

EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Por este instrumento particular VERINALDO JANUÁRIO DE OLIVEIRA, brasileiro, maior, solteiro, agricultor, analfabeto, nascido em 02/03/1968, natural de Orobó/PE, filho de João Francisco de Oliveira e de Josefa Caetano Januário, residente e domiciliado na Rua Antônio Emídio, Centro, Machados/PE, CEP- 55740-000, portador do RG nº 3.396.281- SDS/PE data de expedição 19/05/2003 e CPF nº 936.230.384-15; nomeia e constitui seu bastante procurador o Bel. EUDES JORGE CABRAL BARBOSA DE BRITO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob nº 15.907, com escritório profissional na Rua Rafael Virgulino de Aguiar, nº 07, 1º andar, Centro, Orobó/PE, portador do RG 3.624.307-SSP/PE e CPF/RF nº 687.511.924-20, para o fim de representá-los em juízo, em qualquer instância ou tribunal em que forem autores, réus, ou assistentes, podendo interpor recursos, contestar, representar em audiência como preposto, requerer todas as medidas que forem necessárias, preparatórias, preventivas ou incidentes, variar de ações e intentar outras de novo, usando dos poderes conferidos pela cláusula "ad judicium" e "et extra", mais os de desistir, transigir, contestar, agravar, apelar, impugnar, protestar e levantar protestos, firmar compromissos, inclusive o de inventariante, assinar plano de partilha, requerer pagamento de quinhão hereditário, optar, em procedimentos de inventário pelo rito do arrolamento, acompanhando o feito em todas as suas fases processuais, fazer composições e requerer perante entidades públicas, particulares ou associativas o que for preciso para o fiel desempenho das obrigações decorrentes deste mandato, podendo substabelecê-los, com ou sem reserva de poderes. Orobó/PE, 11 de julho de 2017.

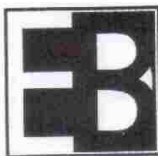
AUTORIZAÇÃO: O outorgante, por motivo deste instrumento, AUTORIZA em favor dos outorgados, a retenção de 20% (vinte por cento) do pagamento relativo ao valor total da condenação ou do acordo a que fizer jus, a título de pagamento dos honorários advocatícios, na ação que moverá contra a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT. Orobó/PE, 11 de julho de 2017.



Outorgante- A ROGO -

Verinaldo Januário de Oliveira





EUDES BRITO
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

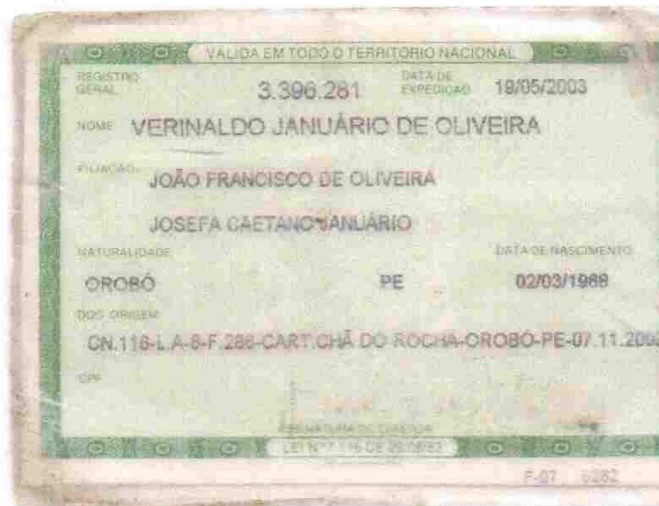
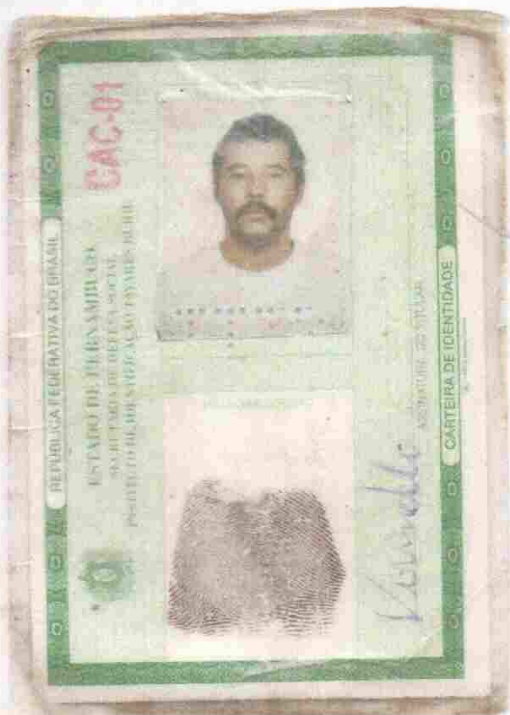
Eu **VERINALDO JANUÁRIO DE OLIVEIRA**, brasileiro, maior, solteiro, agricultor, analfabeto, nascido em 02/03/1968, natural de Orobó/PE, filho de João Francisco de Oliveira e de Josefa Caetano Januário, residente e domiciliado na Rua Antônio Emídio, Centro, Machados/PE, CEP- 55740-000, portador do RG nº 3.396.281- SDS/PE data de expedição 19/05/2003 e CPF nº 936.230.384-15, declaro para os devidos fins de direito e na melhor forma da lei que sou POBRE não dispondo de condições financeiras para arcar com as despesas do processo em defesa de nossos direitos sem que para tanto, não haja sérios prejuízos para nossa própria sobrevivência na forma da lei graciosa 1060/50 e de consonância com os princípios constitucionais esculpidos na Carta Magna de 1988. Declaração esta que presto a bem da verdade e de próprio punho. Orobó/PE, 11 de julho de 2017.



A ROGO -

Seu bruno Retira da Set a







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/03

NOTA FISCAL - FUTURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 06.05943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SEVERINA PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO EMÍDIO 882

CPF: 624 703 704-00 NIS: 18530590006

CENTRO/MACHADOS
MACHADOS PE
55740-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
003174631	ÚNICA	25/08/2016
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
25/08/2016	2001446313	1820131

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7019585381	08/2016
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA PROPOSTA LECTURA
01/09/2016	26/09/2016
TOTAL A PAGAR (R\$)	15,08

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,15852355	4,78
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	25,0000000	0,27347648	6,83
Contribuição Iluminação Pública			2,16
Multa por atraso-NF 003185319 - 25/04/16			0,25
Multa por atraso-NF 003138428 - 25/05/16			0,21
Multa por atraso-NF 003270830 - 27/06/16			0,24
Juros por atraso-NF 003138428 - 25/05/16			0,18
Juros por atraso-NF 003270830 - 27/06/16			0,08
Juros por atraso-NF 003185319 - 25/04/16			0,36
TOTAL DA FATURA			15,08

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
ME47517	CAT	26/07/2016	9 961,00		25/08/2016	7 016,00		30	1,00000		65,00

PERÍODO DE CUSTEIO	ENCARGOS DE TRÂNSITO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
AGO 16 88	BASE DE CÁLCULO	Gestão de Energia 5,88
JUL 16 44	PMSE 11,81	Transmissão 0,22
JUN 16 57	COFINS 11,81	Distribuição (Celpe) 3,47
MAI 16 53		Energias Sotais 1,35
ABR 16 68		Tributos 0,58
MAR 16 48		Total 11,81
FEV 16 45		
JAN 16 80		
DEZ 16 60		
NOV 16 46		
OUT 16 60		
SET 16 46		
AGO 16 42		

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0000000	2500000	10,25			

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA	0,00	5,81	11,81	22,04	
PMSE	0,00	3,48	8,97	13,65	
COFINS	0,00	3,48	0,00	0,00	

Limite DIET: 12,22 R\$ - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 4,13



República Federativa do Brasil

CARTÓRIO ÚNICO DE MACHADOS - COMARCA DO BOM-JARDIM

ESTADO DE PERNAMBUCO

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA - TABELIÃ PÚBLICA

EDILSO ADELINO DA SILVA - SUBSTITUTO

LIVRO- Nº27

FLS-197

TRASLADO 1º

PROCURAÇÃO BASTANTE QUE FAZ: VERINALDO JANUÁRIO DE OLIVEIRA, como melhor tudo adiante se declara.

SAIBAM, quanto este público instrumento de procuração bastante virem, que no ano de dois mil e dezesseis (2.016) aos seis (06) dias do mês de junho (06) nesta cidade dos Machados, Comarca do Bom-Jardim, Estado de Pernambuco, perante mim Tabeliã, compareceu como outorgante: **VERINALDO JANUÁRIO DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, agricultor, analfabeto, portador da Cédula de Identidade-RG-nº3.396.281-SDS-PE. e CPF-nº936.230.384-15, residente e domiciliado na Rua Antonio Emídio-s/nº, nesta cidade, reconhecido pelo próprio, de mim Tabeliã através dos documentos apresentados e por ele me foi dito que por este INSTRUMENTO e nos termos de DIREITO nomeia e constitui sua bastante procuradora e outorgada: **SEVERINA PEREIRA DA SILVA**, brasileira, casada, agricultora, alfabetizada, portadora da Cédula de Identidade-RG-nº3.843.919-SDS-PE. e CPF-nº624.703.704-00, residente e domiciliada no mesmo endereço acima mencionado, a quem confere os poderes para representa-lo perante qualquer seguradora administrada pela FENASEC para o fim de requerer indenização do seguro DPVAT em face de acidente de trânsito em que foi vítima, podendo assinar todos os formulários necessários ao levantamento do sinistro, inclusive declarações, recibos e demais documentos que procedimento requerer do seguro DPVAT para receber indenização, dar quitação, retirar o valor a ser pago pela seguradora, enfim, praticar todos os atos necessários para o bem e fiel cumprimento do presente mandato, pelo que tudo dará ao outorgante como bom e verdadeiro. E, como assim o disse, pediu-me que lhe lavrasse este público instrumento, que depois de lido e achado em tudo conforme assina Deive da Silva Ponciano, a rogo do outorgante por ser o mesmo analfabeto, com as testemunhas: Cromácio Romarco de Oliveira e Wellington Lopes de Almeida, brasileiros, maiores e residentes neste município. EU, MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA, Tabeliã Pública, o digitei, dou Fé e assino. Em testemunho (SINAL) da verdade. A Tabeliã Pública MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA. (a,a) DEIVE DA SILVA - PONCIANO-CROMÁCIO ROMARCO DE OLIVEIRA-WELLINGTON LOPES DE ALMEIDA. Está conforme o original, dou Fé. Machados, 06 de junho de 2.016. MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA.

Testemunha da veracidade
Tabelião Público

Machados, 06 de junho de 2016.
Maria das Graças da Silva

RECONHECER NO
TABELIONATO
Rua Silveira Campos, 108 - Recife

Tribunal de Justiça de Pernambuco
Procuração ou subestabelecimento com poderes
gerais
Selo Digital 0076760.MXD02201601.01370
Emitido em 06/06/2016 11:11:31
Consulte a autenticidade do selo em
www.tjpe.jus.br/selodigital

Maria das Graças da Silva
Of. do Registro Civil e Tabelião Pública
Cartório do Registro Civil e tabelionário
da Cidade de Machados - Comarca do
Bom Jardim - PE







1ª Via

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

B.O Nº 16E0216000043

Série-A
1ª Parte

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 10/02/2016	Hora do Registro 16:00	Nº da Folha / Total de Folhas 01/02	
	Descrição a Natureza H - 02 / ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÕES CORPORAIS				Aviso de Ocorrências do CIODS Nº	
	Data (dd/mm/aa) 10/02/2016	Hora (hh:mm) 15:45	<input checked="" type="checkbox"/> Auditoria Conhecida <input type="checkbox"/> Auditoria desconhecida	<input checked="" type="checkbox"/> Consumado <input type="checkbox"/> Tentado	<input checked="" type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Doloso	<input type="checkbox"/> Flagrante <input type="checkbox"/> Ato Infracional
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência ESTRADA DE TERRA PLANAGEM - SÍTIO INVEJA			
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM				Número 1	
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA				CEP 55740-000	
	Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência PROXIMO A ESCOLA DE INVEJA			
	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input type="checkbox"/> TESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim X Não					
Dados do Evolvido	Nome / Razão Social VERINALDO JANUÁRIO DE OLIVEIRA					
	Pai JOÃO FRANCISCO DE OLIVEIRA					
	Mãe JOSEFA CAETANO JANUÁRIO					
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo X M F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
	Data de Nascimento 02/03/1968	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	
	Escolaridade		1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não Informado			
	X RG <input type="checkbox"/> CNH 3.396.281	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? 936.230.384-16	Órgão Expedidor SRF	Naturalidade OROBÓ - PE
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) RUA ANTONIO EMIDIO				Número	
	Bairro CENTRO				CEP 55740-000	Município MACHADOS
	Altura Aparente []		1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m 4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg 4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
	Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)	
Dados do Evolvido	<input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> IMPUTADO <input type="checkbox"/> SUSPEITO <input checked="" type="checkbox"/> XTESTEMUNHA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> TURISTA <input checked="" type="checkbox"/> Sim X Não					
	Nome / Razão Social APRIGIO ROMÃO DA SILVA					
	Pai SEVERINO ROMÃO DA SILVA					
	Mãe MARIA EMILIANA DA CONCEIÇÃO SILVA					
	Apelido / Nome Fantasia		Sexo X M F	Estado Civil	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)	
	Data de Nascimento 22/09/1986	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	
	Escolaridade		1. 1º Grau Completo 2. 1º Grau Incompleto 3. 2º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 5. Superior Completo 6. Superior Incompleto 7. Não Informado			
	X RG <input type="checkbox"/> CNH NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor ---	UF ---	X CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> Outro-Qual? NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor ---	Naturalidade BOM JARDIM - PE
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO ESPERA				Número S/N	
	Bairro ZONA RURAL		CEP 55730-000	Município BOM JARDIM		
	Altura Aparente []		1. Até 0,5m 2. 0,6-1,0m 3. 1,1-1,5m 4. 1,51-1,70m 5. 1,71-1,80m 6. Acima de 1,80m	Peso []	1. Até 20kg 2. 21-40kg 3. 41-60kg 4. 61-80kg 5. 81-100kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele []
	Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO MOTOTAXISTA	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		

Assinatura do Interessado(a):

Assinatura do Responsável pelo Preenchimento:





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1ª Via

B.O N° 16E0216000043

1ª Parte

2ª

Fato	Unidade Operacional 22º BPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 10 / 02 / 2016	Hora do Registro 16:00	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02	
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?			
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?			
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?			
	Crimes Sexuais?		Estelionato?			
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?					
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
Dados do Veículo	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
	Qual o motivo do registro do objeto?					
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série		
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Dados do Veículo	Envolvido		Marca / Modelo	Cor	Ano	
	UF	Chassi	Placa	Renavan		
	Qual o motivo do registro do veículo					
	Envolvido	01	YAMAHA/FACTOR YBR125 K	Cor	PRETA	Ano
Dados do Veículo	UF	Chassi	Placa	Renavan		
	PE	9C6KE1220A0093015	KGV6901	196990017		
	Qual o motivo do registro do veículo					
	ENVOLVIDO NO ACIDENTE DE TRÂNSITO					
Dados do Veículo	Ao tomar conhecimento de um acidente de trânsito na estrada de terra planagem, no sítio Inveja, a Viatura deslocou-se ao local constatou a veracidade do fato, onde a Moto YAMAHA, de placa KGV6901, de propriedade da Srª Severina Pereira da Silva, conduzida pela vítima Verinaldo Januário de Oliveira, que ao desviar de um buraco, perdeu o controle e caiu, sofrendo vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital Edson Alvares, desta cidade e devido às gravidades dos ferimentos foi transferida para outro centro Hospitalar.					
Exames Periciados	S. Solicitado R. Realizado					
	Tipo de Exame		Envolvido	Tipo de Exame		
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R		Tipo de Exame	
	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> R	
Responsáveis	Conductor		Matrícula		Viatura	
	<input type="checkbox"/> Recebedor		Unidade			
	Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação	
	Matrícula		Ass.: Nome:		Matrícula N° Ass.: Nome:	





**ORTOPEDIA- TRAUMATOLOGIA FISIOTERAPIA REUMATOLOGIA
NEUROLOGIA RADIOLOGIA GERAL - RX E MAMOGRAFIA DIGITAL
EXAMES LABORATORIAIS DENSITOMETRIA ÓSSEA ULTRASSONOGRAFIA
GERAL E MUSCULOESQUELÉTICA PSICOLOGIA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ESPECIALIDADES MEDICA**

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. VERINALDO JANUARIO DE OLIVEIRA foi vítima de acidente de trânsito no dia 10/02/2016 sofrendo FERIMENTO EXTENSO NA FACE ANTERIOR DO OMBRO DIREITO com LESÃO MUSCULAR, submetido a tratamento cirurgico(limpeza cirurgica , desbridamento e sutura dos ferimentos). Atualmente apresenta atrofia muscular da cintura escapular com limitação da amplitude funcional do ombro direito com deficit de força muscular do MSD. Sequelas e alta médica definitiva,

LIMOEIRO , 09/05/2016

Roberto de Castro Costa

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11.730/TEOT - 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730

RUA ANTONIO FERNANDES SALSA, Nº 314 LIMOEIRO-PE FONE: 81 3628-6133
C.N.P.J: 12.230.762/0001-63
[e-mail: col.fraturas@yahoo.com.br](mailto:col.fraturas@yahoo.com.br)





PREFEITURA MUNICIPAL DE MACHADOS

O Renascer
Uma nova história

HOSPITAL EDSON ÁLVARES
Rua José Alexandre, 240
Fone: 3649.1162

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 10/02/2016 HORA: 15:45

EMERGÊNCIA: _____ REGISTRO: _____

NOME: Verinaldo Juviano de Oliveira

SEXO: M IDADE: 48^a ESTADO CIVIL: casado DATA NASC.: 02/03/1968

ENDEREÇO: Rua Antonio Emílio Machados s/nº

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Sereima Sereima de Silva (esposa)

QUEIXAS: _____

Paciente vítima acidente de moto
com fratura braço dir extensa com fratura
muscular.

feriu tórax - contusão posterior dir.

+ escoriações em MMSS e II

cardíaco, acalento, corado, suores

pulso cheio PA = 110 x 70

RT - pulmões limpos

RT - pulmões - repensivos, indolor

☐ INTERNAÇÃO

☒ TRANSFERIDO

☐ OBSERVAÇÃO

☐ ÓBITO

☐ ALTA

H limpo

4855179-

CÓDIGO PROCEDIMENTO

[assinatura]

[assinatura]





BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0240996

Prontuário: 00109397-5

Nome: VERINALDO JANUARIO DE OLIVEIRA

Idade: 47 ANOS, 11 MESES E 8 DIAS

Endereço: RUA ANTONIO HERMIDIO

Dt. Nasc.: 02/03/1968 Sexo: M Est. Civil: CASADO

Cidade: MACHADOS/PE

Bairro: CENTRO

CEP: 55740000

Documento: CI3396281 SDS PE

CNS:

Nac: BRASIL

Mãe: JOSEFA CAETANO JANUARIO

Sis prenatal:

Tel.: (81) 8566-3619

Profissão: MOTOTAXI

Pai: JOAO FRANCISCO DE OLIVEIRA

Responsável: ESPOSA

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
10/02/2016 17:01	0240996	QUEDA

PRE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Queda de moto com
lesão no membro superior
direito, com
fratura do rádio, com
luxação do punho, com
lesão do nervo mediano,
30 dias 4 meses.

Tratamento

Rx 30 dias
Cond: 1. ATT 9.500 (m)
2. Análise de imagem
guia de tratamento
Fecho com estêtilo.

Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

Justificativa:

Encaminhado:

Removido:

Óbito:

às _____ h _____ m do dia _____

Data saída:

hora saída:

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM MEDICAMENTO: <input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada	
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORARIO





REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação		Geres	
	Unidade Sentinela		CNES	Vitima Nº 02
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Data do atendimento		Número de Registro / Prontuário	
	Nome		Data de nascimento	
	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Idade		Ocupação	
	Município de residência		Código IBGE	
	Raça/cor		<input type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input checked="" type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena <input type="checkbox"/> 9 Ignorada	
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente		Código IBGE	
	Zona de ocorrência		<input type="checkbox"/> 1 Urbana <input checked="" type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada	
	Endereço do acidente			
	Data do acidente		Hora do acidente	
	Tipo de veículo		Tipo de acidente	
	<input type="checkbox"/> 1 DM <input type="checkbox"/> 2 SEG <input type="checkbox"/> 3 TER <input checked="" type="checkbox"/> 4 QUA <input type="checkbox"/> 5 QUA <input type="checkbox"/> 6 SEX <input type="checkbox"/> 7 SAB		<input checked="" type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre <input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	<input type="checkbox"/> 1 A pe <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 8 Outro			
	Apresenta lesões		Tipo de lesão	
	<input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 1 Colisão-atropelamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Torção/contusão <input type="checkbox"/> 6 Outro	
	<input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto rto <input checked="" type="checkbox"/> 6 Animal <input checked="" type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorada <input type="checkbox"/> 8 Não se aplica			
Fator relacionado ao acidente		Outro fator relacionado ao acidente		
<input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela		Transferência da vítima		
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate / bombeiro <input type="checkbox"/> 5 Assistência <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela		Transferência da vítima		
<input checked="" type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente <input type="checkbox"/> 3 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
Evolução		Transferência da vítima		
<input type="checkbox"/> 1 Alta <input type="checkbox"/> 2 Encaminhamento Ambulatorial <input type="checkbox"/> 3 Internação Hospitalar <input type="checkbox"/> 4 Encaminhamento para outro serviço <input type="checkbox"/> 5 Exatidão <input type="checkbox"/> 6 Óbito <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		<input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10463305

A/C: VERINALDO JANUARIO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160471768 ASL-0987894/16
Vítima: VERINALDO JANUARIO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 10/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VERINALDO JANUARIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000010016075-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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. 01577/01578 - carta_15R



SINISTRO 3160471768 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VERINALDO JANUARIO DE OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO
SINISTRO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO
CORREIOS

BENEFICIÁRIO VERINALDO JANUARIO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 93623038415

Posição em 31-01-2017 08:00:54

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 843,75

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
31/01/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral**Contribuinte,**

Confira os dados de Identificação da Pessoa Jurídica e, se houver qualquer divergência, providencie junto à RFB a sua atualização cadastral.

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
CADASTRO NACIONAL DA PESSOA JURÍDICA			
NÚMERO DE INSCRIÇÃO 09.248.608/0001-04 MATRIZ	COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO E DE SITUAÇÃO CADASTRAL		DATA DE ABERTURA 10/12/2007
NOME EMPRESARIAL SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA			
TÍTULO DO ESTABELECIMENTO (NOME DE FANTASIA) *****			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL 65.12-0-00 - Sociedade seguradora de seguros não vida			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES ECONÔMICAS SECUNDÁRIAS 65.11-1-01 - Sociedade seguradora de seguros vida			
CÓDIGO E DESCRIÇÃO DA NATUREZA JURÍDICA 205-4 - Sociedade Anônima Fechada			
LOGRADOURO R SENADOR DANTAS	NÚMERO 74	COMPLEMENTO 5,6,9,14 E 15 ANDA RES	
CEP 20.031-205	BAIRRO/DISTRITO CENTRO	MUNICÍPIO RIO DE JANEIRO	UF RJ
ENDEREÇO ELETRÔNICO CITACAO.INTIMACAO@SEGURADORALIDER.COM.BR		TELEFONE (21) 3861-4600	
ENTE FEDERATIVO RESPONSÁVEL (EFR) *****			
SITUAÇÃO CADASTRAL ATIVA		DATA DA SITUAÇÃO CADASTRAL 10/12/2007	
MOTIVO DE SITUAÇÃO CADASTRAL			
SITUAÇÃO ESPECIAL *****		DATA DA SITUAÇÃO ESPECIAL *****	

Aprovado pela Instrução Normativa RFB nº 1.634, de 06 de maio de 2016.

Emitido no dia **06/09/2017** às **15:28:06** (data e hora de Brasília).

Página: 1/1

[Consulta QSA / Capital Social](#)[Voltar](#)

Preparar Página
para Impressão

A RFB agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, [clique aqui](#).
[Atualize sua página](#)



Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intenso (70%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores					
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 cursam com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

18

seam@tribuna.com.br - gen@genmade.com.br

18011 - Av. Celso Aguiar Filho, 4779 - 22º andar - Emap. Ismar Newton - Ilha do Leste - 50.070-160 - Recife - PE, Brasil - Fone: (51) 3447-7999 - Fax: 55 (011) 3447-7999
 18012 - Av. João Machado, 553 s/s 308 a 316 - Ed. Plaza Center - Centro - 58.013-520 - João Pessoa - PB, Brasil - Fone: (51) 3447-7999 - Fax: 55 (011) 3447-7999
 18013 - Av. Francisco Neves, 1832 s/s 206/207 - Torre Norte - Edif. Salvador Trade Center - Cam. das Árvores - 41.820-020 - Salvador - BA, Brasil - Fone: (51) 3447-7999 - Fax: 55 (011) 3447-7999



Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Vara Única da Comarca de Orobó

Rua João Pessoa, S/N, Centro, OROBÓ - PE - CEP: 55745-000 - F:(81) 36561914

Processo nº 0000226-51.2018.8.17.3000

AUTOR: VERINALDO JANUARIO DE OLIVEIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

DECISÃO

A parte autora residente e domiciliada em Comarca diversa propôs AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT em face da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S/A com sede no Rio de Janeiro/RJ, em virtude de acidente de trânsito ocorrido no território de outro município.

Analisando as regras de competência, observa-se consistir em faculdade da parte autora optar por um dentre os foros da sua residência, do local do fato ou do domicílio do réu (art. 46, *caput* [1] e art. 53, V [2], ambos do CPC e Súmula nº 540 do STJ [3]).

No entanto, constata-se, que esta Comarca não é domicílio de nenhuma das partes, inexistindo, portanto, qualquer motivo que vincule este Juízo, escolhido de modo aleatório, o que é vedado pelo ordenamento jurídico vigente.

A hipótese é de exceção à regra da competência territorial relativa, tratando-se então de incompetência absoluta.

Não cabe à parte autora a livre escolha da Comarca onde ajuizará a ação. As regras de ordem pública sobre competência devem ser observadas de modo que não afronte o princípio do juízo natural (art. 5º, XXXVII e LIII [4], da CF),

Nesse sentido:

“PROCESSUAL CIVIL. CONFLITO DE COMPETÊNCIA. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. COMPETÊNCIA TERRITORIAL. EMBORA POSSUA NATUREZA RELATIVA, TRATA-SE DE MATÉRIA DE ORDEM PÚBLICA. ATUAÇÃO EX OFFICIO PELO MAGISTRADO QUANDO A ESCOLHA DO FORO NÃO OBSERVA AS REGRAS DE COMPETÊNCIA PROCESSUAIS. SÚMULA 33 DO STJ. INAPLICABILIDADE. JUIZ NATURAL. CONFLITO CONHECIDO, MAS DESPROVIDO.

