



27/01/2021

Número: **0817668-75.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Direito de Imagem**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JARDSON NOGUEIRA FERNANDES (AUTOR)		Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38787778	27/01/2021 11:42	2779105_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8481305

A/C: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES

Sinistro: 3160054834
Vitima: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES
Data Acidente: 18/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ANGELUS SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00087/00088 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8534462

A/C: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES

Sinistro: 3160054834
Vítima: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES
Data Acidente: 18/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00873/00874 - carta_02



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8730557

A/C: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES

Sinistro: 3160054834
Vítima: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES
Data Acidente: 18/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00249/00250 - carta_04





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Jardson Nequeira Fernandes

PORTADOR(A) DO RG Nº 3883 056 EXPEDIDO POR SSP PB EM 06/08/2010

CPF 0179991623-20 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO aux. serv. gerais

E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jardson Nequeira Fernandes. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de depósito sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 31183-8

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

João Paulo 22 de dezembro de 2015 x Jardson Nequeira Fernandes
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
6ª DELEGACIA DISTRITAL

CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, as fls. ocorrência de nº 3893 /2015, na mesma continha o seguinte teor: Aos três dias do mês de dezembro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado José Guedes Sobrinho, as 19:40 horas, compareceu o Sr. Jardson Nogueira Fernandes, brasileira, solteiro, com 19 anos de idade, serviços Gerais, portador da cédula de identidade nº 3 883 056 SEDS/PB, filho de José Fernandes de Sousa e de Katiane Eliza Nogueira da Silva, natural de Campina Grande/PB, residente à (no) rua Armando Severino nº 214, Valentina Figueiredo, João Pessoa/PB, o qual notificou que, no dia 18 de julho do ano fluente, por volta das 05:00 horas aproximadamente, quando se conduzia como carona na moto Honda POP 100 de placa MOQ 3156/PB, conduzida por José Antonio Vidal de Negreiros, na avenida principal do conjunto Valentina Figueiredo na cidade de João Pessoa, foi atingido por um veículo de placas e Condutor não identificado e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira com Lesões pelo Corpo, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.....

03
12
15

Santa Rita, 03 de dezembro de 2015.

Jardson Nogueira Fernandes

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Yardson Nequeira Fernandes, portador da carteira de identidade nº 3883.056 e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.994.624-20 residente e domiciliado na Armada Severino da Silva Bairro Gramma Cidade Yacaré Pessoa Estado Paraná declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

X Yardson Nequeira Fernandes
Assinatura do
declarante
conforme documento de
identificação

Yacaré Pessoa 22/12/2015
Local e data

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016



Comprovante de ato declaratório

SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
LEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-29

Ficha Nr: 775526

Data: 18/07/2015

Hora: 08:23:00

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JARDSON NOUGUEIRA FERNANDES

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2015.04.00099

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3883056 Fone: 88471631

Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 06/11/1995 Id: 19 ano(s)

End.: RUA ARMANDO SEVERINO DA SILVA, 214 VALENTINA 01 CARTAO DO SUS 2101026374000041

Bairro: VALENTINA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai:

Mae: KATIANE ELIZA DE SOUZA

Ocupação: AUXILIAR DE AMNUTENCAO SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: TIO RESPONSAVEL JOSE ANTONIO

Tel/Doc. Responsavel: 88492413 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO VALENTINA



Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO DO CAMPO DA MARQUISE

Vitima de violencia por: RJ AS 5/ HS DA MANHA PASSAGEIRO EESTUDANTE

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

COLISAO CARRO COM MOTO, COM TRAUMA EM
CORPORELO E.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Coma

[] Hemorragia [] Dispn

[] Diarreia [] Agitação

[X] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observação

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 11:42:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012711420028800000036980166>

Número do documento: 21012711420028800000036980166

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Ordem	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
-------	--------------	------	---------	----------

Assinatura do Enfermeiro

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DO DOENTE

Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI

Aita a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVC ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160054834 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES **Data do acidente:** 18/07/2015 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/02/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTOS ENVIADOS INCONCLUSIVOS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dorian Braga Saraiva



Comprovante de ato declaratório

SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
LEDO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-29

Ficha Nr: 775526

Data: 18/07/2015

Hora: 08:23:00

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JARDSON NOUGUEIRA FERNANDES
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3883056 Fone: 88471631
Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 06/11/1995 Id: 19 ano(s)
End.: RUA ARMANDO SEVERINO DA SILVA, 214 VALENTINA 01 CARTAO DO SUS 2101026374000041
Bairro: VALENTINA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai:

Mae: KATIANE ELIZA DE SOUZA

Ocupação: AUXILIAR DE AMNUTENCAO SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: TIO RESPONSAVEL JOSE ANTONIO

Tel/Doc. Responsavel: 88492413 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO VALENTINA

DOCUMENTO 3 13%



Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO DO CAMPO DA MARQUISE

Vitima de violencia por: HJ AS 5/ HS DA MANHA PASSAGEIRO EESTUDANTE

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

COLISAO CARRO COM MOTO, COM TRAUMA EM
CORPORELO E.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Coma
[] Hemorragia [] Dispn
[] Diarreia [] Agitação
[X] Regular [] Chocado
[] Vômito
Observação

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdo:	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
-------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberaçao

PROCEDIMENTO REALIZADO

2.º DO PACIENTE

Residência	[]	Transferido	[]	Desistência	[]	UTI
Para o pedido	[]	Enfermaria	Obito: []	Atestado	[]	SVC [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160054834 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARDSON NOGUEIRA FERNANDES **Data do acidente:** 18/07/2015 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: CONTUSAO DO TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELAS

Resultados terapêuticos: SUBMETDO A TRATAMENTO CONSERVADOR, EVOLUINDO SEM SEQUELAS

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 11/02/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: André Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Yardson Nogueira Fernandes

RG nº 3883.056, data de expedição 06/08/10 Órgão SSP-PB,

CPF nº 017.994.624-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Armando Severino da Silva</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>Apt 02</u>
Bairro	<u>Grammael</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58067-024</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 8849-2413 / 8851-4074</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 22/12/2015

Assinatura do Declarante: Yardson Nogueira Fernandes

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016



Num. 38787778 - Pág. 15

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JARDSON NOGUEIRA FERNANDES** Sinistro: **3160054834** Data: **18/07/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Armando Severino da Silva, SN, AP 02 - Gramame - João Pessoa - PB - CEP 58067-024**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3883056**

Data local do exame: [**11/02/2016**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

CONTUSAO DO TORNOZELO ESQUERDO. SEM SEQUELAS

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

SUBMETDO A TRATAMENTO CONSERVADOR, EVOLUINDO SEM SEQUELAS

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



André Lopes Soares - CRM: 6144 - PB





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Hudson Medeiros de Oliveira Almeida,
 RG nº 2615346, data de expedição 28/02/14 Órgão SSP-PB
 CPF nº 010.621.944-89 venho perante a este instrumento declarar que não
 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
 nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Agente Fuxal por Costa Duarte</u>
Número	<u>157</u>
Apto / Complemento	<u>sala 01</u>
Bairro	<u>Mangabeira</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58056-384</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98851-4074</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 22/12/2015

Assinatura do Declarante: x Hudson

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGEVITE F. JOSE COSTA DUARTE, 157 / SALA 01 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58070000 (AG: 1)

Class/Subcl: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 425
NP medidat: 00006687921

Ref: final: Dez / 2015
Emit: 30r: 21/12/2015

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R: 730, Km 25 - Cristóvão Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.066.183/0001-40 Ins: Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal/Corte de Energia Elétrica Nº 000.897.448
Código para Débito Automático: 00019082811

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

11c: 9708 4182 119-b: 0405 0815 310c: 5973

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1698281-1

Dez / 2015

Canal de contato

Não deixe água parada. Todos contra a dengue, zika e chikungunya.

Apresentação

21/12/2015

Data prevista da próxima leitura

20/01/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

1034222445

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 15/12/2015 PAGAS
OBRIGATORIAMENTE

Histórico de Consumo
(kWh)

Nov/15	322
Out/15	288
Set/15	273
Ago/15	247

Cálculo de consumo

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
20/11/15	3070	21/12/15	3393	1	323	31

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	323	0,41817	135,08
Adic. B. Vermelha			14,53
IMPOSTOS E ENCARGOS			58,22
ICMS (Base de Cálculo R\$ 224,89 (Alíquota 25,00%))			3,41
PIS			15,87
COFINS			15,75
CONTRIB SERV LUM PÚBLICA			0,35
JUROS DE MORA 11/2015			4,28
MULTA 11/2015			
OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS			0,38
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2015			

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 11:42:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012711420028800000036980166>

Número do documento: 21012711420028800000036980166



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Hudson Hudsons de Oliveira Almeida, portador(a) do RG nº 2615346, expedido por Detran PB, em 28/02/14, CPF/CNPJ nº 010.621.944-89,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Mandson Moqueira Fernandes do sinistro de DPVAT da natureza Imolidez da vítima Mandson Moqueira Fernandes, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Empresário Renda Mensal: R\$ recusa-se

Documentos comprobatórios: _____

X Almeida
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE ANTÔNIO VIDAL DE NEGREIROS,RG nº 1.697.194, data de expedição 15/05/2015,Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 181.860.924-04, comdomicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado dePARAIBA,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA. ARMANDO SEVERINO DA SILVA, nº SIU,complemento VALENTINA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JARDSON MOGUEIRA FERNANDES, cujo o condutor eraJOSE ANTÔNIO VIDAL DE NEGREIROS.Veículo: MOTOCICLETAModelo: HONDA POP 100Ano: 2008/2008Placa: MOB 3156-PBChassi: 9C2H802108R061609Data do Acidente: 18-07-2015Local e Data: JOÃO PESSOA - PB 26-11-2015

JOSE ANTÔNIO VIDAL DE NEGREIROS
Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua Des. Pereira de Araújo, 40 - Mangueira/João Pessoa - PB - CEP 58255-010 - Fone/Fax: 3328-4011/3328-4020

Reconheço como autêntica e verdadeira a(s) firma(s) de:
JOSE ANTÔNIO VIDAL DE NEGREIROS

Em test. da verdade: João Pessoa - PB 26/11/2015 02:26:25
Sergio Ricardo H. Mendonça - ESCRIVENTE AUTORIZADO
[2015-056042]EPR:R\$ 17,75 FAREN:R\$ 0,23 FEP:R\$ 0,23 ISS:R\$ 0,39
SELDO DIGITAL: ACJ73551-X161
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
LEIXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 775526
Data: 18/07/2015
Hora: 08:23:00
Recepcionista: ADRIANA DA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JARDSON NOUGUEIRA FERNANDES
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3883056 Fone: 88471631
Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc.: 06/11/1995 Id: 19 ano(s)
End.: RUA ARMANDO SEVERINO DA SILVA, 214 VALENTINA 01 CARTAO DO SUS 2101026374000041
Bairro: VALENTINA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai:

Mae: KATIANE ELIZA DE SOUZA

Ocupação: AUXILIAR DE AMNUTENCAO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACCES DE ENTRADA

Resp.: TIO RESPONSAVEL JOSE ANTONIO

Tel/Doc. Responsavel: 88492413 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO VALENTINA

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2015.04.00059

Transporte utilizado: VEIO DE MOTO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO DO CAMPO DA MARQUISE

Vitima de violencia por: HJ AS 5/ HS DA MANHA PASSAGEIRO EESTUDANTE

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Coma
[] Hemorragia [] Espasmo
[] Diarreia [] Agitação
[X] Regular [] Incontinência
[] Vômito
Observação

ANGELOS
seguros
22 JAN. 2016

Queixa Principal

COLISAO CARRO COM MOTO, COM TRAUMA EM
TORNADOZELO E.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

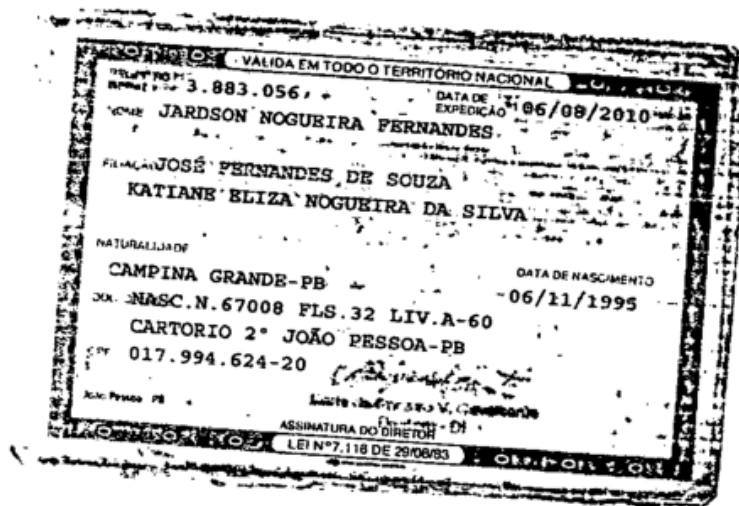
Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao





ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016



DOCUMENTO 3 - T3%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTeira NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME: HUDSON MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

DOC. EMITIDOR / ORG. / REG. Nº: 2615346 / SSP / PB

CPF: 010.621.944-99 / DATA NASCIMENTO: 08/02/1983

PLACAO: JESUALDO ELOI DE ALMEIDA
ROSICLEIDE MEDEIROS DE OLIVEIRA ALMEIDA

PERMISSÃO: [] ACC [] CALHA [] AD

Nº REGISTRO: 01777916204 / VALIDADE: 26/02/2019 / 1ª EMISSÃO: 09/05/2001

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS: 894237237

PROIBIDO PLASTIFICAR: 894237237

LOCAL: JOAO PESSOA, PB / DATA EMISSÃO: 28/02/2014

Assinatura: [Assinatura] / 04104913622 / PB028196023

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016





CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB Nº 012235978470 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		ACRBE Nº 012235978470 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
VIA 1 0097910523-4 00/00000000 2015		VIA 2 0097910523-4 00/00000000 2015	
JOSE ANTONIO VIDAL DE NEGREIROS			
PLACA ANT/UF 18186092404 NOVO PB		PLACA MOQ3156/PB	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO HONDA/POP100		ANO FAB 2008	
CATEGORIA 2 P/97 /CI		COR PREDOMINANTE PRETA	
COTA UNICA IPVA PAGO EM 24/11/2015		VENC/COTAS 1º 2º 3º	
PREMIO TARIFARIO (R\$) *****		PREMIO TOTAL (R\$) *****	
IDF (R\$) *****		DATA DE PAGAMENTO 13/07/2015	
SEM RESERVA DE DOMINIO		0	
JOAO PESSOA - PB		26/11/2015	
40681		74462	

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES			
PB Nº 012235978470		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA 1 18186092404 00979105234 2008		VIA 2 18186092404 00979105234 2008	
CPF / CNPJ 00979105234		CPF / CNPJ 00979105234	
MARCA / MODELO HONDA/POP100		MARCA / MODELO HONDA/POP100	
ANO FAB 2008		ANO FAB 2008	
CI / IRE 9		CI / IRE 9	
Nº CHASSI 9C2HB02108R061609		Nº CHASSI 9C2HB02108R061609	
PLACA MOQ3156/PB		PLACA MOQ3156/PB	
EXERCICIO 2015		EXERCICIO 2015	
DATA EMISSÃO 26/11/2015		DATA EMISSÃO 26/11/2015	
PREMIO TARIFARIO *****			
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		CUSTO DO SEGURO (R\$) *****	
IDF (R\$) *****		IDF (R\$) *****	
COTA UNICA *****		COTA UNICA *****	
PAGAMENTO *****		PAGAMENTO *****	
DATA DE OUTUBRO 13/07/2015		DATA DE OUTUBRO 13/07/2015	
SEGURADORA LIDER - DPVAT CNPJ 09.248.008/0001-04 www.seguradoralider.com.br 74462-1101426-20151126 AGO-2015			

ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Hudson Nogueira Fernandes, brasileiro(a),
estado civil Solteiro, profissão Aux de adm Gerais, RG nº
3883.056, CPF/MF nº 017.994.624-20, residente e domiciliado(a)
à Rua João Pessoa, Cidade de
João Pessoa, Estado Paraíba, CEP:
58067-024, telefone 98849.2413, 98851-4074.

OUTORGADO: Hudson Medeiros de Oliveira Almeida,
CPF sob o n.º 010.621.944-89, e RG sob o n.º 2615346 com endereço
na Rua: Agente Fiscal José Costa Duarte, 157 Bairro: Mangabeira na
cidade de João Pessoa Estado da Paraíba.

PODERES: O **OUTORGANTE** concede poderes especiais ao **OUTORGADO** para:
Reclamar junto a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, o pedido de indenização
por invalidez permanente, morte, reembolso relativo ao DAMS, assinar guias de
Autorização de pagamento, declarações de residência, declaração de únicos
herdeiros, bem como qualquer documento/formulário inerente ao pedido de
indenização, 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.

João Pessoa, 24 de Novembro 2015

Hudson Nogueira Fernandes
OUTORGANTE

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA



ANGELUS
seguros
22 JAN. 2016

