3.095.471 e CPF de Nº 079.959.084-71, vítima de acidente de
transito dia 27/02/2017 no veículo moto de placa
KJL 2871 PB, onde eu era Condutor, de propriedade
de José Landemberg Filgueira VENHO aqui informar
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por
um destes motivos abaixo marcado.

() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

() o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do
meu processo de DPVAT - JU ALI 2, pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

George S. Pires de Souza
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Russa - PB, 07 de novembro



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

George Silveira de Souza
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão
Bracachero, CI RG nº 3.095.5171
CPF/MF nº 079.959.064-98 residente e domiciliado(a) à Rua
R. Antônio Gomes, 225, Cruz das Almas.
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58085-070, telefone
(83) 99305.5363, (83) 9 8663 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 Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, 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.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 04 de novembro de 2018.

Tiago Dionisio da Silva

SÓCIO

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Enviado para: Tiago Dionisio da Silva - Agente de Atendimento

GEORGE SILVA DE SOUZA

En test. da verdade. João Pessoa-PB 07/11/2018 08:57:38

Tiago Dionisio da Silva - Agente de Atendimento

F2018-02-20551EN00RS-97-48 Firma digital 0,28 R\$ 0,00 1,90 ISS

SELÔ DIGITAL: AH49892-FN06

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



George Silveira de Souza

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442170/18

Vítima: GEORGE SILVA DE SOUSA

CPF: 079.959.064-98

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 27/02/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEORGE SILVA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GEORGE SILVA DE SOUSA : 079.959.064-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/12/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914340145100000035901597>
Número do documento: 20120914340145100000035901597

Num. 37631176 - Pág. 28



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08537053320198152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, 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 **GEORGE SILVA DE SOUSA**, 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:

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendencia, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

"A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial".

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

"AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inérgia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violão ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 14:34:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914340205800000035901599>
Número do documento: 20120914340205800000035901599

Num. 37631178 - Pág. 1

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

(...) 4. Agravo regimental desprovido" (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transscrito:

"Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)"

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inherência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, açãoar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.



Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 7 de dezembro de 2020.

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 - 09/12/2020 14:34:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120914340205800000035901599>
Número do documento: 20120914340205800000035901599

Num. 37631178 - Pág. 3