



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
19312952	19/02/2019 15:40	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
19313025	19/02/2019 15:40	<a href="#">ação leilson</a>	Outros Documentos
19313039	19/02/2019 15:40	<a href="#">DOCS - LEILSON DPVAT 1</a>	Outros Documentos
19313107	19/02/2019 15:40	<a href="#">DOCS - LEILSON DPVAT 2</a>	Outros Documentos
19313117	19/02/2019 15:40	<a href="#">DOCS - LEILSON DPVAT 3</a>	Outros Documentos
19313128	19/02/2019 15:40	<a href="#">DOCS - LEILSON DVAT 4</a>	Outros Documentos
19313166	19/02/2019 15:40	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição
20040405	25/03/2019 16:56	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
20053171	26/03/2019 07:27	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
20989374	07/05/2019 14:23	<a href="#">Petição</a>	Petição
20989377	07/05/2019 14:23	<a href="#">petição - leilson</a>	Informações Prestadas
25474678	21/10/2019 13:50	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
25557871	23/10/2019 12:02	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

PETIÇÃO E DOCUMENTOS EM ANEXO.



EXCELENTÍSSIMO(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<sup>a</sup>. 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, conforma 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, conseqüentemente, 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



## 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*



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

NOME: LEILSON DA SILVA ANDRADE

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF: 3625166 SSP PB

CPF: 016.161.694-19 DATA NASCIMENTO: 19/06/1990

FISSÃO: JOAO FERNANDES SOUZA DE ANDRADE MARIA JOSE DA SILVA ANDRADE

PERMISSÃO: ACC: CENHA: AB

Nº REGISTRO: 04634577793 VALIDADE: 08/04/2019 1ª HABILITAÇÃO: 07/05/2009

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 894392465

PROIBIDA PLASTIFICAR 894392465

OBSERVAÇÕES: A:

Assinatura do Titular: *Leilson da Silva Andrade*

ASSINATURA DO PORTADOR: LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 10/04/2014

Assinatura do Emissor: *Rodrigo Cavalcante* 58742271485 PB028402774

DETRAN - PB (PARAIBA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727941838  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CÓD. RENAVAM: 174902697 R.N.T.R.C.: \*\*\*\*\* EXERCÍCIO: 2018

NOME: LEILSON DA SILVA ANDRADE

JAB GUARARAPES-PE 0

CPF / CNPJ: 016.161.694-19 PLACA: KLG9069

PLACA ANT. / UF: \*\*\*\*\* / PE CHASSI: 9C2KC1640AR007473

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN MIX EX ANO FAB.: 2009 ANO MOD.: 2010

CAP / POT / CIL: 2P / 149CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: CINZA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2ª \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

SEM RESERVA DE PORTE OBRIGATÓRIO NACIONAL PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: JAB GUARARAPES DATA: 14/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727941838 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LEILSON DA SILVA ANDRADE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

JAB GUARARAPES-PE 0

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 14/03/18

VIA: 1 CPF / CNPJ: 016.161.694-19 PLACA: KLG9069

RENAVAM: 174902697 MARCA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN MIX EX

ANO FAB.: 2009 CAT. TARE: 09 Nº CHASSI: 9C2KC1640AR007473

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): IOF (R\$): TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$):

SEGURO PAGO

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. SE NÃO E DE PORTE OBRIGATÓRIO





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Receituário Simples

*Leilson de*

*DADO*

*humerus fraturado  
do pulso - mo  
os - fratura  
do pulso*

*sob*

*Ribeiro*

*[Signature]*

MOD. 001

Data

Médico



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACÁ

RECEITUÁRIO

*KLIVIANO ou KLIVIA*

*ORIENTAR QUANTO AO  
HUMID POR AFASTAMENTO.*

*- Dan Junior*

Médico:

Data

Até aqui nos apodou o Senhor (1 Samuel 7,1)



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

### CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE:

*Leilson de Silva  
Andrade*

DATA DO ATENDIMENTO:

*30/06/17*

Nº PRONTUÁRIO:

FICHA:

DIAGNÓSTICO:

*Luxação do*

PROCEDIMENTO:

*Redução e Fio*

MÉDICO (CARIMBO):

*Dr. Carlos*





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Leilson de S. L. V.

Fisioterapia

HD: Luxação do joelho

MOD. 001

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 9985

30/06/17  
Data

Médico





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

heilton de silva  
usu 2021

Loxonin 60mg — 2x  
Temo 10mg 2/8h sdc

MOD. 001

30/06/21  
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 silve

André

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N.º \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N.º 562 NO CID. DURANTE

O PERÍODO DE 25/06/17 A 30/06/17 NECESSITANDO DE

30 (trinta)

DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB-9985

Campina Grande 30/06/17

Ass. do Médico - N.º do CRM

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o

Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

KCO. 080





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: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

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

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

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

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Leilson de Silva A. da S.

Endereço: 2ª Pça. Grande

Prescrição: Colocele - 500mg - 28cp  
30-01-19-06 6/6h 7 dias

Data: 22 / 06 / 20 22

Assinatura do Médico

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Wlania Wladimir

Ident: 1329649

Org. Emissor: PB

End.: P. Homero

Cidade: Assis

UF: PB

Telefone: 8137-0370

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

MON 007





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR.  
HEIRSON DA SILVA ESTEVE SOB TRATAMENTO  
NESTA UNIDADE NO PERÍODO DA TARDE.

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.

FISIOTERAPEUTA

CREITO: 216458

Aroeiras, 06/11/17





## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

*Carlos de Silva*

foi atendido (às) hoje, às

*7:55*

horas, necessitando de

*60*

*SGSSOADA*

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

*S63.0*

Campina Grande, *27/07/2017*

*Dr. Rodrigo Amorim*  
CRM-PB 6321 - TEO-12495  
CIR. DA COLUMNA VERTEBRAL - SBC  
AV. DOM PEDRO II, Nº 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 Herbert da Silva  
Pinheiro Jr  
foi atendido (às) hoje, às 10 ( sessenta )  
horas, necessitando de 10 ( sessenta )  
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S63

Campina Grande, 31/08/17

[Assinatura]  
Assinatura do Médico - CRM N°

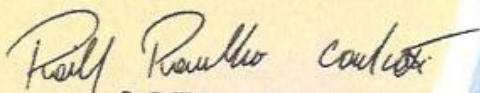
Fnd : AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



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.



*Raiff Ramalho Cavalcanti*

Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti  
Médico Radiologista  
CRM 6320 PB

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



Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 6193414995 LEILSON DA SILVA ANDRADE  
CPF: 016.161.694-19 NIT: 1.637.742.631-4

Situacao: Cessado  
Ident.: 00003625166 PB

OL Mantenedor: 13.0.21.030  
OL Mant. Ant.:  
OL Concessor : 13.0.21.030

APS : APS CAMPINA GRANDE - DINAME SABI  
Banco : 001 BRASIL  
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: COMERCARIO

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





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

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



OCORRÊNCIA Nº 000258/17

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000258/17 registrada em 14/09/2017, que passo a transcrever a seguir: Aos quatorze dias do mês de setembro do ano de 2017, nesta cidade de Aroeiras, estado da Paraíba, no âmbito do Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AROEIRAS, quando encontrava-se presente o Bel. JOÃO CARLOS DE MIRANDA, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, às 10:45 horas, compareceu o Sr. LEILSON DA SILVA ANDRADE, com 27 anos de idade, filho de JOÃO FERNANDES SOUZA DE ANDRADE e MARIA JOSÉ DA SILVA ANDRADE, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AROEIRAS - PB, 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:**

em 14 de setembro de 2017, por volta das 22h30 minutos aproximadamente, quando retornava da cidade de Campina Grande, na cidade de Aroeiras, conduzindo sua MOTO HONDA CG 150 TITAN MIX EX, DE COR CINZA, ANO 2010, placa KLG 9069, CHASSI 9C2KC1640AR007473, licenciada em seu nome e, na localidade do sítio Tatu, em uma fazenda do senhor conhecido popularmente por BETO DE LEOPOLDO, um animal (garrote) que estava em condições de frear, colidiu com o mencionado animal vindo a cair ao solo, ferindo-se gravemente. Foi 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 às 00:22min do dia 25/06/2017. Não possui nenhum posto de UML nesta cidade de Aroeiras para a realização de Perícia. É o teor. Nada mais a declarar, quanto o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada verdadeira, expede 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



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

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



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 Arg: 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 ARAUJO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR. LEILSON  
DA SILVA, ESTEVE SOB TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO  
NESTA UNIDADE, PARA TRATAMENTO DE LOMBALGIA  
DIREITA.

ARACAJU, 13 DE DEZEMBRO DE 2017.

Dr. Dani S. Cavalcanti Jr.  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO 216458-F

12/12/17





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O JR  
LEILAN DA SILVA ANDRADE ESTEVE COO  
TENTAMENTO NESTA UNIDADE PARA COM RENOVO  
DE FERRER DO CAPO.

Aroeiras, 27 de Dezembro de 2017

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.  
FISIOTERAPEUTA  
CREITO: 215458-F

*Davi S. Cavalcanti Jr.*

27/12/17





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASE)

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR  
LEILSON DA SILVA ANDRADE, ESTEVA SOB TRATAMENTO  
NESTA UNIDADE.

AROEIRAS 08 DE JANEIRO DE 2018.

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.  
FISIOTERAPEUTA  
CREFITO 216458 E



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



Pedido de Prorrogação

Requerimento: 182795620  
Benefício N°: 6193414995  
Data: 11/09/2017

Dados do Requerimento	
NIT (PIS/PASEP):	16377426314
Nome:	LEILSON DA SILVA ANDRADE
Endereço:	JOSE GERMANO 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.	
_____ Data	_____ 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 perito.

v2.12.2 - build-time 2017-07-12T20:26:34Z

MP's | INSS

Segunda-feira, 11 de Setembro de 2017





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](http://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





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

DECLARAÇÃO

Atestado.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE LEISON  
DA SILVA ANDRADE, ESTEVE SOB TRATAMENTO  
FISIOTERAPEUTICO NESTA UNIDADE.

AROEIRAS, 06 DE DEZEMBRO DE 2017

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.  
FISIOTERAPEUTA  
CREFIO 216458-1

*Davi S. Cavalcanti Jr.*

06/12/17





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 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](http://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 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





**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

# CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

SEQ: 044022  
DATA: 14/08/2017

NOME	LEILSON DA SILVA ANDRADE	OL	13.021.030	NB	619.341.499-5
(NIT: 1637742631-4)					

COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO **AUXILIO-DOENÇA(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, COMPAREÇA 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.

ÓRGÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA:

**293249 - BRASIL - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB**  
**RUA SETE DE SETEMBRO, 52 1.E 3.ANDARES**  
**VIA SEGURADO** **CENTRO**

Leonardo de Melo Gadelha  
Presidente do INSS

## CÁLCULO DE BENEFÍCIOS SEGUNDO A LEI 9876, DE 29/11/1999 (ATIVIDADE PRINCIPAL)

DATA	SALARIO	INDICE	SAL.CORR	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	1,0045	952,40*
02/2017	861,43	1,0070	867,46	01/2017	835,60	1,0112	844,98	12/2016	735,14	1,0126	744,43
01/2016	762,67	1,0777	821,98	12/2015	1.123,51	1,0874	1.221,78*	11/2015	862,75	1,0995	948,63*
10/2015	1.034,40	1,1080	1.146,12*	09/2015	810,26	1,1136	902,35*	08/2015	864,42	1,1164	965,07*
07/2015	818,18	1,1229	918,75*	06/2015	803,36	1,1315	909,05*	05/2015	807,76	1,1427	990,18*
04/2015	809,68	1,1508	931,84*	03/2015	901,85	1,1682	1.053,59*	02/2015	680,33	1,1819	954,62*
01/2015	912,82	1,1993	1.094,74*	12/2014	831,86	1,2067	1.003,83*	11/2014	830,50	1,2259	1.018,12*
10/2014	836,17	1,2177	1.018,24*	09/2014	922,99	1,2237	1.129,47*	08/2014	631,60	1,5602	985,43*
08/2012	24,85	1,3866	34,45	01/2012	656,09	1,4282	937,04*	07/2010	631,60	1,5602	985,43*
11/2011	1.156,59	1,4436	1.669,75*	10/2011	1.388,44	1,4483	2.010,88*	04/2010	631,60	1,5766	995,79*
06/2010	631,60	1,5585	984,34*	05/2010	631,60	1,5652	988,58*				
03/2010	615,20	1,5878	976,82*	02/2010	615,20	1,5989	983,66*				

\* SALARIOS UTILIZADOS PARA CÁLCULO DA MÉDIA

TOTAL DOS SALARIOS CONTRIBUICAO CORRIGIDOS **31.101,60** DIVIDIDO POR **28**  
SALARIO DE BENEFICIO ( **1.110,77** )  
TEMPO DE SERVICO : 03 GRUPOS DE 12 CONTRIBUICOES  
REND. MENSAL INICIAL (EM: R\$ ) ( **1.110,77 X 0,910** ) **937,00**

\*\*\* NAO HOUVE GERACAO 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





**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

## 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 doenca 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 do beneficio;
- 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 endereco, quando houver;

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

Impresso pela Dataprev

FORM: CON54A





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](http://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



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](http://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 12958136



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**  
Nº Sinistro: **3180207566**  
Vítima: **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 13007161



PETIÇÃO E DOCUMENTOS EM ANEXO.





**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 no 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 no 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.



**EXCELENTÍSSIMO(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



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](mailto: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





**Soares & Bastos  
Cavalcante**  
ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

OAB/PB 17.807

**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

