



ESTADO DA PARAÍBA
República Federativa do Brasil
Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais

Guilomar Tavares Formiga
DISTRITO, MUNICÍPIO E COMARCA DE POMBAL

Marcos Tavares Formiga
OFICIAL

Eliakim Tavares Formiga
ESCREVENTE

Nascimento Nº 2.837

CERTIFICO que as folhas 77v do livro Nº A=4= de Registro de
Nascimento foi feito o assento de José da Silva Sousa

nascid o aos catorze de outubro de mil novecentos e setenta
e um às 20 horas e o minutos em o Hospital Dis-
trital desta Cidade

de sexo masculino

filh o de Antonio Francisco da Silva

natural de deste Estado profissão agricultor

e de Dona Josefa da Silva Sousa

natural de deste Estado profissão domestica

são avós paternos João Ezequiel de Sousa

e Dona Maria do Carmo Dias de Sousa

e avós maternos Oscar Epaminondas da Silva

e Dona Inez Salustiano da Conceição

Foi declarante o pai

e serviram de testemunhas Francisco dos Santos Maciel

João Euclides de Sousa

Observações: Registrado a 30/11/76

O referido é verdade e dou fé.

CARTÓRIO GUILOMAR TAVARES FORMIGA
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Marcos Tavares Formiga
OFICIAL

Joaquina Dália Formiga Tavares
Escriturante - 1º

Maria Aparecida F. de S. Nóbrega
Escriturante - 2º

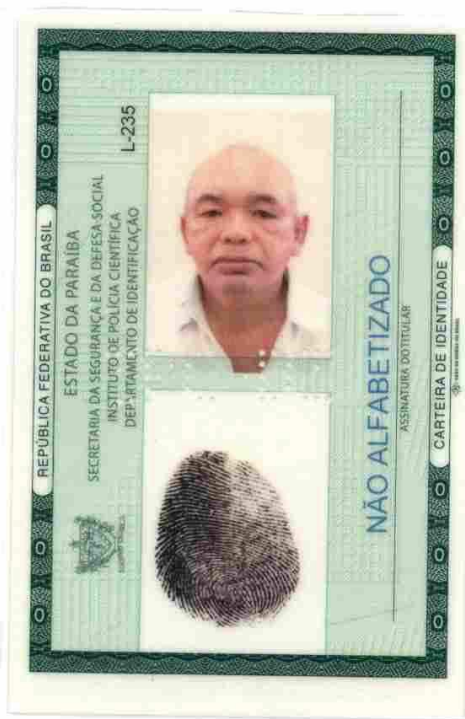
POMBAL

PARAÍBA

Pombal, 04 de novembro de 19 97

Marcos Tavares Formiga
OFICIAL





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.502.469 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/04/2017

NOME
JOSE DA SILVA SOUSA

FILIAÇÃO
ANTONIO FRANCISCO DA SILVA
JOSEFA DA SILVA SOUSA

NATURALIDADE
POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO
14/10/1971

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº2.837 - LIV.A-4 - FLS.77V - CARTORIO POMBAL-PB

CPF

João Pessoa - PB

Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO
MARCOS VINÍCIUS DO DIRETOR

0+

CRETA Nº 116 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE
86AF.553E.12B8.4FD5



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 08:54:58 do dia 10/08/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO



ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curtosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Converse e discuta no trabalho predispondo a acidentes pela desatenção.

Leia e refita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la. Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 49977 Série 00034

Analfabeto

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jose da Silva Sousa
 Loc. Nasc Pombal Est. PB Data 14/10/1971
 Filiação Antonio F. Menezes da Silva
Jose da Silva Sousa
 Doc. Nº cert. nasc. nº 2837, fvs. 44v, liv. A-4=

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
 Exp. em/...../..... Estado
 Obs.:
 Data Emissão 27/09/2010 SRTE Barrazeirinhas/PB

Jaqueline R. de F. G. Neto
 Assinatura
 Matr. 00221-6

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome.....
 Doc.....
 Nome.....
 Doc.....
 Nome.....
 Doc.....
 Est. Civil.....
 Doc.....
 Est. Civil.....
 Doc.....
 Nascimento.....
 Doc.....



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 022.541.512



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

DAMIAO EZEQUIEL DE SOUSA
RUA PROJETADA S/N
CAJAZEIRINHAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/854131-0

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

27/03/2019

CONSUMO

59

VENCIMENTO

03/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 25,16

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

DAMIAO EZEQUIEL DE SOUSA

Roteiro: 17-228-390-8360

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 02/04/2019

VENCIMENTO

03/04/2019

TOTAL A PAGAR

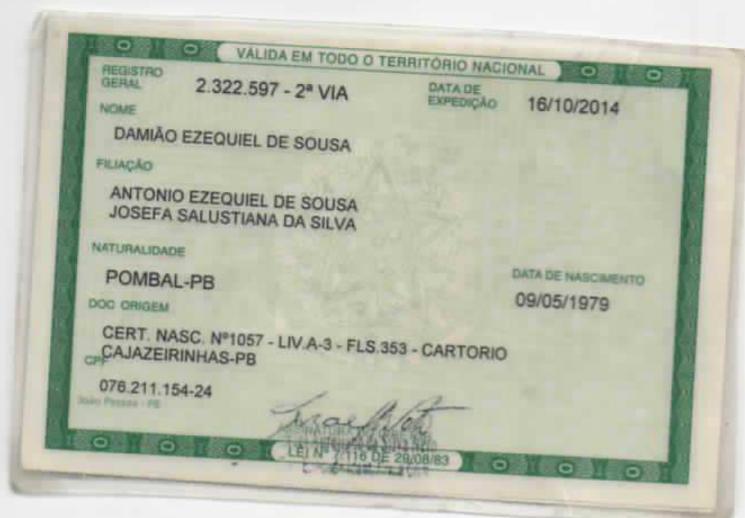
R\$ 25,16

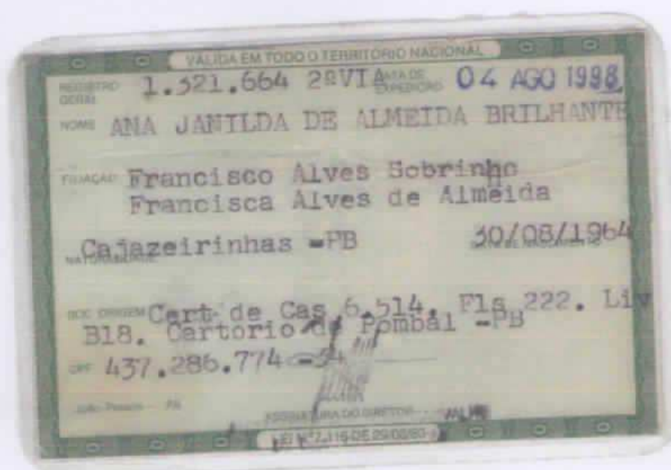
MATRÍCULA

854131-2019- 03-2









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

Nome: **RONNELE ALMEIDA ALVES**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: **2581046 SSP PB**

CPF: **046.181.894-95** DATA NASCIMENTO: **08/01/1980**

FUNÇÃO: **FRANCISCO ALVES
SOBRINHO
FRANCISCA ALMEIDA
ALVES**

PERMISSÃO: **BCC CAT. HAB. B**

Nº REGISTRO: **04499054171** VALIDADE: **09/08/2023** 1ª HABILITAÇÃO: **12/11/2008**

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: *Ronnele Almeida Alves*

LOCAL: **POMBAL, PB** DATA EMISSÃO: **17/08/2018**

Assinatura do Emissor: *[Assinatura]* 83454005600
PB037340050

PARAIBA

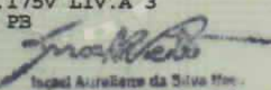
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1660635507

PROIBIDO PLASTIFICAR 1660635507





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.136.861 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/2012
NOME	MALBA DELIAN ALMEIDA ALVES		
FILIAÇÃO	FRANCISCO ALVES SOBRINHO FRANCISCA ALMEIDA ALVES		
NATURALIDADE	CAJAZEIRINHAS-PB	DATA DE NASCIMENTO	08/10/1965
DOC. ORIGEM	NASC. N. 2028 FLS. 175V LIV. A 3 CARTORIO POMBAL PB		
CPF	518.130.684-53		
João Pessoa - PB		Assina Firlmino Leite da Costa Neto	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

(Lei 7.115)

DAMIÃO EZEQUIEL DE SOUSA brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF sob o nº. **076.211.154-24**, residente e domiciliada na Rua Projetada, s/n, Centro, na cidade de Cajazeirinhas, estado da Paraíba, DECLARA com base na LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983 (Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências), QUE o Sr. JOSE DA SILVA SOUSA, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF nº 715.709.564-56, **MORA E RESIDE NO ENDEREÇO:** Rua Projetada, s/n, na cidade de Cajazeirinhas, estado da Paraíba, de minha propriedade conforme comprovante de residência COM CDC SOB Nº 5/854131-0.

DECLARO AINDA, SER CONHECEDOR DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS A QUE ESTAREI SUJEITO, CASO O TEOR DO AQUI DECLARADO, NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE.

CAJAZEIRINHAS (PB), 29 de Outubro de 2018.



Márcia Deliana Almeida PIV-9
- DECLARANTE -

Duas Testemunhas:

1. Jana Fátima de Almeida Brilhante
2. Robson de Almeida Pires





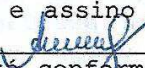
PROCURAÇÃO

Livro: 03
Folha(s): 43 à 43v

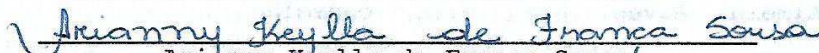
PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: José da Silva Sousa.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos QUINZE (15) dias do mês de MARÇO do ano de DOIS MIL E DEZOITO (2018), nesta cidade de Cajazeirinhas, Estado Paraíba, Rua Raimunda R. Pereira, número 14, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Substituta compareceu(ram) como **Outorgante(s)** o **Sr. José da Silva Sousa**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4502469, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 715.709.564-56, residente e domiciliado na(o) Conjunto Baruc Rodrigues, s/n , na cidade de Cajazeirinhas, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por POR SER ANALFABETO, assinando a rogo a **Sra. Francisca Ezequiel de Souza**, brasileira, agricultora, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do código civil brasileiro (lei nº 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2892498, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 092.038.444-73, residente e domiciliada na(o) Conjunto Edvaldo Cazé, s/n , na cidade de Cajazeirinhas, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Substituta pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s) (sua) (suas) bastante(s) Procurador(a) (es) (as) a **Sra. Malba Delian Almeida Alves**, brasileira, conselheira tutelar, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 1136861 2ª via, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 518.130.684-53, residente e domiciliada na(o) Rua Manoel Cassiano da Costa, número 29, na cidade de Cajazeirinhas, no Estado da Paraíba; o **Sr. Firmino Leite da Costa Neto**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 23.383 o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3470628, Órgão Emissor



SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 089.168.464-63, a quem concede poderes parajunto ao Forum em geral, com cláusula adjudicia, para representá-lo em repartições públicas federais autarquias e especialmente perante a Justiça Federal, INSS para tratar de assuntos do seu interesse, requerer a APOSENTADORIA contra o INSS, podendo assinar requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações e desistências, obter vistas em procedimentos, administrativo, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, propor ação revisional e/ou concessão de benefícios, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e prestar depoimento pessoal, requerer justiça gratuita e/ou movimentar conta corrente/poupança; abrir contas de depósito; autorizar cobrança; utilizar o crédito aberto na forma e condições; receber, passar recibo e dar quitação; solicitar saldos e extrato; autorizar débito em conta relativo a operações; requisitar cartão eletrônico; movimentar conta corrente/poupança com cartão eletrônico; efetuar resgates/aplicações financeiras; efetuar saques - conta corrente; efetuar saques - poupança; cadastrar, alterar e desbloquear senhas; efetuar pagamentos por meio eletrônico; . Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s), podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes. Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, Arianny Keylla de França Sousa, Substituta, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho () da verdade. As.: Francisca Ezequiel de Souza. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 15 de Março de 2018, às fls. 43 a 43v. Emolumentos: R\$ 88,62; Taxa FARPEN: R\$ 5,01; Taxa FEPJ: R\$ 16,30; Taxa MP: R\$ 1,42; Valor Total: R\$ 111,35, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AGJ98698-TGIL - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Cajazeirinhas/PB, 15 de Março de 2018


Arianny Keylla de França Sousa



CARTÓRIO REG. CIVIL E NOTAS-CAJAZEIRINHAS
Rua Raimunda R. Pereira, 14, Centro, Cajazeirinhas - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
ARIANNY KEYLLA DE FRANÇA SOUSA
Dou fé. Cajazeirinhas/PB - 15/03/2018
Substituta: Arianny Keylla de França Sousa
Selo Digital: AGJ53868-T913
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol. R\$ 8.86 FARPEN R\$ 0.27 MP R\$ 0.14 FEPJ R\$ 2.20



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
19ª Delegacia Seccional
2ª Delegacia Distrital de Pombal
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205/2018

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **01/08/2016** – por volta das **03:00** horas

Local do ocorrido: **RODOVIA ESTADUAL QUE LIGA CAJAZEIRINHAS – PB a COREMAS-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **17/03/2018 – 10:00** Horas

COMUNICANTE: JOSE DA SILVA SOUSA, Filiação: Antonio Francisco da Silva e Josefa da Silva Sousa; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** bras.; **Data de Nascimento:** 14/10/1971; **Endereço Residencial:** Rua Projetada, sn, Conjunto Baruque Rodrigues, Cajazeirinhas-PB; //; **Telefone:** 83 9 96550248/**Portador de RG nº 4.502.469 SSP-PB.**

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, caminhava a margem da rodovia PB 366, quando foi atropelado por um veículo automóvel, colidiu com o comunicante; Que o condutor do veículo não prestou socorro ao comunicante, não parou o veículo e evadiu-se do local; Que do acidente o comunicante teve fratura exposta no tornozelo direito, além de outras escoriações; Que foi socorrido pelo SAMU de Cajazeirinhas-PB, para o Hospital Regional de Patos-PB, onde foi submetido a uma cirurgia; Que o comunicante teve prejudicado sua mobilidade, dependendo de muletas para caminhar; Que testemunhou sobre o fato a pessoa de RONDINELE ALMEIDA ALVES – RG 2581046 SSP-PB, residente a Rua Manoel Cassiano da Costa, 373, Cajazeirinhas-PB; Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 17 de MARÇO de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: _____

1ª Testemunha: _____

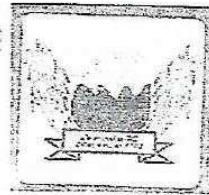
Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lacerda
Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





Prefeitura Municipal de CAIAZERINHAS-PB
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB:



TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 08.08.16 Ocorrência nº: 360 Paciente/Vítima: Jairo da Silva Campos Idade: 44 anos Sexo: Masc. Fern.:
Local da Ocorrência: PB 360 Apoio no Local: ☐ PIM ☐ Bombeiros ☐ PRF ☐ Agentes de Trânsito ☐ Outros: ☐ QTA: MOTIVO:
Destino: ☐ QTA: MOTIVO:

LOCAL 1: URP RESPONSÁVEL: OBS:
LOCAL 2: RESPONSÁVEL: OBS:

CINEMÁTICA DO TRAUMA

☐ Queda da própria altura ☐ Queda > 5m ☐ Queda < 5m ☐ Queda de moto ☐ Sem capacete no incidente ☐ Capacete retirado por terceiros
☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Colisão frontal ☐ Colisão lateral ☐ Colisão traseira ☐ Atropelamento ☐ Capotamento
☐ Carro x moto ☐ Moto x moto ☐ Carro x outro: ☐ Moto x outro: ☐ Perca da direção do veículo
☐ Sem cinto de segurança ☐ Airbag não acionado ☐ Número de vítimas no local ☐ Preso nas ferragens
☐ Afogamento grául: ☐ Queimadura grául: ☐ Choque elétrico ☐ Desabamento ☐ Fáb ☐ Raf
☐ Outro: ☐ Acidente esportivo ☐ Agressão física
☐ Acidente com vítima peçonhento ☐ Escorpião ☐ Cobra ☐ Abelha ☐ Aranha ☐ Outro:
☐ Envenenamento com:

EXAME FÍSICO

Encontrado: ☐ Decúbito dorsal ☒ Decúbito lateral ☐ Decúbito ventral ☐ Sentado ☐ Dentro do veículo ☐ Fora do veículo
☐ Deambulando ☐ Em cima de: ☐ Outro:
Nível de consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☒ Algo desorientado ☐ Inconsciente ☐ Hábito ético ☐ Abuso de drogas ☐ Sono lento
Queixa principal: ☐ Dor / local: ☒ Imobilizado ☐ Parestesia / local: ☐ Paralisia / local:

LESÕES APRESENTADAS:

☐ Escoriações / local: MMII, MISC ☐ Fratura incompleta / local: ☐ Ruptura muscular / local:
☐ Corte / local: MMII ☐ Fratura completa / local: Di. Torax 3/4 ☐ Câmbio / local:
☐ Perfuração / local: ☐ Suspeita de fratura / local: ☐ Dor muscular / local:
☐ Contusão articular local: ☐ Fratura distal / local: Di. Torax 3/4 ☐ Edema / local:
☐ Contusão muscular / local: ☐ Entorse / local: ☐ Hematoma / local:
☐ Luxação / local: ☐ Estiramento muscular / local: ☐ Equimose / local:
☐ Outros:

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ Livre ☐ Obstruída ☐ Corpo estranho ☐ Secreções
Padrão respiratório: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Outro:
Pulsos: Radial: ☒ Central: ☒ FC: Inicial: 99 bpm / Final: 99 bpm / SpO2: 97%
Sistematização da assistência de enfermagem: ☐ < 90 ☐ > 90 perfusão ☐ < 2s ☐ > 2s

Diagnóstico de Enfermagem:

☐ Capacidade adaptativa intracraniana diminuída ☐ Risco para choque ☐ Mucosa oral prejudicada
☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Desobstrução ineficaz das VVAA ☐ Padrão respiratório ineficaz
☐ Confusão aguda ☐ Disreflexia automática ☐ Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz
☐ Mobilidade física prejudicada ☒ Dor aguda ☐ Perfusão tissular cerebral ineficaz
☐ Débito cardíaco diminuído ☐ Integridade da pele prejudicada ☐ Troca de gases prejudicada
☐ Integridade tissular prejudicada ☐ Volume de líquidos deficiente

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Colar cervical tam: ☒ Estabilizador lateral da cabeça / ☐ Tiras / ☒ Prancha rígida / ☐ KED /
☐ Tala de extremidades em ☐ Maca vácuo / ☐ Mobilização de objeto impalado / ☐ Extricação
☐ AVP com Abocath nº: ☐ MSE ☐ MSD SRI ☐ ml: SF 0,9% ☐ ml: 56 ☐ Medicamento:
☐ Canula nasofaríngea ☐ Aspiração VVAA ☐ Mascara laríngea nº: ☐ SVD nº: ☐ DU ☐ ml
Curativo: ☐ Compressivo ☒ Simples irrigação ocular ☐ Olho D ☐ Olho E RCP: ☐ Manual ☐ Autopulse ☐ DEA
Medicação em ampolas: Adrenalina: ☐ mg Atropina: ☐ mg Dopa: ☐ mg Dobuta: ☐ mg Amiodarona: ☐ mg
Outra:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

Enfermeiro: ☐ COREN: ☐ TEC. ENFERMAGEM: ☐ COREN: ☐
Condutor socorrista: ☐ SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): ☐ MÉDICO (VISTO): ☐
☐ Atendimento no local ☐ Recusa

NOME: ☐ RG: ☐





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, JOSE DA SILVA SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.502.469 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 20/04/17 E
 CPF 715709564-56 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE DA SILVA SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0732 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 40.872-9

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

LOCAL CAJAZEIRINHAS/PB DATA 08/06/18*A. Rego*

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____

Firmino Leite da Costa Neto

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CARTÓRIO REG.CIVIL E NOTAS-CAJAZEIRINHAS
Rua Raimunda R.Pereira, 14, Centro, Cajazeirinhas - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
FIRMINO LEITE DA COSTA NETO

Dou fé. Cajazeirinhas/PB - 08/06/2018
Substituta: Arianny Keylla de França Sousa
Selo Digital:AGJ53844-KVH0

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 8,86 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,14 FEPI R\$ 2,20



CARTÓRIO DE CAJAZEIRINHAS
POSSIDONIO FERREIRA DE QUEIROGA
Cart. Reg. Civil, Ôbitos e Notas
CNPJ: 09.205.865/0001-69
(83) 3437-1008 - Cajazeirinhas-PB

Arianny Keylla de França Sousa
CPF: 066.015.244-41
Sub. Oficial



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE DA SILVA SOUSA, portador da carteira de identidade nº 4.502.469 e inscrito no CPF/MF sob o nº 715.709.564-56, residente e domiciliado na RUA PROJETADA SIN, Cidade CAJAZEIRINHAS, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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



Firmino Leite da Costa Neto



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CAJAZEIRINHAS - PB, 08.06.2018

Local e data



CARTÓRIO REG. CIVIL E NOTAS-CAJAZEIRINHAS
Rua Raimunda R. Pereira, 14, Centro, Cajazeirinhas - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
FIRMINO LEITE DA COSTA NETO
Dou fé. Cajazeirinhas/PB - 08/06/2018
Substituta: Arianny Keylla de França Sousa
Selo Digital: AGJ53846-RDW3
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Email: DCE@CARPENDESAZAR.PB@14.FEED.PB.20

[Assinatura manuscrita]

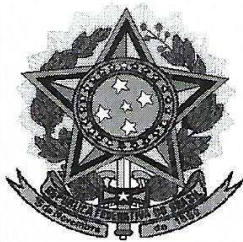


CARTÓRIO DE CAJAZEIRINHAS
POSSIDONIO FERREIRA DE QUEIROGA
Cart. Reg. Civil, Óbitos e Notas
CNPJ: 09.205.865/0001-69
(83) 3437-1008 - Cajazeirinhas-PB

Arianny Keylla de França Sousa
CPF: 066.015.244-41
Sub. Oficial



SN1031N

**CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO**

CNPJ/MF 09205816000126
POMBAL - PB - 1º OFÍCIO
FRANCISCO NÓBREGA QUEIROGA
Tabelião e Registrador

ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA
Substituta

ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO QUE FAZ JOSÉ DA SILVA SOUSA, COMO SEGUE:


Saibam todos quantos esta pública escritura virem, que, no dia VINTE E SETE (27) do mês de SETEMBRO do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Pombal, Estado de da Paraíba neste, Cartório do 1º Ofício inscrito no CNPJ. sob o nº 09.205.816/00001-26, perante mim, Tabelião, compareceu como outorgante o **Sr. JOSÉ DA SILVA SOUSA**- portador da **C.I.RG.nº 4.502.469-SSP-PB** e **CPF.nº 715.709.564-56**, brasileiro, agricultor, residente e domiciliado na rua projetada, s/n centro- na cidade de Cajazeirinhas-PB, data de nascimento **14.10.1971**, reconhecido como o próprio de mim, Tabelião, do que dou fé. E por ele me foi declarado o seguinte: Que reside na rua Projetada, s/n - na cidade de Cajazeirinhas-PB, e que Declara, sob as penas da lei, que está impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal- IML, para fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que não há estabelecimento de IML na cidade em que reside Cajazeirinhas-PB, através desta informação permito o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal- IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei acima mencionada, e 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 impugna-la, caso discorde do seu conteúdo; e que é possuidor da conta poupança de nº 40.872-9, Agencia nº 0732, Op. 013, Banco nº 104- Caixa Econômica Federal, número do sinistro-3180292536, data do acidente 01/08/2016, natureza: invalidez, e que a conta já citada é de sua titularidade, na qual será efetuado o pagamento/crédito da indenização, tais informações cumprem a exigência documental constante na **carta nº 13041839**, enviado ao segurado declarante, devido aos formulários: Autorização de

Rua Cel. José Fernandes, 529, Centro - POMBAL-Paraíba - Fone: 83 3431-2175 / Fax: 00000000



Pagamento e Declaração e inexistência de IML, estarem pendente de regularização; desejando fazer a presente declaração pública para os fins de direito. **Boleto bancario 03108824. Sigre 01485791.** Assim disse o declarante, do que dou fé. A pedido do mesmo lavrei a presente escritura, a qual feita e lida e sendo lida, achou conforme, outorga, aceita e assina, tudo perante mim, Tabelião, do que dou fé. O outorgante declarante por ser não albetizado, deixa o sinal digital, assina a rogo FIRMINO LEITE DA COSTA NETO- **RG.nº 3470628-SSDS-PB, residente nesta cidade de Pombal-PB,** Comigo, Francisco Nóbrega Queiroga, Tabelião Público que o escrevi e assino em público e raso de que uso. Em testemunho (o sinal) da verdade. O Tabelião, Francisco Nóbrega Queiroga. Pombal, 27 de setembro de 2018. (AS) **FIRMINO LEITE DA COSTA NETO.** Confere com original, dou fé. Pombal, 27 de setembro de 2018. A Tabelião Substituta.

Ana Cristina F. de Queiroga

 **CARTÓRIO "CEL. JOÃO QUEIROGA"**
1º Ofício de Notas e Registro de Imóveis
CNPJ: 09.205.816/0001-26
Ana Cristina Formiga de Queiroga
1ª Substituta
Fone: (83) 3431-2175 - Pombal-PB.

Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO
Tipo Normal A
Escritura sem valor declarado
AHG77704-M3YG
Confira os dados do ato em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos R\$: 47,40
FARPEN R\$: 28,22 FEPJ R\$: 8,72

Rua Cel. José Fernandes, 529, Centro - POMBAL-Paraíba - Fone: 83 3431-2175 / Fax: 00000000



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
As: 30301980 - AC SAO BENTINHO
SAO BENTINHO - PB
CNPJ....: 34028316811691 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 282625955
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 11/06/2018 Hora.....: 08:48:15
Caixa.....: 86826567 Matrícula...: 84770104
Lancamento...: 004 Atendimento: 00001
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1482625213

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...	21,75	
Peso real (G).....	150	
CNPJ/CPF Remet : 71570956456		
Nome Remetente.: Jose da silva sousa		
Endereco Remet.: RUA projetada,00 - centro		
Cep Remetente...: 58855-000		
Cidade Remet....: CAJAZEIRINHAS		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,31+
Valor do Porte(R\$)...	29,31	
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....	150	
OBJETO.....: DV525277867BR		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 51,06

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pasarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento d
os Correios. E
recomenda cilíndrica ou esférica i
implica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-AGENCIA SARA 7.8.01

DV 52527786 7 BR





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE DA SILVA SOUSA

DATA DO ACIDENTE 01.08.2016 CPF DA VÍTIMA 735.709.564-56

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JOSE DA SILVA SOUSA

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PROJETADA

Nº 514 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE CASARETINAS UF PB CEP 58.855-000

E-MAIL _____ TELEFONE (33) 99655-0248

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11.06.18

IDENTIDADE

4502469

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 14/06/18 MATR. CORREIOS 8422010

NOME

Eva Letícia R. Calixto

ASSINATURA

Agente de Correios - Ativ. Comer

Mat.: 8.477.810-4

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOUSA

Nº Sinistro: 3180292536

Vítima: JOSE DA SILVA SOUSA

Data do Acidente: 01/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180292536**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13038845

Pag. 01707/01708 - carta_01 - INVALIDEZ



00020854



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

150-589406710-0

30/MAI/2018 HORA DF 14:15:41

LOT: 13.22983-0 TERM: 048193
LOCALIDADE: CAJAZEIRINHAS
AG. VINCULADA: 0732 CONTROLE: 957242212

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0732 013 00040872-9

JOSE DA SILVA SOUSA

VALOR : 8,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO

150-589406710-0

1ª VIA

0732-013-90872-9

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Obs.: Em futuro você estará recebendo o seu cartão magnético de depósitos

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala. Ouvidoria

37.158.0004 17580430300015



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAIBA

Nome do Paciente: <u>João da Silva Souza</u>		Nº Prontuário: <u>77265</u>
Data da Cirurgia: <u>01/08/16</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Felipe Mendes</u>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesiista: <u>JR Felix</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Lesão excisa epita de bexiga (D) (tumor) + Lesão de glandula (E)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>hile + tumor externa + redução de glandula</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
1) Incisão abdominal
2) Tumor sempre estivo
3) Tumor com 1 fôx.
4) Debridamento
5) Redução de Lesão de bexiga
6) Tumor externa - nível de bexiga
7) Sutura de pele
8) Curativo

9) Redução externa de glandula (E) (circunferência)

RESERVA DE CIRCUNFERÊNCIA DE CIRCUNFERÊNCIA





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

500 1001 72/03



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Apas da Silva</u>	
DA CLÍNICA <u>Adoles</u>	ENFERMARIA <u>72</u>
A CLÍNICA <u>Endocrinologia</u>	LEITO <u>03</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>Rins cirurgis</u>	
<u>03-08-16</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>Paciente Holaguto sem queixas</u> <u>Cardiológicas, Nega uso de medicamentos</u> <u>PA = 130 x 80 mmHg.</u> <u>ECG = Normal.</u> <u>Rins Cirurgis = Baixo Rins</u>	
<u>03/08/16</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



MODELO: PINO DE SCHANZ - Ø 4,8 X 200 MM
 MODEL: SCHANZ PIN - Ø 4,8 X 200 MM
 REF: 1057-04-200 [CONTEÚDO] UN LOT 15000152
 REGISTRO ANVISA Nº: 88128508109 LGE: 2136
 COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138 Ø 4,8 X 200 MM
 COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138 Ø 4,8 X 200 MM

7898133050845

08/2015 Proibido 08/2020 Produto de
 Data de Fabricação Representar Do Not validade Use Only
 Date of Manufacture Reuse Use By Once

NOME TÉCNICO: FIOS METÁLICOS LISO/ ROSQUEADO E/ FIXAÇÃO
 TECHNICAL TERM: SMOOTH AND THREADED WIRES FOR BONE FIXATION
 NOME COMERCIAL: FIOS E PINOS RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS RE
 TRADE NAME: NON-ABSORBABLE METALLIC AND RIGID WIRES AND PINS

BIOMECÂNICA IND. E COM. DE PROD. ORTOP. LTDA.
 Rua Luis Pingu, 146, V. Garibaldi Industrial CEP: 17701-070 - Jd. SP Brasil
 Fone: (14) 2104-7880 Fax: (14) 2104-7888 - CEP: 18.628.847/0001-73
 e-mail: biomcanica@uol.com.br - www.biomcanica.com.br
 Registro em TI: 14/04/2014 - Tm de Ponto Registro - CRJ 0493005
 Inscrição de IVA: 049300500-00 - www.fiscofisco.com.br

EC REP: HESS GREN SCHIFFGRABEN 41
 30175 HANNOVER, GERMANY
 0404

MODELO: PINO DE SCHANZ - Ø 4,8 X 200 MM
 MODEL: SCHANZ PIN - Ø 4,8 X 200 MM
 REF: 1057-04-200 [CONTEÚDO] UN LOT 15000152
 REGISTRO ANVISA Nº: 88128508109 LGE: 2136
 COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138 Ø 4,8 X 200 MM
 COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138 Ø 4,8 X 200 MM

7898133050845

08/2015 Proibido 08/2020 Produto de
 Data de Fabricação Representar Do Not validade Use Only
 Date of Manufacture Reuse Use By Once

NOME TÉCNICO: FIOS METÁLICOS LISO/ ROSQUEADO E/ FIXAÇÃO
 TECHNICAL TERM: SMOOTH AND THREADED WIRES FOR BONE FIXATION
 NOME COMERCIAL: FIOS E PINOS RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS RE
 TRADE NAME: NON-ABSORBABLE METALLIC AND RIGID WIRES AND PINS

BIOMECÂNICA IND. E COM. DE PROD. ORTOP. LTDA.
 Rua Luis Pingu, 146, V. Garibaldi Industrial CEP: 17701-070 - Jd. SP Brasil
 Fone: (14) 2104-7880 Fax: (14) 2104-7888 - CEP: 18.628.847/0001-73
 e-mail: biomcanica@uol.com.br - www.biomcanica.com.br
 Registro em TI: 14/04/2014 - Tm de Ponto Registro - CRJ 0493005
 Inscrição de IVA: 049300500-00 - www.fiscofisco.com.br

EC REP: HESS GREN SCHIFFGRABEN 41
 30175 HANNOVER, GERMANY
 0404





GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital: HRP		Enfermaria:	Leito: 772/65
Nome: JOSE DA SILVA SOUZA		Idade: 71	Sexo: M
Pressão Arterial Pulso: 100 x 70		Respiração:	Temperatura:
Tipo Sanguíneo:		Hemátias:	Hemoglobina:
Hematócrito:		Glicemia:	Ureia:
Outros:		Urina:	
Ap. Respiratório: EUNORM		Asma:	
Ap. Circulatório: REMEDIADO		Bronquite:	
Ap. Digestivo: URGÊNCIA		Eletrcardiograma:	
Estado Mental: CONSC. / ALGO DEBILITADO		Ap. Urinário:	
Diagnóstico Pré-Operatório: FRAT. TORNOZELO		Hipertensão:	
Anestesia Anterior:		Estado Físico:	
Medicação Pré-Anestésica: 9:00 5:10L		Risco:	
Aplicada às:		Efeito:	
Agentes Anestésicos:		INDUÇÃO	
Líquido:		Satisf. Excit. Tosse	
CÓDIGO		Laringo Espasmo Lenta	
P.V. ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO		Náuseas Vômitos	
V.Z. ANESTESIA: OPERAÇÃO		Outros	
Simbolos e Anotações: PONCHO (3-4, MEDIAN, DENTADO)		MANUTENÇÃO	
Posição: 2 2 2 2 2		Anestesia Satisf. Sim Não	
Agentes: ROXIP. 0,5L 125mg + MORFINA 80mg		Não, porque	
Técnicas: RAQUIANESTESIA		DESPERTAR	
Operações: FRAT. CIRURGICO FRAT. EXOSTO TORNOZELO		Reflexos na SO	
Cirurgiões: PELUX SOARES		Obstr. CO2 Excit.	
Anestesistas: PELUX SOARES		Náuseas Vômitos	
Observações:		Outros	
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias		Com cânula	
		para o leito sim não	
		CONDIÇÕES	
		Cânula	





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS
D^a Maria Dilva Carlos Diniz

Sr(a): JOSE DA SILVA SOUSA
Dr(a): NÃO INFORMADO
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000134013
Data: 03-08-2016 09:31
Idade: 44 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: 00 - unidade central
Destino: 00 - unidade central

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:26]

	Resultados	Valores de Referências
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos	3.77 milhões/mm ³	4.2 à 6.0 milhões/mm ³
Hemoglobina	9.8 g/dL	13.5 à 16.0 g/dL
Hematócrito	30.2 %	40.0 à 52.5 %
V.C.M.	80 fL	82.0 à 92.0 fL
H.C.M.	26 pg	27.0 à 31.0 pg
C.H.C.M.	32 g/gL	32.9 à 36.0 g/dL
RDW	13.4 %	Isocitose : 11.5 à 15.0 %
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos	6.200 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos	0	0
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	0	0
Segmentados	73.0	4.526 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos	2.0	124 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos	0	0 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos	22.0	1.364 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Tipicos	0	0
Atípicos	3.0	186 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
Monócitos		

PLAQUETAS, CONTAGEM DE 216.000 /mm³

Método: AUTOMATIZADO

Material: Sangue Total

Valores de Referência:
150.000 a 450.000/mm³

Fabiana
Dr^a Fabiana Santana de A. Silveira
CRM:PS 2083

Rua Juvenal Ledo, S/N - Belo Horizonte, S/N - Patos - PB - CEP: 58.704-470 - Fone: (83) 3423.2837



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015094240400000019900796>

Número do documento: 19041015094240400000019900796

Num. 20458233 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS
D^a Maria Dilva Carlos Diniz

Sr(a): JOSE DA SILVA SOUSA
Dr(a): NÃO INFORMADO
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000134013
Data: 03-08-2016 09:31
Idade: 44 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: 00 - unidade central
Destino: 00 - unidade central

HEMATOLOGIA III

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO... 32.1 Segundos

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:27]
Material: null
Método: null

Valores de Referência:
até 45 segundos.

TEMPO DE PROTROMBINA

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:27]
Material: SANGUE

TEMPO DE PROTROMBINA..... 15.3 segundos

Valor de referência: 10 à 15 segundos

ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA PROTROMBINA..... 75.4 %

Valor de referência: 70 à 100 %

INR..... 1,2

Valor de referência: 0.9 à 1,25

Dr. Diogo de Siqueira Leite
CRF-PB 3382

Rua Juvenal Ledo, S/N - Belo Horizonte, S/N - Patos - PB - CEP: 58.704-470 - Fone: (83) 3423.2837





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS
D^a Maria Dílva Carlos Diniz

Sr(a): JOSE DA SILVA SOUSA
Dr(a): NÃO INFORMADO
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000134013

Data: 03-08-2016 09:31

Idade: 44 anos

RG: NÃO INFORMADO

Origem: 00 - unidade central

Destino: 00 - unidade central

BIOQUIMICA

GLICOSE 72 mg/dl

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:31]

Material: Soro

Método: AUTOMATIZADO

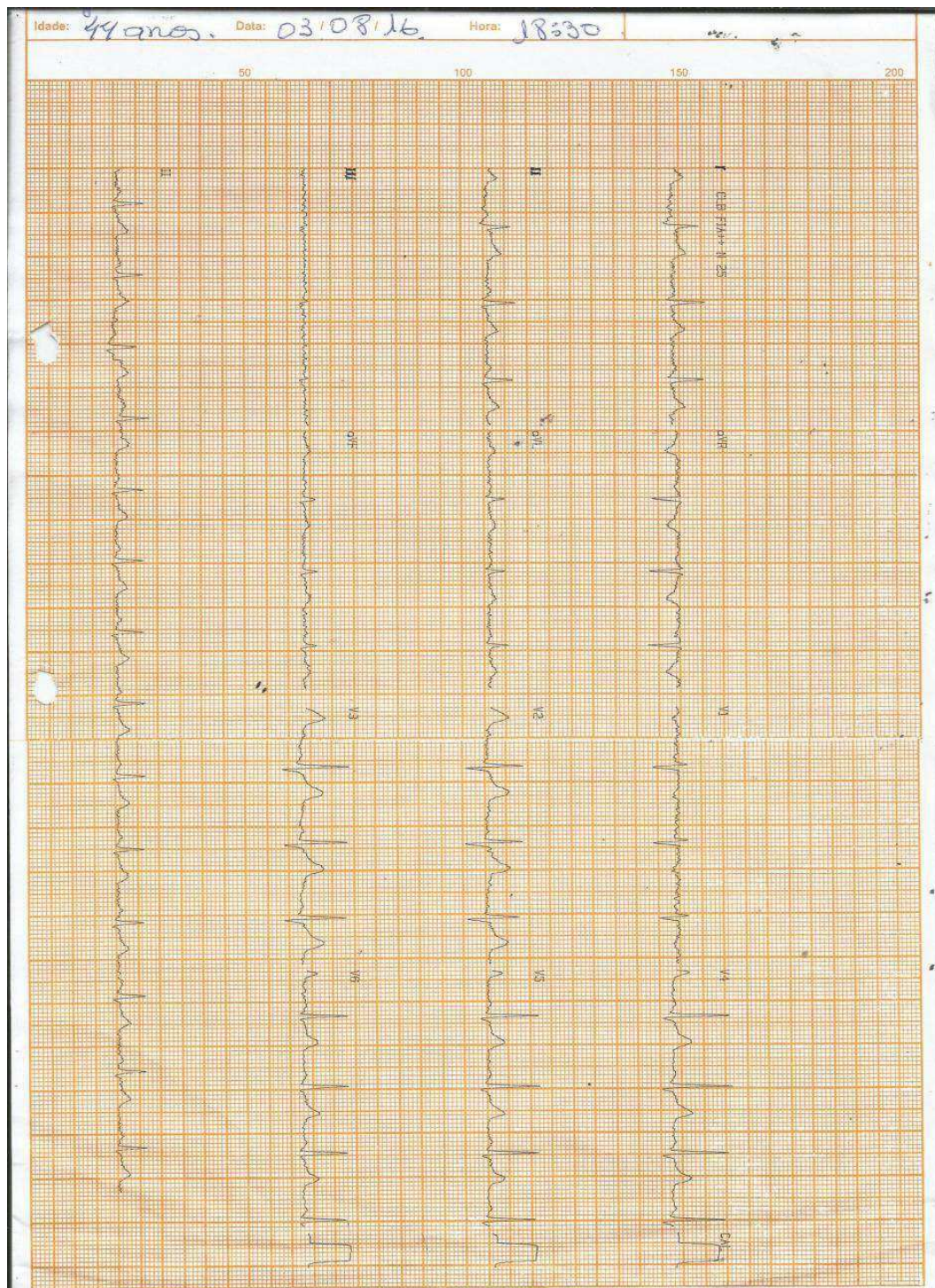
Valores de Referência:
Glicemia de jejum:

50 a 99 mg/dL Normal
100 a 125mg/dL Pré Diabetes
Maior ou igual a 126mg/dL Diabetes mellitus /
Gestacional

Fabiana
Dr^a Fabiana Santana de A. Silveira
CRBM-PB 2985

Rua Juvenal Ledo, S/N - Belo Horizonte, S/N - Patos - PB - CEP: 58.704-470 - Fone: (83) 3423.2837







(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a entrega da documentação completa. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180292536 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE DA SILVA SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOSE DA SILVA SOUSA

CPF/CNPJ: 71570956456

Posição em 10-04-2019 15:04:46

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/11/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/11/2018	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/b__yphqsqrjMnU3FqIQ1TjA=api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOxEyzGBAfG63f62wsgRs02fY0=)
04/07/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eTG8HL3gjmGj__Z9FtCjyCapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOxEyzGBAfG63f62wsgRs02fY0=)
04/07/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qa2IMGnje2XHxXduyWBSNwapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOxEyzGBAfG63f62wsgRs02fY0=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT





(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

2/3



10/04/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefonos-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Download)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





Dr. Wagner J. Souza

Lançamento Médico
Paciente Jore da Silva Souza
História de atropelamento e
fratura no Joelho Direito, após
terido atropelado em faixa + como
história recente, após incorporação
definitivamente para serem suas
atitudes anteriores

atd.: T92
S82.

16.03.18

Dr. Wagner J. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 32.7 11.11.13





ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0800375-80.2019.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Autor(a): JOSE DA SILVA SOUSA

Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Vistos.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

3. **Certifique-se** a existência ou não de processo ativo ou baixado contendo as mesmas partes, pedido e causa de pedir.

4. CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.



5. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

6. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

7. NOMEIO o Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.

8. Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intuem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

9. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

10. Após a apresentação do laudo pericial, intuem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

11. Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do expert.

12. Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]
JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA – Juiz de Direito em substituição



Valor da causa: R\$ 10.125,00





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
2ª VARA DA COMARCA DE POMBAL**

Rua: José Guilhermino de Santana, 414, Bairro Petrópolis, CEP 58.840-000 Fones: (83) 3431-2298/3113 Fax: (83) 431-3112

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, em consulta aos sistemas STI/SISCOM, consulta processual do TJPB e PJE, NÃO verifiquei a existência de feito idêntico proposto pela parte requerente em tramitação ou arquivado com as mesmas partes, pedido ou causa de pedir. Dou fé.

Pombal-PB, 2 de outubro de 2019.

HAROLDO CAMILO DOS SANTOS
Técnico Judiciário





ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0800375-80.2019.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Autor(a): JOSE DA SILVA SOUSA

Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Vistos.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

3. **Certifique-se** a existência ou não de processo ativo ou baixado contendo as mesmas partes, pedido e causa de pedir.

4. CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.



5. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

6. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

7. NOMEIO o Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.

8. Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intuem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

9. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

10. Após a apresentação do laudo pericial, intuem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

11. Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do expert.

12. Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]
JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA – Juiz de Direito em substituição



Valor da causa: R\$ 10.125,00

