



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 GRILO 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	<a href="#">Petição</a>	Petição
37631 176	09/12/2020 14:34	<a href="#">2767452_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
37631 178	09/12/2020 14:34	<a href="#">2767452_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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: 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, contatos 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,

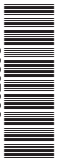
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13700022

Pag. 00617/00618 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020309





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: 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





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, 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, retorne 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 nº 14433048





**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

079.959.064-98

Nome completo da vítima

George Silva de Sousa

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

Nome completo	George Silva de Sousa	CPF titular da conta	079.959.064-98	Profissão	Borracheiro
Endereço	Rua Antônio Gomes	Número	24	Complemento	
Bairro	Cruz das Armas	Cidade	João Pessoa	CEP	58085-070
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**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

1033

(Informar dígito se existir)

107862

(Informar dígito se existir)

8

(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

George Silva de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.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





**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:**

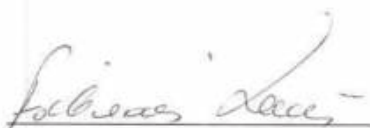
Local: Pb 008, Jacumã, Próximo Ao Arco de Jacumã, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/02/17 16:44h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

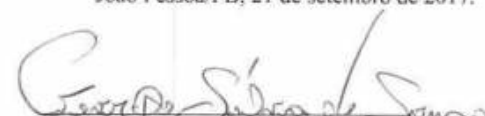
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

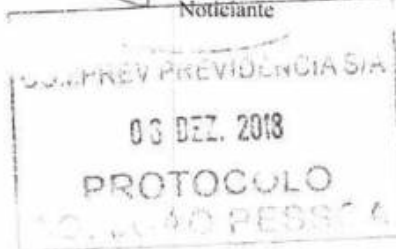
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR150, COR PRETA, ANO 2010, PLACA KIL2871/PB, CHASSI 9C2KD0520AR038663, REGISTRADA EM NOME DE JOSE LINDEMBERG FILGUEIRA, quando colidiu na dianteira de outra MOTOCICLETA DE MARCA HONDA 1100CILINDRADAS, não identificada vindo em decorrência a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0790/2017, EXPEDIDA PELA DRª 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  
Notificante



Procedimento Policial: 01758.01.2017.1.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora lider.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 George Silva de Sousa 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 51º 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.

George Silva de Sousa de 27 de dezembro de 2018  
Local e Data

George Silva de Sousa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

George Silva de Sousa  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017







VISTO EM: 03/04/17

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.

Instituto B. S. dos Santos

TEN CEL 517240-3

**Chefe da 3ª Seção**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

03 DEZ. 2018

PROTOCOLO

AO PEDIDO



**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: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Lima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO  
MATRÍCULA

SOLSA

REFERÊNCIA  
SET/2018

COMTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Estudo	
010 045 1024 0001	0001	1	0	0	0	
Ídrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
			LIGADO	CONECTADO		

PRIO	ATUAL	CONSUMO (CB)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
		10		11/10/2018
T. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-AMEXO DO PORT. 05/2017 HS.				
2/2018	10		PARAMETROS	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
3/2018	10		COL. TOTAIS	0 0 0
DADOS REFERENTES A: JUL/2018				

DA IMPRESSÃO: 17/09/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 13:13:50

INSCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
IA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	37,91
ESGOTO		
DESCINCO(S) MES(ES) ANT. 05/2018 06/2018 07		2,27
IOS DE HORA 05/2018 06/2018 07/2018		1,33

O APROXIMADO DE IMPOSTOS: R\$ 2,51 PIS E COFINS: R\$ 17,41

CIMENTO:

23/09/2018

Total a Pagar:

R\$ 41,51

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA:

DIAÇÕES GERADO:

DO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

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

**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	PERÍODO	TOTAL A PAGAR
590533	SET/2018	27/09/2018	R\$ 41,51

826700000000 1 41510010001 5 00059053301 4 09201810003 9





**NET**  
O MUNDO É DOS NETS

JOSE EDUARDO DA SILVA  
AV MARIA ROSA, 000  
MANAIRA  
58038-460 JOAO PESSOA - PB

Código NET  
907/014527082

CPF/CNPJ  
455.536.024-91

Vencimento  
10/10/2018 **199,99**

Forma de Pagamento  
**BOLETO BANCARIO**

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

001/004



**Minha NET:**

- ⊕ BDA LARGA NET
- ⊕ EMPRESAS 60 MEGA FID
- ⊕ FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL 1L

descrição

- ⊕ NET VIRTUA +
- ⊕ NET Fone

total

145,00

54,99

Valor total  
**199,99**

<b>NET VIRTUA +</b>	
Mensalidade NET VIRTUA +	
01/09/18 a 30/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BDA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FID	145,00
Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +	145,00
Total NET VIRTUA +	145,00
<b>NET Fone</b>	
SERVIÇO	DURAÇÃO
LIGAÇÕES LOCAIS	01/02/06s
ASSINATURA	54,99
Total NET Fone	54,99



**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 superguia 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 net.com.br  
- Evite o desligamento de seu sinal efetuando o pagamento até a data do vencimento. NET filiada ao Serasa/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 incluídos nas suas próximas faturas.  
- Deficiente Auditivo e de Fala Ligue 0800 721 7797 - é preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).  
- Ligue 4004-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo de ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 10621 e 8000-7217797 (deficientes auditivos)  
Ouvidoria 08007010180

REGISTROS DE ATENDIMENTO:  
90718278626744,  
90718278685626,  
90718278685626,  
90718278685626,  
907182781300856

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 efetue 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, CADA ECONOMICA 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



CPF 26.743.240



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

**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, Alexandres Bessa Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário George Silva de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.959.064-98, do sinistro de DPVAT cobertura em validade da Vítima George Silva de Sousa, 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:

☒ 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>Av. Marins Rosa</u>		Número <u>82</u>	Complemento
Bairro <u>Mamais</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58033-460</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>98663-4900</u>	Telefone celular (DDD) <u>99105-5363</u>

João Pessoa 13 de novembro de 2018

Local e Data

Alexandres Bessa Duarte  
Assinatura do Declarante

DLRDL001 V001/2017







## 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.

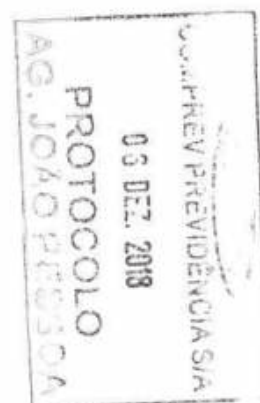
E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de Junho de 2017

*Rosângela M. Escorel Almeida*

Médico  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883







**Complexo Hospitalar  
MANGABEIRA**

**GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY**

# PRONTUÁRIO

Nº: 201702 5692

SISREG  
INTERNADO EM  
27/02/17  
VISTO ALX

**NOME DO PACIENTE:**

George Silva de Souza

**ENFERMARIA:** \_\_\_\_\_

**LEITO:** \_\_\_\_\_

COMPREV P. REVIDÊNCIA SIM  
03 DEZ. 2013  
PROTOCOLO  
AC. 2017.02.5692

*lipo*

*6-10p.*



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

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

DADOS DO PACIENTE

Nome: GEORGE SILVA DE SOUSA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.02.005642

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

Ref.: GEORGE SILVA DE SOUSA

Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 3095471

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEIO NO RESGATE HJ AS 16/20 CONDUTOR

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ MOTO EM JACUMAM

Vitima de violencia por: NA RUA PRINCIPAL DO 01 POSTO DE GASOLINA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal: fratura exposta

Claynira Moura da Nobrega  
Téc. de Enfermagem  
CONEX - 987.290

TRAUMA EM ANTERIO @

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vituper de acidente de moto  
no Jm com fr. exp. antebraço D  
Alimento 140 glicose

Diagnostico

Conduta

Fr. exp. ant. @

1 so bloco curativo

Prescrição

Horario da medicacao

1) Bloco curativo

2) SAT 100mg IM - FF

3) Bloco curativo 2g + m; 6v/12h

11 SPM. 0.1. com 1ml: fr. 67 Remedio 18h

#H000000000

Doente vítima de  
ocidente de trânsito  
queixas de dor de  
e de formigão de e no pé do

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

So leito ovolio  
da cirurgia para  
tratamento cirurgico pelo  
cirurgião ortopedico

ED: So leito ovolio  
da cirurgia

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Ev

Andre Ribeiro  
Especialista em Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-PR 5733



Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





História

Doente vítima de  
ocidente de mão  
queixo no braço de de  
e de ferimento de e outro do

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Solteiro ovolio  
do curso para  
tratamento cirurgico pelo  
curso ovolio

E.D.: Solteiro ovolio  
do curso

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Ev

Ribeiro  
Tropia-Traumatologia  
URGIA DO JOELMO  
CRM-OB. 5733

19:40 Alt Cir. J. S.

Dr. Eduardo Jorge Neto Soares  
Cirurgico Geral  
CRM-OB. 5733

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> IML
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVE <input type="checkbox"/> IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

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

[ ] 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: *Exatidão de erro do antebrazo*

Conduta: *Exatidão de erro do antebrazo*

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







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>George Silva de Jesus</u>		Data da Admissão: <u>27/07/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Endereço: _____	
Cidade: _____		Estado: _____	
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____		Fone: _____	
Escolaridade: _____		Profissão: _____	
Estado Civil: _____		Religião: _____	
Data de Nascimento: _____		Data de Nascimento: _____	
QPD: <u>do cliente dentro do consultório do</u>			
HDA: <u>no qual conta de ser e de</u>			
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 Pescoco: [ ] 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 [ ] Solução [ ] 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-reposso [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
SN e PSO: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor			

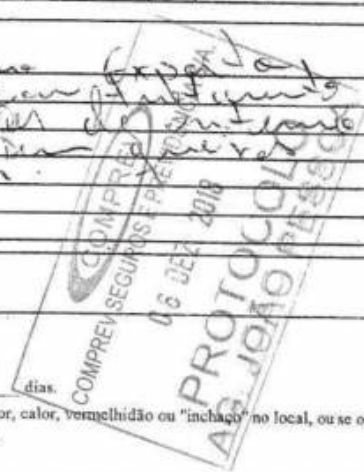
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Leonar Silva de Sousa</u>						PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: <u>33 Anos</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:		
DATA DE ADMISSÃO: <u>23/02/17</u>		DATA DE ALTA: <u>03/03/17</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA:			
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura exposta das Ombra do Antebraço Direita</u>					CID		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Fratura</u>							
OUTROS DIAGNÓSTICOS: <u>X</u>							
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx + Exame Físico</u>							
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Tratamento Cirúrgico</u>							
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: <u>Clonixina 500-y</u>							
ANATOMIA PATOLÓGICA:							
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA:							
CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO		
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES): <u>Paciente chegou ao hospital com fratura exposta da</u> <u>ombra do antebraço direito, com ferimento</u> <u>cirúrgico de 10 cm, realizado 3 dias antes de</u> <u>chegar ao hospital. Foi submetido a</u> <u>cirurgia de alta urgência.</u>							
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA							
DIETA: <u>Dieta líquida</u>							
REPOUSO: Relativo em casa por <u>60</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>90</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.							
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>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.</u>							
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Clonixina + Analg</u>							
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em <u>30</u> dias para revisão.							
DATA: <u>03/03/17</u>							
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.							





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

① Paciente em decúbito dorsal.  
pelo anterior

② Para o + lateral para a + parte do  
cabeça do paciente.

**Incisão:**

③ Uma única incisão longitudinal  
direita longitudinal para o  
cabeça

④ Devido a uma excisão da

**Achados:**

sem lesões

⑤ Devido a uma excisão da  
parte de P e para o  
cabeça e a cabeça

**Conduta:**

⑥ Devido a uma excisão da  
parte de P e para o  
cabeça

⑦ Futura: o p e a cabeça

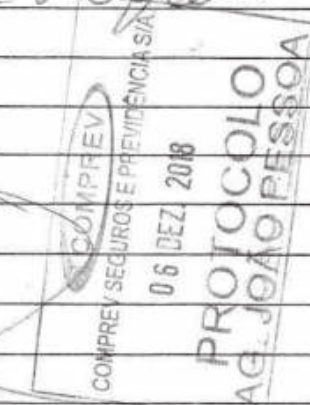
⑧ Conduta.

**Fechamento:**

**OBS:**

*Dr. Paulo*

Dr. Manoel João Carneiro  
CRM 2554  
Médico Residente Otorrinolaringologista



27 FEV. 2017

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

MÉDICO/CRM

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

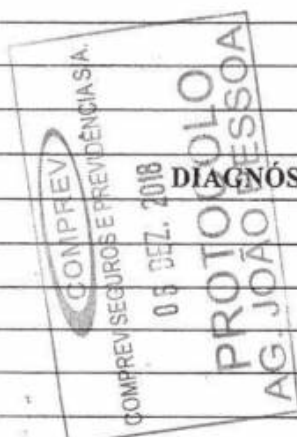




*Dr. George de Jesus*

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>George de Jesus</i>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
EMP:		LR:	
Data: <i>27/02/20</i>	Cirurgião: <i>Dr. George</i>	1º Assistente: <i>Dr. André</i>	
2º Assistente: <i>Dr. João</i>	3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<i>Tratamento do olho do paciente</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<i>Tratamento cirúrgico</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não		Descreva:	
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			





## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Otthman menseh Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: Ret. exposta Antebraço Cód. do Procedimento: \_\_\_\_\_

Paciente: George Julius de Souza

Data da Cirurgia: 7 de 10/17 Prontuário Nº: 101702005642 Convênio: 505

Cirurgião: Andre Ribeiro Coódiço:                      ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
	Dibron ex 315			
01	placa 06 puros rets			
02	parelho latias n: 16			
03	parelho latias n: 22			
02	parelho latias n: 20			
05	parelho latias n: 18			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

		Nº	Qtd.	Cód.	Valor Unit.	Valor Total
PARAFUSO						
CORTICAL. 3.5mm						
PARAFUSO						
CORTICAL. 4.5mm						
PARAFUSO						
ESPONJOSO. 4.0mm						
PARAFUSO						
ESPONJOSO. 6.5mm						
ESP. R/16 CURTA						
PARAFUSO						
ESPONJOSO. 6.5mm						
ESP. R/32 LONGA						
PARAFUSO						
MALEOLAR 4.5mm						

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

## PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F. para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE


--	--

Nº do pedido: \_\_\_\_\_

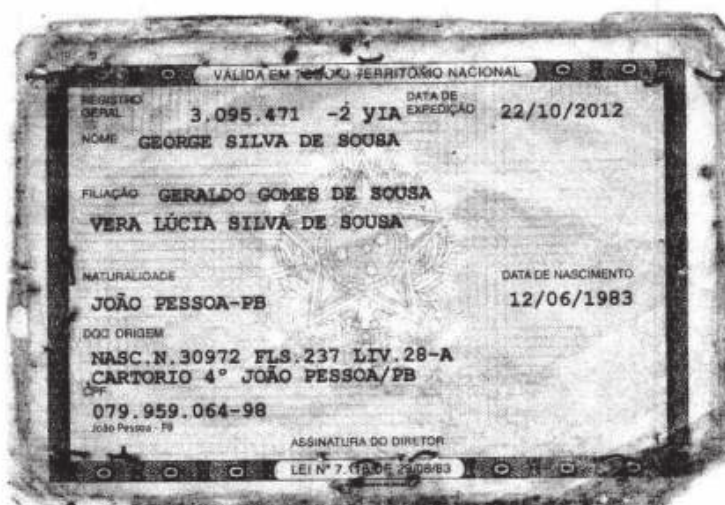




## ANEXO II

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY		2399628	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY		2399628	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
George Alves de Souza		20170200	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE		10 - SEXO	
		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD	
15 - CDD		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CDD DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CDD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	
		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CDD 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 type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
		35 - CDD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
Diberon ex 315 01 placa ob furo veta 02 hanc pro veta n: 16 03 " " n: 22 04 " " n: 20 05 " " n: 18			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		44 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - CDD ÓRGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO		48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
		27/02/2017	







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

NOME  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO  
2427718 SSP PR

CPF  
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO  
21/08/1982

FUNÇÃO  
ALEXANDRE DE ARAÚJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO ACE CENH  
B

Nº REGISTRO 01851269660 VIGÊNCIA 16/01/2019 1ª EMISSÃO 29/06/2001

ASSINATURAS

*Alexandra Cesar Duarte*  
ASSINATURA DO PORTADOR

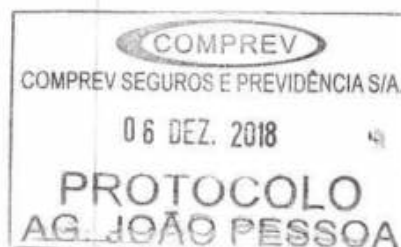
LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
17/01/2014

*Rodolfo Corrêa Lima*  
ASSINATURA DO EMISOR 66588356744  
72027919595

DETRAN - PB (PARAIDAR)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
894056231

PRIMEIRO PLASTIFICAR  
894056231



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

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

VIA COD. RRT 20170000022927-4 EXERCÍCIO  
1 0021378335-5 00/00000000 2017

NOME  
JOSE LINDEMBERG FILGUEIRA

CPF / CNPJ  
02912586461

PLACA  
KIL2871/PB

PLACA ANT. / UF CHASSI  
KIL2871 PE 9C2KD0520AR038663

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 CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS  
I 00/00/0000 1º  
P 2º  
V 3º  
FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\* 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 26/01/2017

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PB

16730



DATA  
27/01/2017  
11409

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

CONTRAN



## DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, George Silva de Sousa  
brasileiro, Porteiro, Bomacheiro, portador do RG de Nº  
3.095.471 e CPF de Nº 079.959.084-98, vítima de acidente de  
transito dia 27/09/2017 no veículo moto de placa  
KJ2 2871 P3 onde eu era Condutor, de propriedade  
de Jose Lundemburg 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

(x) 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 - INVALIDEZ, pois eu não posso ser prejudicado por  
um destes motivos acima.

George Silva de Sousa  
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

João Pessoa - PB, 07 de novembro





## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

George Silva de Sousa  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão carpinteiro  
CI RG nº 3.095.471  
CPF/MF nº 079.959.064-98, residente e domiciliado(a) à Rua R. Antonio Gomes, 221, Cruz das Armas,  
Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58085-070, telefone (83) 99105.5363, (83) 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 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 20 18.

Selo  
Serviço  
Notarial

George Silva de Sousa

OUTORGANTE

Tiago Dionísio da Silva

5070

RECONHECIMENTO DE ASSINATURA  
TIAGO DIONÍSIO DA SILVA  
CPF: 079.959.064-98  
RG: 2.627.718 SSP/PB  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 07/11/2018 08:57:38

Reconhecido: Como autêntica e verdadeira, a/si Firmes e Certas

GEORGE SILVA DE SOUSA  
CPF: 079.959.064-98  
RG: 2.627.718 SSP/PB

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

Reconhecido: Como autêntica e verdadeira, a/si Firmes e Certas

GEORGE SILVA DE SOUSA  
CPF: 079.959.064-98  
RG: 2.627.718 SSP/PB



## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/12/2018  
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





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 pendência, 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 ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.**

**Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação 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





**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 transcrito:

**“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 inerência 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, acionar 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**

