



Número: **0800116-60.2019.8.15.0471**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Aroeiras**

Última distribuição : **19/02/2019**

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

Assuntos: **SEGURO ACIDENTES DO TRABALHO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| LEILSON DA SILVA ANDRADE (AUTOR) | RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|--|-----------------------|
| 19312 952 | 19/02/2019 15:40 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 19313 025 | 19/02/2019 15:40 | ação leilson | Outros Documentos |
| 19313 039 | 19/02/2019 15:40 | DOCS - LEILSON DPVAT 1 | Outros Documentos |
| 19313 107 | 19/02/2019 15:40 | DOCS - LEILSON DPVAT 2 | Outros Documentos |
| 19313 117 | 19/02/2019 15:40 | DOCS - LEILSON DPVAT 3 | Outros Documentos |
| 19313 128 | 19/02/2019 15:40 | DOCS - LEILSON DVAT 4 | Outros Documentos |
| 19313 166 | 19/02/2019 15:40 | Petição Inicial | Petição |
| 20040 405 | 25/03/2019 16:56 | Despacho | Despacho |
| 20053 171 | 26/03/2019 07:27 | Expediente | Expediente |
| 20989 374 | 07/05/2019 14:23 | Petição | Petição |
| 20989 377 | 07/05/2019 14:23 | petição - leilson | Informações Prestadas |
| 25474 678 | 21/10/2019 13:50 | Despacho | Despacho |
| 25557 871 | 23/10/2019 12:02 | Expediente | Expediente |

PETIÇÃO E DOCUMENTOS EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:36:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915362893400000018792604>
Número do documento: 19021915362893400000018792604

Num. 19312952 - Pág. 1

EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA DA COMARCA DE AROEIRAS, PARAÍBA.

Justiça gratuita.

LEILSON DA SILVA ANDRADE, brasileiro, solteiro, passador, portador do CPF Nº 016.161.694-19, domiciliado em Aroeiras-PB, residente na Rua José Germano Araújo, sem número, Centro, CEP 58489-000 vem através de seus advogados, incluso no instrumento de mandado, atuantes no escritório localizado na Av. Cajazeiras, 173, Centro, Campina Grande/PB, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, através do Procedimento Sumário, art. 275, do Código de Processo Civil, e com fulcro na Lei nº 6.194/74, propor a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO –
DPVAT**

Pelo procedimento comum em desfavor de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, companhia de seguros participante do Consorcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:



1.DA JUSTIÇA GRATUITA

Requer à V. Ex^a. seja deferido o benefício da Gratuidade de Justiça, com embasamento na lei 1.060/50, com alterações introduzidas pela lei 7.510/86, por não ter condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

2.DA SITUAÇÃO FÁTICA

O requerente foi vítima de acidente de trânsito, quando nas mediações da estrada de Campina Grande a Aroeiras, na Zona Rural, perto do Sítio de Beto Leopoldo, ao conduzir sua motocicleta atingiu um animal semovente (garrote). Em razão da gravidade dos ferimentos foi levado ao Hospital de Aroeiras e posteriormente ao Hospital de Trauma de Campina Grande-PB.

O acidente deixou inúmeras sequelas no autor, conforme certifica os documentos anexados à exordial.

Salienta-se que o direito do Autor, consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório de DPVAT, sendo lhe devido o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), uma vez que resta comprovado na documentação acostada aos autos o nexo causal entre o acidente e as sequelas.

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteada, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

Nesse sentido Excelência, em decorrência do acidente sofrido pelo Sr José Leite da Silva, culminado com o óbito, a Requerente esposa do falecido, busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu Direito.

3.DO DIREITO



O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento quanto no caso de morte.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

"Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea "I" nestes termos:

Art. 20, I – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

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

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

Art. 4º – A indenização no caso de morte será paga, na constância do casamento ao cônjuge sobrevivente; na sua falta, aos herdeiros legais. Nos demais casos o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados.

Assim, resta claro que a requerente deve ser indenizada pelo seguro, como medida de direito, visto é cônjuge sobrevivente da vítima.

Neste sentido, vejamos nossa Jurisprudência:

**APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA DPVAT -
INDENIZAÇÃO POR MORTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA IRRELEVÂNCIA JUNTADA
DE DOCUMENTO HÁBIL A DEMONSTRAR A EXISTÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O**



ACIDENTE E O DANO ALEGADA CARÊNCIA DE AÇÃO AFASTADA CORREÇÃO MONETÁRIA TERMO A QUO EDIÇÃO DA MP Nº 340/2006 MERA RECOMPOSIÇÃO DA MOEDA EM RAZÃO DA DEPRECIAÇÃO INFLACIONÁRIA RECURSO DESPROVIDO. (TJPR - 8771997 PR 877199-7 (Acórdão) TJPR).

EMENTA: SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT INDENIZAÇÃO POR MORTE CORREÇÃO MONETÁRIA QUE DEVE TER O SEU TERMO INICIAL DE INCIDENCIA A PARTIR DA DATA DO ÓBITO VERBA INDENIZATORIA QUE DEVE SER FIXADA COM BASE NO SALÁRIO MÍNIMO EM VIGOR NA DATA DO FALECIMENTO DA VÍTIMA RECURSOS IMPROVIDOS.(TJSP - Apelação APL 9196426172009826 SP 9196426-17.2009.8.26.0000).

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.
(grifo nosso)



Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

4.DA PERÍCIA

Deixa de requerer perícia e, consequentemente, de formular quesitos periciais, por motivo de óbito do periciado, não havendo necessidade para tal.

5.DO PEDIDO

Diante do exposto, seguindo a causa pelo rito sumário, em face da regra cogente do art. 275, II, e, do CPC, **REQUER-SE:**

A citação do requerido, para que compareça à audiência previamente designada, (artigo 277-CPC), apresentando defesa caso queira, sob pena de revelia, prosseguindo-se nos ulteriores termos de Direito, para no final ser a ação julgada procedente com a condenação do requerido ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescidos de juros de mora, atualização monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais cominações legais.

Seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por ser o requerente de pessoa pobre nos termos da Lei nº. 1060/50.

Saindo vencedores, os requerentes renunciam os valores excedentes à 60(sessenta) vezes o valor do salário mínimo.

Protesta provar o alegado através de todos os meios de prova em Direito admitido, especialmente pelos documentos inclusos, e prova testemunhal.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).



Nestes Termos,
Pede e Espera DEFERIMENTO.

Campina Grande, 05 de Fevereiro de 2019.

RODRIGO LUÍS ARAÚJO CAVALCANTE
OAB/PB 14.784

MARCOS VINÍCIUS ROMÃO BASTOS
OAB/PB 15.997

THIAGO DOS SANTOS SOARES
OAB/PB 17.807



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:36:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915340665000000018792674>
Número do documento: 19021915340665000000018792674

Num. 19313025 - Pág. 6

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

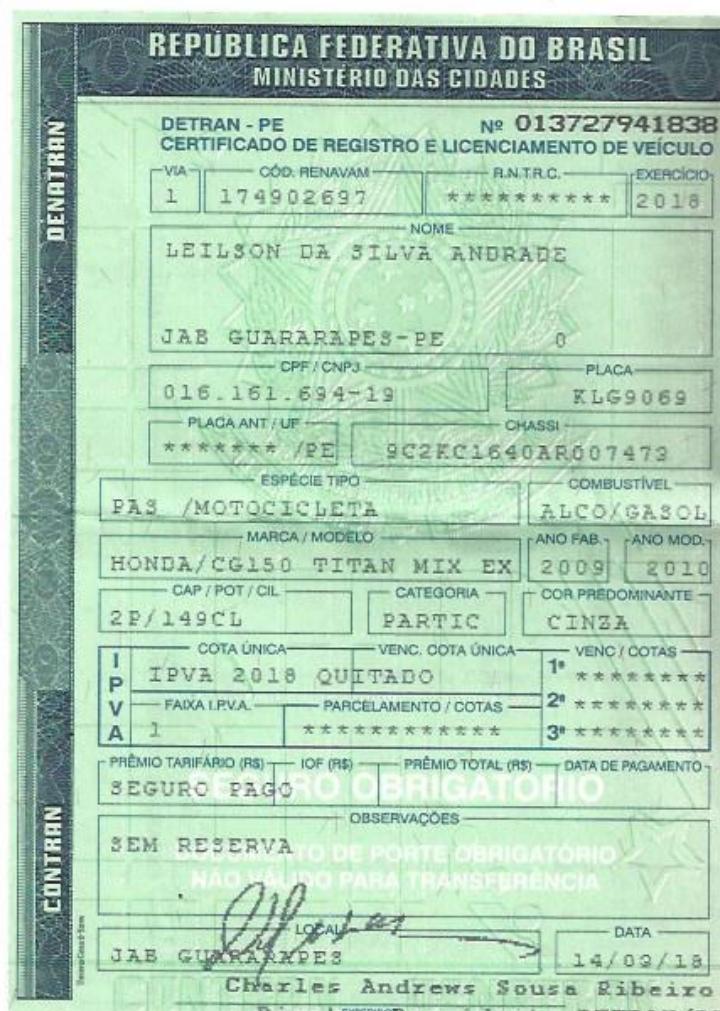
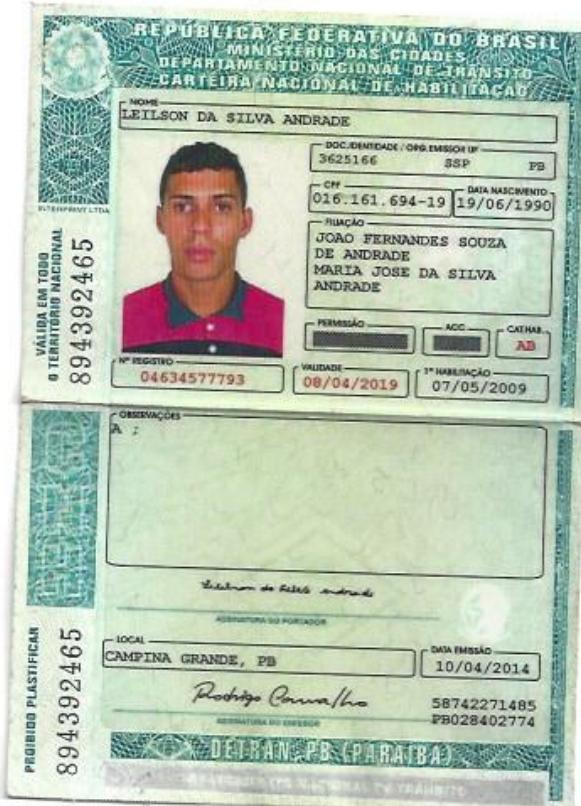
LEILSON DA SILVA ANDRADE, brasileiro, solteiro, passador, portador do CPF Nº 016.161.694-19, domiciliado em Aroeiras -PB, residente na Rua Jose Germano de Araújo, s/n, Centro, CEP 58489-000, através do presente instrumento particular de mandato nomeia e constitui como seus advogados: RODRIGO LUIS ARAÚJO CAVALCANTE (OAB/PB 14.784), MARCOS VINÍCIUS ROMÃO BASTOS (OAB/PB 15.997) e THIAGO DOS SANTOS SOARES (OAB/PB 17.807), com escritório profissional situado na Av. Cajazeiras, 173, Centro, Campina Grande/PB, conferindo poderes para representá-lo (a) nos autos da AÇÃO CÍVEL, podendo os outorgados realizar todos os atos do processo, inclusive transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, produzir provas, fazer acordo, apresentar defesa escrita (informações, contestação, impugnação, entre outras) e oral, recorrer de decisões judiciais de qualquer espécie e substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Campina Grande/PB, 19 de Julho de 2018.

OUTORGANTE

Leilson da Silva Andrade







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AREJAS

Receituário Simples

Leilson de Souza

*DATA
Leilson de Souza
do piso + no
nos piso
do piso
sob
piso
Obr*

MOD. 001

Data

Médico

Médico:

Data

Ai de quem nos ajuda o Senhor (1 Samuel 7,1)

Receituário de Rua

*Orientar paciente no
uso de Aftasamento.*

- Dr. Júnior.

9813-3793

| | | |
|--------------------------|---|-----|
| GOVERNO DA PARAÍBA | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES | SUS |
| CARTÃO DE RETORNO | | |
| PACIENTE: | <i>Leilson de Souza</i> | |
| DATA DO ATENDIMENTO: | <i>30/06/17</i> | |
| Nº PRONTUÁRIO: | FICHA: | |
| DIAGNÓSTICO: | <i>Luxação Cervical</i> | |
| PROCEDIMENTO: | <i>Reduzido / Fixo</i> | |
| MÉDICO (CARIMBO): | <i>Dr Chsmarcos</i> | |





Receituário Simples

Leilson da S. 107
Fisioterapeuta
HD: Luxo/2 Cx 87

MOD. 001

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 9965

30/06/17
Data

Médico





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

heitor da silva
vaz 2021

Loxapim 60mg - rx
Tomar 10mp 8/8h saido

Mod. 001

20/06/19
Data

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965


Médico





**GOVERNO
DA PARAÍBA** SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Leilson de Souza Andrade PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. S62 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 25/06/17 A 30/06/17 NECESSITANDO DE
30 (Trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

NECESSITANDO DE
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-9955

Campina Grande 30/06/17

Ass. do Médico - Nº do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

AC00.060



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM: _____ UF: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____ CRM/PB-9965
Telefone: _____

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: _____
Endereço: _____
Prescrição: _____
Cafetex, 500mg - 20cp
200mg - 60cp + 100mg

Data: 10/06/2012

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Farmácia Unimedfarma
Bomfármaco
Ident: 1729649 Órg. Emissor: PB
End.: R. Henrique Siqueira
142
Cidade: Aracaju UF: SE
Telefone: 8137-0370

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: / /





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Sr.
Heison da Silva esteve sob tratamento
nesta unidade no período da tarde.

Dr. Davi S. Carvalho Jr.,
FISIOTERAPUTA
RG: 2164581



ERNO
ARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

*Centro de Silveira
Azevedo*
foi atendido (às) hoje, às 9:55 ()
horas, necessitando de 60 (SGSSONDA)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

563.0

DIAGNÓSTICO CID

Campina Grande, 27/07/2017

*Jr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TED 12495
CIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, N° 429
CAMPINA GRANDE - PB*

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



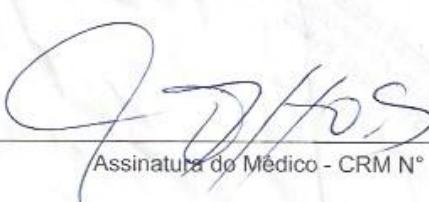
**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que

herbosa da sítio
Durval L

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de 60 (sessenta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

563Campina Grande, 31/08/17
Assinatura do Médico - CRM N°

End: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

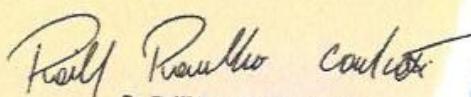




PACIENTE: LEILSON DA SILVA ANDRADE

RADIOGRAFIA DE MAO

- Discreto espessamento periosteal no aspecto proximal do terceiro metacarpo (fratura previa?) evidenciando-se área noduliforme com densidade calcifica em partes moles regionais de aspecto inespecífico e aparente luxação trapézio-metacarpiana. Correlacionar com dados clínicos e exames prévios.



Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM 6320 PB

Av. Floriano Peixoto, 151 - Centro - Campina Grande - FONE (83) 3099-1400



Acao

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 23/11/2017 08:26:04
INFBEN - Informacoes do Beneficio

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 6193414995 LEILSON DA SILVA ANDRADE Situacao: Cessado
CPF: 016.161.694-19 NIT: 1.637.742.631-4 Ident.: 00003625166 PB
OL Mantenedor: 13.0.21.030 APS : APS CAMPINA GRANDE - DINAME SABI
OL Mant. Ant.: Banco : 001 BRASIL
OL Concessor : 13.0.21.030 Agencia: 293249 BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB
Nasc.: 19/06/1990 Sexo: MASCULINO Trat.: 13 Procur.: NAO RL: NAO
Esp.: 31 AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00
Ramo Atividade: COMERCIARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: EMPREGADO Qtd. Dep. Informada: 00
Meio Pagto: C/C No 748447 TIPO: C/C INDIVIDUAL Dep. para Desdobr.: 00/00
Situacao: CESSADO EM 14/10/2017 Dep. valido Pensao: 00
Motivo : 54 LIMITE MEDICO INFORMADO P/ PERICIA
APR. : 1.010,80 Compet : 10/2017 DAT : 25/06/2017 DIB: 10/07/2017
MR.BASE: 937,00 MR.PAG.: 937,00 DER : 14/07/2017 DDB: 14/08/2017
Acompanhante: NAO Tipo IR: ISENTO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 31/10/2017

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:36:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915353490300000018792766>
Número do documento: 19021915353490300000018792766

Num. 19313117 - Pág. 2



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2. DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE

Rua Pedro de Melo, nº - Centro - Aroeiras - 58489-000 - 83-3396-1279



OCORRÊNCIA Nº 000258/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO que, no desempenho do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrência da Delegacia de que tenho Orgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000258/17 registrada em 14/09/2017, que passo a transcrever: Nos quatoze dias do mês de setembro do ano de 2017, nesta cidade de Aroeiras, estado da Paraíba, no horário de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AROEIRAS, quando encontrava-se presente o Bel. FERNANDES SOUZA DE ANDRADE, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, FERNANDES SOUZA DE ANDRADE e MARIA JOSÉ DA SILVA ANDRADE, com 27 anos de idade, filho de JOÃO AROEIRAS, casado, escolaridade Médio Completo, profissão PASSADOR, portador da Cédula de Identidade Nº 362566, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 01616169419, residindo à rua JOSÉ GERMANO DE ARAUJO, bairro CENTRO, na cidade de Aroeiras - PB, celular 981024942,

Declaro que:

No dia 25/06/2017, por volta das 22h30minutos aproximadamente, quando retornava da cidade de Campina Grande, para a sua residência de Aroeiras, conduzindo sua MOTO HONDA CG 150 TITAN MIX EX, DE COR CINZA, ANO 2013, CHASSI 9C2KC1640AR007473, licenciada em seu nome e, na localidade de sítio Tomé, se encontra a fazenda do senhor conhecido popularmente por BETO DE LEOPOLDO, um animal(garrote) que, devido as suas condições de frear, colidiu com o mencionado animal vindo a cair ao solo, ferindo-se gravemente, e encaminhado para o Hospital da cidade de Aroeiras e em virtude da gravidade dos ferimentos, foi encaminhado para o Hospital de Trauma na cidade de Campina Grande onde foi atendido as 00:22min do dia 25/06/2017, tendo sido encaminhado para o posto de UML nesta cidade de Aroeiras para a realização de Perícia. É o teor. Nada mais declaro, quanto o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de assinado o termo, respeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Aroeiras, Quinta-feira, 14 de Setembro de 2017

Leilson da Silva Andrade

LEILSON DA SILVA ANDRADE

Declarante

JORGE PIRES PIMENTEL JUNIOR

Escrivão



MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 11/09/2017 09:17:04
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 619.341.499-5 LEILSON DA SILVA ANDRADE Esp: 031 Meio Pag: CCF
Compet 08/2017 Per: 01/08/2017 a 31/08/2017 Dt. Calc. Credito: 15/08/2017
OLM.....: 13.0.21.030 Dt. Inic. Validade: 06/09/2017
Conta Corrente: 748447 Dt. Final Validade: 31/10/2017
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 001027 Seq: 0030346
Banco: BRASIL OP: 293249 - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB

| Rubrica | Descricao | Valor (R\$) |
|---------|----------------------------------|-------------|
| 101 | VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO | 937,00 + |
| 104 | VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO | 78,08 + |

Valor Bruto
1.015,08

Descontos
0,00

Valor Liquido
1.015,08

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 11/09/2017 09:17:05
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 619.341.499-5 LEILSON DA SILVA ANDRADE Esp: 031 Meio Pag: CCF
Compet 08/2017 Per: 10/07/2017 a 31/07/2017 Dt. Calc. Credito: 15/08/2017
OLM.....: 13.0.21.030 Dt. Inic. Validade: 29/08/2017
Conta Corrente: 748447 Dt. Final Validade: 31/10/2017
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 001027 Seq: 0030345
Banco: BRASIL OP: 293249 - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB

| Rubrica | Descricao | Valor (R\$) |
|---------|------------------------------|-------------|
| 101 | VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO | 655,90 + |

Valor Bruto
655,90

Descontos
0,00

Valor Liquido
655,90

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 13/11/2017 10:47:23
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 619.341.499-5 LEILSON DA SILVA ANDRADE Esp: 031 Meio Pag: CCF
Compet 10/2017 Per: 01/10/2017 a 31/10/2017 Dt. Calc. Credito: 14/10/2017
OLM.....: 13.0.21.030 Dt. Inic. Validade: 07/11/2017
Conta Corrente: 748447 Dt. Final Validade: 29/12/2017
Origem.....: MACICA Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 000221 Seq: 6874135
Banco: BRASIL OP: 293249 - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB

| Rubrica | Descricao | Valor (R\$) |
|---------|--|-------------|
| 101 | VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO | 937,00 + |
| 104 | VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO | 312,33 + |
| 218 | 13. SALARIO PAGO COMPETENCIAS ANTERIORES | 78,08 - |
| 323 | ADIANTAMENTO DE 13 COMPETENCIA ANTERIOR | 78,08 |

Valor Bruto
1.249,33

Descontos
78,08

Valor Liquido
1.171,25

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS
SECRETARIA DE SAÚDE
SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

Declaro que o paciente Fábio, que o se lesionou na silva, esteve sob tratamento fisioterapêutico nesta unidade, para tratamento de lesão produzida diretamente.

Aroeiras, 13 de dezembro de 2017.

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.
FISIOTERAPEUTA
CRM/TO 216458-T

Davi S. C.J. 13/12/17





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

Atesto para os devidos fins, que o IR
Lorinan da SILVA ANDRADE ESTEVE SOB
tentamento NESTA UNIDADE PARA CURA RICANOS
DE FERIMENTO DE CABO.

AROEIRAS, 27 de DEZEMBRO de 2017

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.
FISIOTERAPEUTA
CRF/110.215458-F

Davi S. Cavalcanti Jr.

27/12/17





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

Declaro para os Devidos Fatos, que o Sr.
Leilson da Silva Andrade, esteve sob tratamento
nesta Unidade.

Aroeiras 08 de Janeiro de 2018.

Dr. Douglas Cavalcante Jr.
FISIOTERAPEUTA
CRM-PI 216458-F



MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 16/10/2017 10:24:55
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 619.341.499-5 LEILSON DA SILVA ANDRADE Esp: 031 Meio Pag: CCF
Compet 09/2017 Per: 01/09/2017 a 30/09/2017 Dt. Calc. Credito : 16/09/2017
OLM.....: 13.0.21.030 Dt. Inic. Validade: 05/10/2017
Conta Corrente: 748447 Dt. Final Validade: 30/11/2017
Origem.....: MACICA Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 000220 Seq: 6902415
Banco: BRASIL OP: 293249 - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB

| Rubrica | Descricao | Valor (R\$) |
|---------|------------------------------|-------------|
| 101 | VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO | 937,00 + |

Valor Bruto
937,00

Descontos
0,00

Valor Liquido
937,00

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

40 80 99



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:36:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915353490300000018792766>
Número do documento: 19021915353490300000018792766

Num. 19313117 - Pág. 9

Pedido de Prorrogação

Requerimento: 182795620
 Benefício Nº: 6193414995
 Data: 11/09/2017

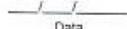
Dados do Requerimento

| | |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| NIT (PIS/PASEP): | 16377426314 |
| Nome: | LEILSON DA SILVA ANDRADE |
| Endereço: | JOSE GERMÃO DE ARAUJO SN |
| Bairro: | CENTRO |
| CEP - Município - UF: | 58489000 / AROERAS / PB |
| Agência da Previdência Social: | 13021030 |
| Nome da Agência: | CAMPINA GRANDE DINAMERICA |
| Endereço da Perícia: | AV DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N |
| Bairro da Perícia: | SANTA ROSA |
| Município da Perícia: | CAMPINA GRANDE |
| Exame Médico-pericial agendado para: | 09/10/2017 09:40 |

Termo de Responsabilidade

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005.33.00.020 219-8.



Assinatura

Observação

Quando do comparecimento para a realização do exame médico-pericial:
 1 - É obrigatório apresentar este requerimento, devidamente assinado e um documento de identificação (RG /CTPS) do segurado.
 2 - Caso possua exames ou relatórios médicos, apresentá-los ao médico pente.





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16377426314

Número do Benefício: 6193414995 Espécie: 31

Número do Requerimento: 181647013

Ao Sr. (a): LEILSON DA SILVA ANDRADE

Endereço: JOSE GERMANO DE ARAUJO SN, CENTRO

CEP: 58489000 Município: AROEIRAS UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/07/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 25/09/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (25/09/2017), V.Sa, ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 25/09/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 14 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência CAMPINA GRANDE DINAMERICA
CEP: 58416680 Município: CAMPINA GRANDE

Endereço: AV DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N,
UF: PB SANTA ROSA

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:36:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915353490300000018792766>
Número do documento: 19021915353490300000018792766

Num. 19313117 - Pág. 11



PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS
SECRETARIA DE SAÚDE
SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

Atestado.

Atesto para os devidos fins, que Leilson
Da Silva Andrade, esteve sob tratamento
fisioterapêutico nesta Unidade.

Aroeiras, 06 de dezembro de 2017

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.
FISIOTERAPEUTA
CREFI/RJ 216458-F

06/12/17





COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16377426314

Número do Benefício: 6193414995

Espécie: 31

Número do Requerimento: 181647013

Ao Sr. (a) : LEILSON DA SILVA ANDRADE

Endereço: JOSE GERMANO DE ARAUJO SN, CENTRO

CEP: 58489000

Município: AROEIRAS

UF: PB

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 11/09/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi prorrogado até 31/10/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 31/10/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/10/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data, 9 de Outubro de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência

CEP: 58416680

CAMPINA GRANDE DINAMERICA

Município: CAMPINA GRANDE

Endereço: AV DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N ,

UF: PB SANTA ROSA

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:36:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915353490300000018792766>
Número do documento: 19021915353490300000018792766

Num. 19313117 - Pág. 13



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

SEQ : 044022
DATA: 14/08/2017

NOME

LEILSON DA SILVA ANDRADE

(NIT: 1637742631-4)

OL

13.021.030

NB

619.341.499-5

COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO **AUXILIO-DOENCA (31)**
619.341.499-5 REQUERIDO EM 14/07/2017 COM RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 CALCULADA CONFORME ABAIXO,
COM INÍCIO DE VIGÊNCIA A PARTIR DE 10/07/2017
CASO NÃO TENHA FEITO OPÇÃO PELO CRÉDITO EM CONTA CORRENTE OU POUPANÇA, COMARQUE A PARTIR DE 06/09/2017 NA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA
INDICADA ABAIXO, MUNDO, OBRIGATORIAMENTE, DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO APRESENTADO NO ATO DO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO, OS CRÉDITOS
SUBSEQUENTES SERÃO EFETUADOS NO 4 DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

ORGÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA:

293249 - BRASIL - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB
RUA SETE DE SETEMBRO, 52 1.E 3.ANDARES CENTRO Leonardo de Melo Gadelha
VIA SEGURADO Presidente do INSS

| CÁLCULO DE BENEFÍCIOS SEGUNDO A LEI 9876, DE 29/11/1999 | | | | | | | | | |
|---|----------|--------|-----------|---------|------------------------------|--------|-----------|---------|--------|
| DATA SALARIO INDICE SAL.CORR | | | | | (ATIVIDADE PRINCIPAL) | | | | |
| DATA SALARIO INDICE SAL.CORR | | | | | DATA SALARIO INDICE SAL.CORR | | | | |
| 05/2017 | 775,35 | 1.0005 | 775,80 | 04/2017 | 903,35 | 1.0013 | 904,60* | 03/2017 | 948,05 |
| 02/2017 | 861,43 | 1.0070 | 867,46 | 01/2017 | 835,60 | 1.0112 | 844,98 | 12/2016 | 948,05 |
| 01/2016 | 762,67 | 1.0777 | 821,98 | 12/2015 | 1.123,51 | 1.0874 | 1.221,78* | 11/2015 | 735,14 |
| 10/2015 | 1.034,40 | 1.0777 | 1.080 | 09/2015 | 910,26 | 1.1136 | 902,35* | 08/2015 | 862,75 |
| 07/2015 | 818,18 | 1.1229 | 918,75* | 06/2015 | 803,36 | 1.1315 | 909,05* | 05/2015 | 864,42 |
| 04/2015 | 809,68 | 1.1508 | 931,84* | 03/2015 | 901,85 | 1.1602 | 1.053,59* | 02/2015 | 866,48 |
| 01/2015 | 912,82 | 1.1993 | 1.094,74* | 12/2014 | 831,88 | 1.2067 | 1.050,83* | 11/2014 | 807,76 |
| 10/2014 | 836,17 | 1.2177 | 1.018,24* | 09/2014 | 922,99 | 1.2237 | 1.120,47* | 08/2014 | 680,33 |
| 08/2012 | 24,85 | 1.3866 | 1.0445 | 01/2012 | 656,09 | 1.4282 | 937,04* | 12/2011 | 830,50 |
| 11/2011 | 1.156,59 | 1.4436 | 1.660,75* | 10/2011 | 1.388,44 | 1.4483 | 2.010,88* | 07/2010 | 631,60 |
| 06/2010 | 631,60 | 1.5585 | 984,44* | 05/2010 | 631,60 | 1.5652 | 988,98* | 04/2010 | 631,60 |
| 03/2010 | 615,20 | 1.5878 | 976,68* | 02/2010 | 615,20 | 1.5989 | 983,66* | | |
| * SALARIOS UTILIZADOS PARA CÁLCULO DA MÉDIA | | | | | | | | | |

TOTAL DOS SALARIOS CONTRIBUICAO CORRIDOS

31.101,60

DIVIDIDO POR 28

SALARIO DE BENEFICIO (1.110,77)

TEMPO DE SERVICO : 03 GRUPOS DE 12 CONTRIBUICOES

RENDIMENTO MENSAL INICIAL (EM: R\$) (1.110,77 X 0,910)

937,00

*** NAO HOUVE GERAÇÃO DE CREDITOS ATRASADOS DE ANO ANTERIOR ***

DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DE ATRASADOS (VALORES EXPRESSOS EM REAL)

DATAS: REGUL. DOCUMENTACAO 14/07/2017 INICIO PAGAMENTO 10/07/2017

07/2017 REND.MENSAL 655,90

LIQUIDO 655,90

Impresso pela Dataprev



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:36:33
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915353490300000018792766

Número do documento: 19021915353490300000018792766

Num. 19313117 - Pág. 14



CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

| TOTAL BRUTO | 655,90 | DESCONTO | 0,00 | LIQUIDO | 655,90 |
|-----------------------------------|----------|-------------|-------|---------|----------|
| DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DO MES | | | | | |
| 08/2017 REND. MENSAL | 937,00 | 13* SALARIO | 78,08 | | |
| TOTAL BRUTO | 1.015,08 | DESCONTO | 0,00 | LIQUIDO | 1.015,08 |

OBS: E DE 10 (DEZ) ANOS O PRAZO PARA REVISAO DO ATO DE CONCESSAO, CONFORME LEI 8213/91 ART 103.

(*) Renda Mensal proporcional ao periodo de 10/07/2017 a 31/07/2017

(*) Renda Mensal proporcional ao periodo de 01/09/2017 a 25/09/2017

A Previdencia Social informa que o(a) segurado (a) em auxilio doença que retornar voluntariamente a mesma atividade, podera ter seu auxilio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6 e 7 do art. 60 da Lei n. 8213/91, com redacao dada pela Lei n.13135/15.

Prezado beneficiario,

O pagamento dos beneficios previdenciarios e assistenciais e realizado por intermedio de instituicoes financeiras contratadas pelo INSS.

Estas instituicoes financeiras devem garantir:

- O pagamento do beneficio conforme a data designada na Tabela de Pagamento de Beneficio, estabelecida pela Previdencia Social;
- O pagamento do beneficio pelo banco e agencia designados pelo INSS e, a utilizacao de cartao magnetico, em qualquer agencia ou terminal de autoatendimento;
- O Pagamento em local adequado, sem fila externa, nem fila com tempo de espera superior a trinta minutos ou de acordo com a legislacao local vigente;
- A opcao de receber o beneficio por meio de cartao magnetico, gratuitamente, sem necessidade da abertura de conta na instituicao bancaria designada ou por conta corrente, quando ja possuir e desde que seja um dos titulares. A emissao do primeiro cartao para saque do beneficio por meio magnetico tambem e gratuita;
- Uma transferencia mensal de valores, entre conta corrente / poupanca, gratuitamente, por meio da utilizacao do Documento de Ordem de Credito - DOC ou Transferencia Eletronica Disponivel - TED, para o banco de sua escolha, desde que possua conta corrente no banco que recebe o beneficio, de mesma titularidade e que a transferencia seja no valor total
- A emissao de cartao com a identificacao de que voce e um beneficiario da Previdencia Social, caso o seu pagamento seja na modalidade de credito em conta / poupanca. Esse cartao e opcional e a 1a via gratuita;
- A disponibilizacao do Demonstrativo de Credito do Beneficio - informe-se no banco pagador do beneficio sobre a disponibilidade deste servico;
- A disponibilizacao do Extrato Anual de Pagamento de Beneficios e da Declaracao de Rendimentos para fins de Imposto de Renda, se for o caso;
- O envio anual ao INSS, da comprovacao de vida do beneficiario e a alteracao de endereço, quando houver;

Caso essas regras nao sejam observadas pelos bancos, voce pode registrar reclamacao na Ouvidoria-Geral da Previdencia Social, pelo telefone 135.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16377426314

Número do Benefício: 6193414995

Espécie: 31

Número do Requerimento: 181647013

Ao Sr. (a): LEILSON DA SILVA ANDRADE

Endereço: JOSE GERMANO DE ARAUJO SN, CENTRO

CEP: 58489000 Município: AROEIRAS

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/07/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 25/09/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (25/09/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 25/09/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 14 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência CAMPINA GRANDE DINAMERICA
CEP: 58416680 Município: CAMPINA GRANDE

Endereço: AV DINAMERICA ALVES CORREIA, S N ,
UF: PB SANTA ROSA

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Sinistro: **3180207566**
Vítima: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**
Data do Acidente: **24/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180207566** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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 12558136



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180207566**

Vitima: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180207566**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **24/06/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 130007161



PETIÇÃO E DOCUMENTOS EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:40:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915400833200000018792812>
Número do documento: 19021915400833200000018792812

Num. 19313166 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Aroeiras**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800116-60.2019.8.15.0471

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se o promovente, através de seu advogado, para que adeque os pedidos aos termos do Novo Código de Processo Civil, haja vista a extinção do procedimento sumário, no prazo de 15 dias, sob pena de indeferimento liminar da exordial.

AROEIRAS, 25 de março de 2019.

Juiz(a) de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Aroeiras**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800116-60.2019.8.15.0471

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se o promovente, através de seu advogado, para que adeque os pedidos aos termos do Novo Código de Processo Civil, haja vista a extinção do procedimento sumário, no prazo de 15 dias, sob pena de indeferimento liminar da exordial.

AROEIRAS, 25 de março de 2019.

Juiz(a) de Direito



em anexo.



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 07/05/2019 14:23:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050714335737700000020412473>
Número do documento: 19050714335737700000020412473

Num. 20989374 - Pág. 1

**EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DA VARA ÚNICA DE AROEIRAS –
ESTADO DA PARAÍBA,**

PROCESSO Nº 0800116-60.2019.8.15.0471

LEILSON DA SILVA ANDRADE, já qualificado no processo descrito, na ação proposta em face da recorrida **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S.A**, vem à presença de Vossa Excelência, **EMENDAR À INICIAL** com o objetivo de adequar seus pedidos ao Novo Código de Processo Civil, nos seguintes termos:

Primeiramente, informamos que a nobre Magistrada tem total razão em sua determinação, houve um equívoco do causídico na apresentação da ação ainda com pedidos do rito sumário, o qual foi extinto.

Renovamos os votos de respeito.

Relativo aos pedidos, inicialmente requeremos a alteração da Regra Processual do Item I dos Pedidos, já que o Procedimento correto é o Comum, de acordo com o artigo 318 do CPC e seguintes.

Antes de tudo requer que o juízo receba a ação ante as adequações e determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

sbcadvogados@hotmail.com

Avenida canal, próximo ao ministério do trabalho

Thiago dos Santos Soares
(83) 8898-3210 - Bacharel

Marcos Vinícius Romão Bastos
(83) 8899-1699 Advogado - OAB/PB 15.997

Rodrigo Luís Araújo Cavalcante
(83) 8880-5563 Advogado - OAB/PB 14.784



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 07/05/2019 14:23:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050714232168700000020412575>
Número do documento: 19050714232168700000020412575

Num. 20989377 - Pág. 1

Posteriormente requer que a ré seja intimada para audiência de conciliação, visto que o autor tem interesse em conciliar, conforme artigo 319 inciso II.

Requer que as partes sejam intimadas com antecedência, conforme regra do CPC.

Caso não haja acordo, requer que seja concedido prazo para que a promovida apresente sua Contestação.

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

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

Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

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

No mais, reitera os fatos e os fundamentos da Exordial.

Nesses termos,

Pede deferimento.

Campina Grande, 07 de Maio de 2019.

RODRIGO LUIS A. CAVALCANTE
OAB/PB 14.784

MARCOS VINICIUS. R. BASTOS
OAB/PB 15.997

THIAGO DOS SANTOS SOARES

sbcadvogados@hotmail.com

Avenida canal, próximo ao ministério do trabalho

Thiago dos Santos Soares
(83) 8898-3210 - Bacharel

Marcos Vinícius Romão Bastos
(83) 8899-1699 Advogado - OAB/PB 15.997

Rodrigo Luís Araújo Cavalcante
(83) 8880-5563 Advogado - OAB/PB 14.784



sbcadvogados@hotmail.com

Avenida canal, próximo ao ministério do trabalho

Thiago dos Santos Soares
(83) 8898-3210 - Bacharel

Marcos Vinícius Romão Bastos
(83) 8899-1699 Advogado - OAB/PB 15.997

Rodrigo Luís Araújo Cavalcante
(83) 8880-5563 Advogado - OAB/PB 14.784



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 07/05/2019 14:23:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050714232168700000020412575>
Número do documento: 19050714232168700000020412575

Num. 20989377 - Pág. 3



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Aroeiras**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800116-60.2019.8.15.0471

DESPACHO

Vistos, etc.

Em tendo sido atendido a determinação de emenda da exordial, deve o feito ter regular processamento.

Cite-se o réu para, querendo, contestar os termos da ação. Prazo de 15 dias.

AROEIRAS, 21 de outubro de 2019.

Juiz(a) de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Aroeiras**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800116-60.2019.8.15.0471

DESPACHO

Vistos, etc.

Em tendo sido atendido a determinação de emenda da exordial, deve o feito ter regular processamento.

Cite-se o réu para, querendo, contestar os termos da ação. Prazo de 15 dias.

AROEIRAS, 21 de outubro de 2019.

Juiz(a) de Direito

