



Número: **0831372-39.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **03/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EWERSON OLEGARIO FERREIRA (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37446 954	03/12/2020 17:41	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
37446 961	03/12/2020 17:41	<u>PETIÇÃO EWERSON OLEGARIO FERREIRA</u>	Outros Documentos
37446 964	03/12/2020 17:41	<u>1.0 procuracao, bo e resumo de alta</u>	Outros Documentos
37446 965	03/12/2020 17:41	<u>1.1 requerimento adm, comprovante de res</u>	Outros Documentos
37446 967	03/12/2020 17:41	<u>1.2 laudo medico</u>	Outros Documentos
37446 969	03/12/2020 17:41	<u>Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo</u>	Outros Documentos

Segue em anexo Petição Inicial e documentos:



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/12/2020 17:41:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120317411675600000035729787>
Número do documento: 20120317411675600000035729787

Num. 37446954 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA
VARA CÍVEL DA COMARCA REGIONAL DE CAMPINA GRANDE – PB.**

EWERSON OLEGARIO FERREIRA, brasileiro, solteiro, funcionario de empresa privada, inscrito no CPF/MF sob número 700.441.254-70 e Registro Geral sob o N.^o 6390274 SSP/PB, residente e domiciliado no Rua Poeta Antônio Barbosa, N^o 56, bairro Malvinas, em Campina Grande-PB, CEP: 58433-492, representado por seus advogados signatários, com escritório profissional na Rua José Florentino Junior, n^o 136, Tambauzinho, João Pessoa-PB, fone (83) 98806-1234 e endereço eletrônico: fabio_maracaja@hotmail.com, vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

BRADESCO SEGUROS S/A localizada na Rua Marquês do Herval, 129, Centro, Campina Grande-PB, CEP – 58400-087, inscrita no CNPJ N.^o 33.055.146/0001-93, tendo em vista os fatos e os motivos a seguir delineados:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, não possui trabalho formal, vive da renda que aufera através da realização de trabalhos eventuais como autônomo, assim, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei n^o 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta- se aos autos para apreciação de Vossa Excelência, declaração feita pelo autor, afirmando-se, desde já, a veracidade do que fora subscrito.

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 25/07/2020, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO), sofreu acidente de trânsito, onde conduzia a Moto (modelo HONDA CG 125 TITAN MIX KS, cor preta, ano 2010, de placa NPR-9484/PB), quando pilotava seu veículo, quando de repente foi atingido por um fio de rede elétrica que foi rompido por um veículo de tipo caminhão de placa e condutor não identificado, onde perdeu o controle e foi jogado ao solo, vindo a cair e se machucar.

83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Posteriormente ao fato, o autor foi resgatado e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes, onde foi diagnosticado com **Fratura de Clavícula Esquerda (CID S 42.0)**, conforme Laudo Médico apresentado.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passar por procedimento cirúrgico de **Tratamento Cirúrgico de Fratura de Clavícula Esquerda**, conforme se demonstra documentalmente.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou a parte autora uma acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado**, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a perna, caminhar, praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

A parte autora sofreu séria fratura no membro inferior direito e contusão na região frontal, após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou com considerável limitação física que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada, de retomar as suas atividades normais de maneira completa. Encontra-se parcialmente debilitado, sente dores, não movimenta a perna com facilidade, sente dificuldades ao erguer, flexionar e realizar qualquer outro movimento com o membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, **prejuízo esses que acompanham o autor até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida**. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, tendo feito seu requerimento através da **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**, atuando essa em nome daquela, intermediando os pedidos feitos em todo o país.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (**DPVAT/INVALIDEZ**), a parte autora teve seu pedido autuado com o número de sinistro **3200389482**.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, **tamanha fora a surpresa desta quando informada do pagamento da indenização, NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada**.

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu**. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o autor recebeu o valor de **R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida**.

83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



A parte autora permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no atropelamento, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, **restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.**

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o atropelamento, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

Importante frisar que na tabela do seguro **DPVAT**, a porcentagem correspondente à **perda anatômica e/ou funcional completa de um dos ombros, corresponde a 25% do capital segurado, o que totaliza a importância de R\$ 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais).**

Ademais, tendo em vista os danos sofridos pelo autor e os gastos com medicamentos e tratamentos de saúde diversos, vale quantificar a indenização devida ao autor na sua totalidade de R\$ 13.500,00

Sendo assim, documentalmente comprovada a perda anatômica do membro afetado, e os gastos referentes aos tratamentos pós-cirúrgicos, é devido ao autor ainda 87,50% do valor referente a lesão do teto máximo, ou seja, 87,50% de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que totaliza aproximadamente a importância de R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos) do valor que ficou faltando em referência aos 12,50% do que foi pago administrativamente, da importância de R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a

 83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada *in verbis*:

"O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas."

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal *in verbis*:

Art. 3º *Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à parte autora:

"APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. PROCEDÊNCIA. SUBLEVAÇÃO DA SEGURADORA. DEBILIDADE PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETA. CONFIGURAÇÃO. LAUDO PERICIAL CONCLUSIVO. PROVA SATISFATÓRIA. INDENIZAÇÃO FIXADA DE ACORDO COM O GRAU DE INVALIDEZ. OBSERVÂNCIA AO ART. 3º, § 1º, DA LEI N° 6.194/74 E A SÚMULA N° 474, DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, PAGAMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO. COMPROVAÇÃO. DEDUÇÃO DO VALOR FIXADO À TÍTULO DE INDENIZAÇÃO. OBSERVÂNCIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS ARBITRADOS CONFORME ART. 85, § 2º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTOS DO RECURSO. O art. 3º, § 1º, da Lei n° 6.194/74, incluído pela Lei n° 11.945/09, impôs a necessidade de verificação da graduação da lesão decorrente do sinistro para fins de quantificação da indenização devida a título de seguro DPVAT – A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez, nos termos da Súmula n° 474, do Superior Tribunal de Justiça – Restando demonstrado que o pagamento administrativo realizado pela seguradora não está em conformidade com o grau de invalidez comprovado nos autos, imperioso se torna a complementação da quantia paga, devidamente estabelecida na sentença de origem. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 00206466320148152001, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, j. em 26/03/2018).

(TJ-PB – APL: 00206466320148152001 0020646-63.2014.815.2001, Relator: DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, Data de Julgamento: 26/03/2018, 4ª Vara Cível)."

Vejamos, também:

"APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DEBILIDADE PERMANENTE. INVALIDEZ PARCIAL INCOMPLETA. PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO. REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO. DESCONTO DO IMPORTE PAGO NA VIA ADMINISTRATIVA. CONDENAÇÃO NO SALDO RESTANTE. REFORMA DA SENTENÇA EX OFFICIO, APENAS PARA ADEQUAR JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA. APELAÇÃO DESPROVIDA. – Em se tratando de indenização de seguro obrigatório DPVAT, deve ser aplicada a lei em vigor à época do sinistro, no caso a Lei n° 11.945/09, restando inequívoco, pois à luz de tal disciplina, que a perda

 83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



parcial da função deambulatória e outros movimentos da perna configuram invalidez permanente parcial incompleta, autorizando a aplicação proporcional da indenização, de acordo com o grau da lesão, nos termos do artigo 3º, § 1º, inciso II, da Lei nº 6.194/74. – ‘Na ação de cobrança visando a complementação do seguro DPVAT, o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso’ 1. Por sua vez, ‘Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação’. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 0000205692014815051, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES JOÃO ALVES DA SILVA, j. em 17-03-2016).

(TJ-PB – APL: 00002056920148150511 0000205-69.2014.815.0511, Relator: DES JOAO ALVES DA SILVA, Data de Julgamento: 17/03/2016, 4ª CIVEL)

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o autor com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

ANEXO

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	

 83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
<hr/>	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores; Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	70
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar; Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão; Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
<hr/>	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25

83 98805-6654 / 98806-1234



Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica.** Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER**:

4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

4.2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

- 4.4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), menos o valor pago administrativamente, qual seja, R\$ 1.687,50 (mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), totalizando assim, ao final, a importância de R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).**
- 4.4.2. Condenar a ré ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).**
- 4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

 83 98805-6654 / 98806-1234

 Fabio_maracaja@hotmail.com

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



4.5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá se a causa o valor de R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Termos em que,

pede deferimento.

Campina Grande-PB, 03 de Dezembro de 2020.

**FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO
OAB/PB 22.725**

83 98805-6654 / 98806-1234

Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, João Pessoa-PB



Fabio_maracaja@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/12/2020 17:41:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120317411851300000035729793>
Número do documento: 20120317411851300000035729793

Num. 37446961 - Pág. 9

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

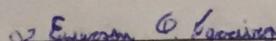
François Olegário Ferreira Barreiros, solteiro, estudante
Inscrito no RG: 3655187 Contador do CPF 444-
954-78 Residente e domiciliado na Rua Doutor Antônio
Miguel Barreiros nº 96, Manguinhos.

OUTORGADOS: MEDEIROS ASSESSORIA, Fábio Marcaja de Almeida Carneiro
brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 22.725, com
endereço profissional sito na Rua José Florentino Junior, 136, sala 02, Tambauzinho,
João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes
procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et*
extra", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou
administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações
e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e
prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer
junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente
instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou
sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos
necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou
separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os
poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido,
transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou
acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber
RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica,
em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos,
assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização
de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

João Pessoa - PB, 16 de outubro de 2020


OUTORGANTE





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00334.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00334.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:03 horas do dia 14 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu Ewerson Olegario Ferreira, conhecido(a) por Ewerson, CPF nº 700.441.254-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Funcionário de Empresa Privada, filho(a) de Ana Maria Tolentino Olegario Ferreira e Alelberg Ferreira, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 01/07/1998 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Poeta Antônio Barbosa, Nº 56, complemento CASA, bairro Malvinas, tendo como ponto de referência Próximo da Escola Carlos Dumont, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua Manoel de Freitas Ramos, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Mercado Henrique, Campina Grande/PB, bairro Cruzeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/07/20 15:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125 TITAN MIX KS, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010/2010, UF: PB, placa NPF-9484, chassi 9C2KC1610AR036072, renavam 20855645-1, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCritos ANTERIORMENTE ACIMA, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA FOI ATINGIDO POR UM FIO DA REDE ELÉTRICA QUE FOI ROMPIDO POR UM OUTRO VEÍCULO DO TIPO CAMINHÃO MUITO ALTO QUE NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA A VÍTIMA, E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERA SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DESTE ESTADO.

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.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00334.01.2020.1.05.101

1/2

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/12/2020 17:41:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120317411978300000035729796>
Número do documento: 20120317411978300000035729796

Num. 37446964 - Pág. 2

01/08/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-899
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 01/08/2020

NOME: Nattan Santos Rozendo De Oliveira



Governo da Paraíba
Governo do Estado

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: EWERTON OLEGARIO FERREIRA

Data da Internação: 25/07/2020 Data da Alta: 01/08/2020

Registro: 2193753

Tempo de Permanência: -18469

Diagnóstico Inicial: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Diagnóstico Final:

Principais Exames: NÃO

Cirurgia: OSTEOSINTSESE Data:

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: NATTAN ROZENDO

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: NÃO

Infecção F.O: NÃO

Coleta de Material: NÃO

Bacteriologia: NÃO

Anatomopatológico: NÃO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE EM BEG, SEM ITINERÇÕES

Orientações: ORIENTO A LAVAR BEM A FERIDA OPERATÓRIA, RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS, EVITAR CARGA COM O MEMBRO CIRURGIADO, DADO CARTÃO DE RETORNO, DADO ATESTADO MPEDICO

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO, ARFLEX RETARD

Condições de Alta: Melhorado

Data: 01/08/2020

Assinatura/Carimbo
Nattan Santos Rozendo De Oliveira

RESPONSÁVEL: Nattan Santos Rozendo De Oliveira

10.1.1.148/projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=2193753

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/12/2020 17:41:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120317411978300000035729796>
Número do documento: 20120317411978300000035729796

Num. 37446964 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

300 441 254 70 Euverson Olegario Ferreira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	Euverson Olegario Ferreira		6 - CPF:	700 441 254 - 70
7 - Profissão:	Recurso	B - Endereço:	8 - Número:	56
11 - Bairro:	Tres Irmas	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP: PB 58423-700
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): 839 8805 6654			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSCO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3495 2 CONTA: 0005869 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

MORTE

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que de qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

João Pessoa - 01.10.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

Digitalizada com CamScanner



Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: Nº 007.618.952

DADOS DO CLIENTE:

JOSEFA GOMES DE FARIAS
RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492
CAMPINA GRANDE

Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
4/83406-9

www.energisa.com.br @energisa

	REFERÊNCIA SET/2020		APRESENTAÇÃO 18/09/2020		CONSUMO 128 kWh		VENCIMENTO 25/09/2020		TOTAL A PAGAR R\$ 105,61
--	------------------------	--	----------------------------	--	--------------------	--	--------------------------	--	-----------------------------

BANCO DO BRASIL 001-0 00190.00009 03269.541001 00299.859173 1 83890000010561

LOCAL DE PAGAMENTO
PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

Beneficiário
ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA
ENDERECO
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

DATA DO DOCUMENTO
18/09/2020 N° DOCUMENTO
00000000-2020-09-6

CARTERA 17 **ESPECIE** R\$ **QUANTIDADE** **VALOR**

INSTRUÇÕES
OS VALORES DA MULTAJUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA.
TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO.
NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.

PAGADOR
JOSEFA GOMES DE FARIAS
RUA POE ANTONIO BARBOSA 56 58433-492
SACADOU/VALVULITA

CPF/CNPJ
031.746.814-64
LINHA DE COMPENSACAO
CAMPINA GRANDE (AG: 401)

CÓD. DE BARRA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Ficha de Compensação

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/12/2020 17:41:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201203174120693000000357297979>
 Número do documento: 201203174120693000000357297979

Num. 37446965 - Pág. 2



Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/12/2020 17:41:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201203174120693000000357297979>
Número do documento: 201203174120693000000357297979

Num. 37446965 - Pág. 3

#Gotham

existente com seu + diverso de
ambos dividirão suas do mês sis
no final de novembro de
2010. ~~mais~~ ~~mais~~

وَمِنْهُمْ مَنْ يَرْجُو
أَنْ تُنْزَلَ لَهُ آيَاتٌ
فَلَا يَرَى فِي أَعْيُونِهِ
بَلْ يَرَى فِي أَعْيُونِهِ
كُلَّ مَا يَرَى

Dr. Fábio Crispim

24 JUL 2020

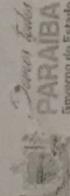
SERVICOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE	hs.	DATA	IDADE
<i>Centro cirúrgico</i>			
<input type="checkbox"/>			
<i>Internação (setor)</i>			
<input type="checkbox"/>			
<i>Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL</i>			
<input type="checkbox"/>			
<i>Alta hospitalar / (já revolta)</i>			
<input type="checkbox"/>			
<i>(Descrição Médica)</i>			
<input checked="" type="checkbox"/>			
<i>(Objeto)</i>			
<input type="checkbox"/>			
<i>Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)</i>			
<i>Aero-Médica - O. I. C. - 1973</i>			

10.1.148/projektoh-gymnasticeclassi.php?contar=21937428&dataatend=2020-07-25&horatatend=15.57.04



26/07/2020



2º ano todos
PARAÍBA
Governo do Estado
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmávias, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: EWERTON OLEGARIO

Ferreira

Enderço: RUA RIACHUELO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO

OLEGARIO FERREIRA

Responsável: MAE

Estado Civil: Solteiro(a)

Residência: Rua Riachuelo

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

CPF: 022

Data de Atend.: 25/07/2020

CONVENIO-SUS:

RG: 1552

Profissão: ESTUDANTE

Nome: 99175906

Bairro: JARDIM PAULISTANO

CEP: 58400002

Atendimento: acolhimento

Nascimento: 01/07/1998

Sexo: M

</



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Data da Impressão: 31/07/2020
Horas da Impressão: 12:15:19
Médico (a) Diarista : Nattan Santos Rozendo De Oliveira

5-1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2193753 Paciente: EWERSON OLEGARIO FERREIRA Idade: 022

Nome da Mãe: ANA MARIA TOLENTINO OLEGARIO FERREIRA Data de Nascimento: 01/07/1998 Sexo: M

Clinica: UCP Enfermaria: 5 Leito: I Diagnóstico: FRATURA DA CLAVICULA DIREITA

DIA 31/07/2020

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	de
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 01FRASCO . 24/24 HORAS	to
3	CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 01FRA AMP, 12h/12h 0D/2D Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF	18 06
4	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 01AMPOLA, 8h/8h	27 06
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	27 06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	01
7	CURATIVOS 12h/12h	

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/12/2020 17:41:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120317412164500000035729798>
Número do documento: 20120317412164500000035729798

Num. 37446967 - Pág. 3

SINISTRO 3200389482 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EWERSON OLEGARIO FERREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO EWERSON OLEGARIO FERREIRA

CPF/CNPJ: 70044125470

Posição em 03-12-2020 15:47:49

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/11/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

