



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00438.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00438.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:40 horas do dia 06 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Luciano Gonçalves da Silva**, CPF nº 015.120.674-07, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Jose da Silva e Jose Gonçalves da Silva, natural de Itapororoca/PB, nascido(a) em 30/05/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pres. Joao Figueiredo, Nº SN, bairro Centro, tendo como ponto de referência Padaria, na cidade de Capim/PB, telefone(s) para contato (83) 99404-8021.

Dados do(s) Fatos:

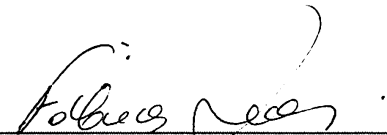
Local: Pb 101, Na Entrada de Capim, Capim/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 27/08/17 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

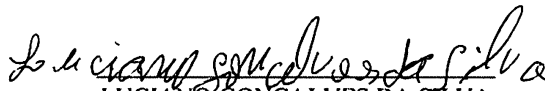
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

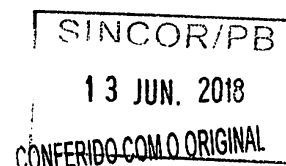
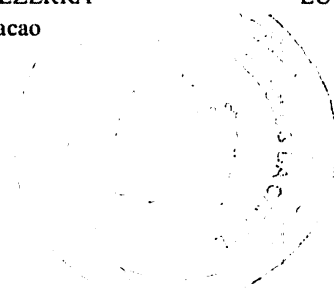
Que conduzia a MOTO HONDA/CG 150 TITAN ES, VERMELHA, ANO 2005/2006, PLACA MOP9289/PB, CHASSI 9C2KC08506R804259, registrada em nome de JOSE EDRIZIO IRINEU, quando perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 30.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital. Informa que após o acidente foi socorrido por uma ambulância de Capim para o Hospital de Mamanguape de onde foi transferido de ambulância para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena de João Pessoa. Que estava sozinho na moto e chovia na hora do fato; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de março de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


LUCIANO GONÇALVES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00438.01.2018.1.00.420





Prefeitura Municipal de Capim
Secretaria de Saúde
CNPJ 08.730.943/0001-81

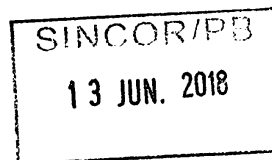
Declaração

Declaro para devidos fins que na data de 27/08/2017 foi atendido no PA desta cidade o Sr. Luciano Gonçalves da Silva, 41 anos, vítima de acidente motociclístico. Os primeiros socorros foram prestados pela equipe plantonista do Anilda Souto Rocha e logo em seguida o paciente foi transferido ao HGM.

Atenciosamente:

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Raana Paula Silva dos Santos
Coordenadora de Enfermagem



Secretaria Municipal de Saúde
Gabriella Verissimo Gouveia – Secretária de Saúde
E-mail: gabyverissimoo@hotmail.com
Fone: (83) 3622-1162/ 993348261.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



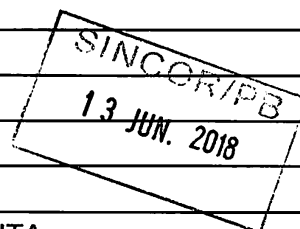
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUCIANO GONÇALVES DA SILVA	CONFERIDO COM O ORIGINAL
DATA DE NASCIMENTO	30/05/76	
NOME DA MÃE	MARIA JOSE DA SILVA	

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.023.329
DATA DO ATENDIMENTO	27/08/17
HORA DO ATENDIMENTO	15:54
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.
CID 10	S42.0



AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor com limitação de movimentos do ombro direito. Abdome sem queixas. Glasgow 15. RX: fratura de clavícula direita.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita.

TRATAMENTO:

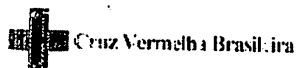
Imobilização.

ALTA HOSPITALAR:	27/08/17
DATA DA EMISSÃO:	30/11/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1023329



Identificação do paciente				
ID 1204355	Nome LUCIANO GONCALVES DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 30/05/1976	Idade 41 anos 2 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA JOSE DA SILVA	Pai JOSE GONCALVES DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARINALVA RITA DA CONCEICAO - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 94151729	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2141441	Nº Cns 898001208757840		
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade ITAPOROROCA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58287000	Município de residência CAPIM	UF PB	Logradouro JOAO BATISTA DE FIGUEIREDO	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 27/08/2017 15:54:21	Número da pulseira 100005512545	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Carater de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA				CID
				Tempo 21seg

Imprimir

http://72.16.0.6:8080/cv/b/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1023329

1/1



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 18/10/2018 15:29:14
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101815230781200000016812316
Número do documento: 18101815230781200000016812316

Num. 17264584 - Pág. 4



ENCAMINHAMENTO/REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Encaminhado paciente: LUCIANO GONÇALVES DA SILVA

Motivo do atendimento
QUEDA

Data/Hora Início
27/08/2017

PACIENTE APRESENTA FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLÁVICULA DIREITA. NECESSITA DE AVALIAÇÃO E CONDUTA DO ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA

CD: AVALIAÇÃO ORTOPEDIA

Mamanguape, 27/08/2017

Dr. Christiana Palmeira Videre
Médica
CRM/PB - 10921

Solicitante

HEETSHL

Dermatologia (Acolluminto)





Arquitetura Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente LUCIANO GONCALVES DA SILVA		BAE 1023329	Data/Hora Entrada 27/08/2017 15:54:21	Data Baixa
Data de nascimento 30/05/1976	Idade 41	Sexo Masculino	CNS 898001208757840	Telefone de Contato (83) 94151729
Mãe MARIA JOSE DA SILVA		Prontuário		
Endereço JOAO BATISTA DE FIGUEIREDO, SN		Bairro CENTRO	Município CAPIM	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MILTON BARBOSA DE FARIAS NETO		Nº Cons. Regional 8592/PB
Data/Hora Classificação 27/08/2017 16:03:48		Data/Hora Prescrição 27/08/2017 16:55:22		

PACIENTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO. HA 6 HORAS. AO EXAME DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO. RX EVIDENCIA FRATURA 1/3 MEDIO DA CLAVICULA. CD: 8 DE MALHA. RX DE CONTROLE

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

PROCEDIMENTO

TIPOIA (OBSERVAÇÕES: 8 DE MALHA)

CID10

Código	Descrição
S-2.0	Fratura da clavícula

CD

CD

Dr. Milton Barbosa
CRM-PB 8592 / CRM-PE 21583
TEOT 15203
Ortopedia / Traumatologia

MILTON BARBOSA DE FARIAS NETO
(8592/PB)

LUCIANO GONCALVES DA SILVA



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Paciente		Paciente	
LUCIANO CUNHA SILVA		LUCIANO CUNHA SILVA	
Data da	Nº Boletim Emergência	Prontuário	
3/05/1976	1023329		
Materia a examinar			
EXAME DE IMAGEM			
EXAMENÇÃO DE ESCAPULA (OMERO DIRETO (TRES POSICOES))			
Dr. Milton Barbosa CRM-PB 8592 / CRM-PE 21589 TEOT 15203 Ortopedia / Traumatologia			
RAIOS - X TIPO 471 08 / 17 DATA 11. 30 HORA 11.30 MONTELO ASS: [assinatura]			

27 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome LUCIANO GONÇALVES DA SILVA

Qualificação Homem

CNPJ/ME 01512067407

RG 2141441 582/PB

Endereço Rua Presidente João Travençolo 314
Centro - CEP 58287000

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº 13 527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, segundo o mérito e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB. de _____ de 2017.

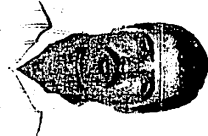
Luciano Gonçalves da Silva
Outorgante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA **P.085**

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Luciano Gonçalves da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.141.441 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/10/2010

NOME LUCIANO GONÇALVES DA SILVA

FILIAÇÃO JOSÉ GONÇALVES DA SILVA
MARIA JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE ITAPOROROCA-PB DATA DE NASCIMENTO 30/05/1976

DOC ORIGEM NASC.N.4988 FLS.427 LIV.A7

CARTORIO CAPIM-PB

CPF 015.120.674-07

João Pessoa - PB

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/ES
13 JUN. 2018



FILIAÇÃO
PAI JOSE GONCALVES DA SILVA
MADAMARIA JOSE DA SILVA

DATA NASC. 30/05/1976
NATURALIDADE ITAPOROROCA - PB

Dispensado do Serviço Militar inicial em 08 de junho de 2014.
por ter mais de trinta anos de idade

Cm/Ch ou Din
MILTON GREGÓRIO MAIA DA SILVA - CAP
Delegado de Serviço Militar da 1ª Divisão Militar/23ª CSM

MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
23ª CSM

R A 230892106355

LUCIANO GONCALVES DA SILVA
NOME

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE
Emissão: Marambaia, PB, 06/Jun/2014
0661400

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
TÍTULO ELEITORAL
IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR LUCIANO GONCALVES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 30/05/1976
Nº INSCRIÇÃO 0274-6866 1260
MUNICÍPIO/UF CAPIM/PB

DATA DE EMISSÃO 10/06/2013
JUIZ ELEITORAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 2.141.441 - 2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO 26/10/2010

NOME LUCIANO GONCALVES DA SILVA
FILIAÇÃO JOSE GONCALVES DA SILVA
MARIA JOSE DA SILVA

NATURALIDADE ITAPOROROCA-PB
DATA DE NASCIMENTO 30/05/1976

DOC. CRISM NASC.N.4988 FLS.427 LIV.A7
CARTÓRIO CAPIM-PB
Cpf 015.120.674-07

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Anterior	Atual	Consumo
30/12/17	11/01/18	7294
7193	7193	7294
Letura	Letura	Consumo
Descrição	Descrição	Consumo
2601	Consumo até 30/04/18	30.000 0,282380
2601	Consumo - 31 a 10/05/18	70.000 0,432420
2601	Consumo - 101 a 20/06/18	6.000 0,848820
2601	Adic B Vermeim	1.53
2601	Suspeito	37.62

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

Conta referente a Jan/2018
Apresentação 11/01/2018
Data prevista da próxima leitura 08/02/2018

UC (Unidade Consumidora): 5/130171
15120674
CPF/CNI

Canal de contato

Luciano Gonçalves da Silva
CAPIM/PB CEP 56287000 (AG 141)
PLA RES JOAO FIGUEIREDO S/N - CENTRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.085

ASSINATURA DO TITULAR
João Paulo de Sousa e Silva



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**ASL-0211581/18
Vítima: LUCIANO GONCALVES DA SILVA
CPF: 015.120.674-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 27/08/2017
Titular do CPF: LUCIANO GONCALVES DA SILVA**DOCUMENTOS ENTREGUES****Sinistro**Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação**LUCIANO GONCALVES DA SILVA ; 015.120.674-07**Autorização de pagamento
Comprovante de residência**ATENÇÃO:**

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregueData da entrega: 13/06/2018
Nome: LUCIANO GONCALVES DA SILVA
CPF/CNPJ: 015.120.674-07

LUCIANO GONCALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradoraData do cadastramento: 13/06/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

Sandra Maria Accioly Pedrosa





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: **015120674-07** Nome completo da vítima: **Luciano Gonçalves da Silva**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Luciano Gonçalves da Silva** CPF titular da conta: **015120674-07** Profissão: **Agricultor**
Endereço: **Rua Pres. João Figueiredo** Número: **314** Complemento: _____
Bairro: **Centro** Cidade: **Capim** Estado: **Paraíba** CEP: **58287000**
Email: _____ Telefone (DDD): **994048021**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome:	NRO:
AGÊNCIA NRO:	D/V:

AGÊNCIA NRO: **0094** D/V: **7** (Informar dígito se existir)

CONTA NRO: **110940** D/V: **7** (Informar dígito se existir)

BANCO Nome: _____ NRO: _____

AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____

(Informar dígito se existir)

SINCOR/PB
13 JUN. 2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

95/2018 de maio de 2018
Local e Data

Luciano Gonçalves da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



074-73788-943-4

13/MAI/2018

101 13 21036 4

LOCALIDADE: HAMANDUAPE

INICIALADA: 0044

DEPOSITO EN DIAMANTE

0044 013 20110940-7

LUCIANO S SILVA

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

071-73788-943-4

SINCOP/PB
13 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Reneiano Gonçalves da Silva

RG nº 2141441, data de expedição 26/10/10, Órgão SSP/PB

CPF nº 015120674-07, 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 Pres. João Figueiredo</u>
Número	<u>510</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Capim</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58287-000</u>
Telefone de Contato	<u>994048021</u>
E-mail	

CONFERIDO COMO ORIGINAL

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 23/05/18

Assinatura do Declarante: Reneiano Gonçalves da Silva



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Este documento tem validade de 90 dias a partir da data de emissão.
Cópia não controlada e não autenticada por sistema eletrônico.
Em caso de dúvida, consulte o site: www.pje.pb.gov.br

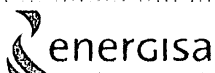
Nº 006 396 975



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 730, Km. 75 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR	
LUCIANO GONCALVES DA SILVA RUA PRES JOAO FIGUEIREDO S/N CAPIM			5/1301710-8	
REFERENCIA	APRESENTACAO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	14/05/2018	114	21/05/2018	R\$ 69,47

ACESSAR: WWW.PJE.PB.GOV.BR

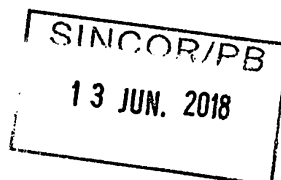


LUCIANO GONCALVES DA SILVA

Roteiro: 06-258-805-2580

83620000000-5 69470054000-8 13017102018-8 05700258019-9

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
21/05/2018	R\$ 69,47	1301710-2018- 05-7



CONFERIDO COM O ORIGINAL



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal* (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do acidente

Luciano Gonçalves da Silva 015120674-07 27-08-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

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

Assinalar uma das opções abaixo:

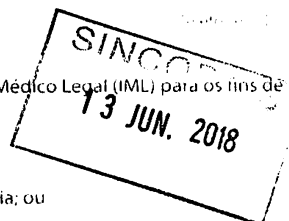
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica e avaliação da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferção do grau da lesão. Ou, caso contrário, para a perícia médica e avaliação da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferção do grau da lesão.

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



CONFERIDO COM O ORIGINAL

Assinatura 23 de maio de 2018

Local e Data

Luciano Gonçalves da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0860455-85.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio Convênio nº 015/2014-TJ/PB celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.



JOÃO PESSOA, 19 de outubro de 2018.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0860455-85.2018.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

N o m e : **B R A D E S C O** **S E G U R O S** **S / A**
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 1ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado e para, querendo, contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verificou-se a necessidade de prova pericial. Fique ainda INTIMADO para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

JOÃO PESSOA, em 6 de junho de 2019.

WALESKA VIDAL LOPES

Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18101815291054400000016812052





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
1ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0860455-85.2018.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[SEGURO]

AUTOR: LUCIANO GONCALVES DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos da notificação do perito em anexo.

1ª Vara Cível da Capital-Pb, 6 de junho de 2019.

WALESKA VIDAL LOPES

Técnico Judiciário



Zimbra

jpa.1varacivel@tjpb.jus.br

Nomeação Perito

De : 1A. VARA CÍVEL <jpa.1varacivel@tjpb.jus.br> Qui, 06 de jun de 2019 16:36

Assunto : Nomeação Perito

Para : antoniovituriano@outlook.com

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos do processo de nº **0860455-85.2018.8.15.2001**, com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.

Após pagamento pela seguradora, fique intimado o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Juízo de Direito da 1º Vara Cível da Capital.



CERTIDÃO

Certifico que, citei e intimei Bradesco Seguros, na pessoa de seu representante legal, conforme se ver no mandado.

João Pessoa, 30 de julho de 2019

Of. de justiça- 472139-0





Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0860455-85.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 1ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado e para, querendo, contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verificou-se a necessidade de prova pericial. Fique ainda INTIMADO para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

JOÃO PESSOA, em 6 de junho de 2019.
WALESKA VIDAL LOPES
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18101815291054400000016812052



Assinado eletronicamente por: **WALESKA VIDAL LOPES**

06/06/2019 16:42:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **21815887**



Bradesco

Bradesco Auto Re C.a de Seguros.

19060616422916800000021190462

[imprimir](#)

Rosimery Soares Costa
Assistente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB

