



ALENCAR, SILVA & SOUSA
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO AD JUDICIA - ET EXTRA

OUTORGANTE:

NOME: Tamires Franciely da Silva

CPF N.º 701.636.904-80

PROFISSÃO: estudante

ESTADO CIVIL: estudante

ENDEREÇO: Rua Aureliana, Perceira das Santas, nº 6, CPRED, m. 1000
Campina Grande-PB, CEP 58.432-667

OUTORGADOS:

HELLINTON DE SOUSA, OAB/PB 23.865, JORGE LUÍS SILVA OAB/PB 23.853 e RUSLAN ALVES DE ALENCAR OAB/PB 24.172, todos com escritório profissional situado a Rua Major Manoel Jovino do Ó, nº 212 (Ed. Matias), Sl. 201, Centro, Campina Grande-PB, CEP 58.400-268 e Rua João Otaviano Pequeno nº 300, Centro, Lagoa Seca-PB, CEP 58.117-000.

Telefones: (83) 98695-7849 e 99905-1018 / 99816-4948 / 998890084.

E-mail: alencarsilvaesousa@gmail.com

PODERES:

Os da Cláusula "ad judicium et extra" e os especiais para o foro em geral, representando e defendendo o(a) outorgante perante o Poder Judiciário, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos judiciais e extrajudiciais, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo também requerer a Justiça Gratuita, nos termos do Art. 5.º, LXXIV da Constituição Federal c/c Art. 98 do Código de Processo Civil, e substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, conferindo-se ao presente instrumento de mandato cláusula "em causa própria", e a sua revogação não terá eficácia, nem se extinguirá pela morte de qualquer das partes.

Campina Grande-PB, 25 de julho de 2019.

Tamires Franciely da Silva
OUTORGANTE





VLENCAR, SILVA & SOUSA
Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Tomires Franciely da Silva,
estado civil estudante, inscrito no CPF sob o n.º
701.636.904-80 e portador do RG n.º 4022041 SSP/AC,
profissão estudante, residente e domiciliado a Rua
Quelma Pires dos Santos, n.º 6, Jardim Camp. Grd. **DECLARO**, nos termos da Lei
n.º 7.115 de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre
na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para
custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha
família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade
pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração
para que produza seus efeitos legais.

Campina Grande-PB, 25, de julho de 2019

Tomires Franciely da Silva
DECLARANTE





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 056-2019	Responsável pelo Levantamento do Acidente: CLAUDINEY DE SOUSA LEANDRO	Posto/Graduação: CB/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RUA ODON BEZERRA/ RUA GETÚLIO CAVALCANTE	Hora 19:50	Bairro LIBERDADE
Município CAMPINA GRANDE	UF PB	
Data/Ocorrência 06/03/2019	Dia da Semana QUARTA	C/S Vítima (QT) COM (01)
Natureza do Acidente COLISÃO LATERAL	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via BOA
Tempo BOM		
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 AUTOMÓVEL + 01 MOTOCICLETA		Controle do Tráfego no Local: SINALIZAÇÃO HORIZONTAL E VERTICAL

CONDUTOR 01

Nome: CARLOS ANDREY REIS RÊGO	Sexo MASCULINO	Nascimento 02/02/1995	RG 3208589	CPF 076024334-40
Endereço: RUA LINO GOMES DA SILVA, Nº 80, APTO 501, RESIDENCIAL DÃO SILVEIRA, SÃO JOSÉ, CAMPINA GRANDE/PB				
1ª Habilitação 28/05/2013	Categoria B	Registro CNH 05790765673	U F PB	Ex.Méd./Dia SIM
Data Vencimento 09/02/2023	Usava Cinto SIM	Usava Capacete		
Exame de Embriaguez Alcoólica Nº DE SÉRIE 114303, Nº TESTE 02757, RESULTADO 0,00MG/L		Destino do Condutor PERMANECEU NO LOCAL		

VEÍCULO 01

Marca/Modelo CHEVROLET/ CRUZE	Espécie AUTOMÓVEL	Placa NQF-4122	Categoria PARTICULAR	Município QUEIMADAS	U F PB
Nome do Proprietário: MASTER SUPERMERCADOS LTDA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013929547227	Renavam 0099486862-6	Data da Emissão 19/02/2018		
Avarias: LATERAL DIREITA, PORTA DIREITA DIANTEIRA E TRASEIRA, RETROVISOR, PARA-LAMA, COLUNA					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Declarou que transitava na rua Getúlio Cavalcante, sentido Jardim Paulistano e ao se aproximar do cruzamento com a rua Odon Bezerra, o semáforo estava aberto para passagem do mesmo, foi quando repentinamente surgiu uma motocicleta que transitava na rua Odon Bezerra e colidiu na lateral direita do seu automóvel que parou e prestou socorro à vítima.

CONDUTOR 02

Nome: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA	Sexo FEMININO	Nascimento 09/05/1996	RG 4022041	CPF 701636904-80
Endereço: RUA QUERUBINA PEREIRA DOS SANTOS, Nº 06, MALVINAS, CAMPINA GRANDE/PB				
1ª Habilitação 13/07/2017	Categoria AB	Registro CNH 06878116297	U F PB	Ex.Méd./Dia SIM
Data Vencimento 17/01/2022	Usava Cinto	Usava Capacete SIM		
Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO REALIZADO - SOB CUIDADOS MÉDICOS		Destino do Condutor HOSPITAL DE TRAUMA		

VEÍCULO 02

Marca/Modelo HONDA FAN 125	Espécie MOTOCICLETA	Placa OFC-2377	Categoria PARTICULAR	Município CAMPINA GRANDE	U F PB
Nome do Proprietário: ALCICLEIDE GOMES LIRA					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 013221878361	Renavam 0047648935-0	Data da Emissão 02/08/2017		
Avarias: GARFO DIANTEIRO, PARA-LAMA, GUIDÃO, PAINEL, TANQUE DANIFICADOS					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Declarou que transitava na rua Odon Bezerra, sentido bairro Catolé, quando no cruzamento com a rua Getúlio Cavalcante a sinalização semafórica segundo a mesma estava amarela para a passagem da mesma foi quando repentinamente surgiu um automóvel que transitava na rua Getúlio Cavalcante, foi quando houve a colisão lateral e a mesma caiu ao solo e foi socorrida ao Hospital de Trauma.



VITIMA 01		
Nome: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA	Sexo FEMININO	Nascimento 09/05/1996
Endereço: RUA QUERUBINA PEREIRA DOS SANTOS, Nº 06, MALVINAS, CAMPINA GRANDE/PB		
Viajava no Veículo Nº V2	Usava Cinto	Usava Capacete SIM
Condição da Vitima: (V2) Condutor () Passageiro () Pedestre		Conduzida Para: HOSPITAL DE TRAUMA

TESTEMUNHA 01			
Nome: ANDERSON COSTA DO Ó		Sexo MASCULINO	Nascimento 10/04/1987
Endereço: RUA JOSÉ ALVES DO NASCIMENTO Nº 241 JARDIM VERDEJANTE, CAMPINA GRANDE/PB			
CPF 014.321.134-02	Identidade 3159475	Órgão Emissor SSP	UF PB

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Informou que estava transitando pela rua Odon Bezerra no sentido bairro da Liberdade e a motocicleta Honda de placa OFC-2377 que estava a sua frente, avançou o semáforo e houve a colisão em seguida prestou socorro à vítima.

CONSTATADO

Conforme levantamento realizado no local, baseado nas declarações dos condutores e testemunha, ficou constatado que o V1 (Chevrolet/Cruze) transitava pela via "A" rua Getúlio Cavalcante, sentido bairro Jardim Paulistano e o V2 (Motocicleta Honda) transitava pela via "B" rua Odon Bezerra, no sentido Liberdade e ao chegarem no cruzamento das ruas supracitadas houve a colisão lateral.

Ao chegar no local observei que a sinalização semafórica estava funcionando normalmente.

O condutor do automóvel permaneceu no local e a condutora da motocicleta foi socorrida pelo Samu e encaminhada ao Hospital de Trauma.

Segue croqui anexo.

Campina Grande – PB, 12 de março de 2019.

Audrey de Sousa Leandro
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 056 /2019

DANOS NO V1

Marca/Modelo: CHEVROLET/CRUZE Placa: NQF-4122/PB Responsável pelo Preenchimento: CB CLAUDINEY Data: 06/03/2019

AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		X		12	Longarina traseira esquerda		X	
02	Longarina dianteira esquerda		X		13	Assoalho porta malas ou caçamba		X	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		X		14	Longarina traseira direita		X	
04	Estrutura da soleira esquerda		X		15	Caixa de roda traseira direita		X	
05	Air Bags frontais		X		16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
06	Air Bags laterais		X		17	Estrutura da soleira direita		X	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		18	Estrutura da coluna central direita		X	
08	Estrutura da coluna central esquerda		X		19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		20	Assoalho central direito		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		21	Caixa de roda dianteira direita		X	
11	Assoalho central esquerdo		X		22	Longarina dianteira direita		X	
					Total Geral (Sim + NA)				

Observações:

0=DANO DE PEQUENA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 ->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 ->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas >6 ->DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: HONDA FAN 125 Placa: OFC-2377/PB Responsável pelo Preenchimento: CB CLAUDINEY Data: 06/03/2019

MOTOCICLETAS E VEÍCULOS ASSEMELHADOS

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item		Avaliação			Item		Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	X			05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		X		06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		07	Eixo traseiro (tríciclos)			
04	Coluna de direção		X		Total Geral (Sim + NA) 01				

Observações:

01=DANO DE MÉDIA MONTA

AValiação POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 ->DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 ->DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 ->DANO DE GRANDE MONTA

Campina Grande - PB, 12 de março de 2019.

Claudio de Sousa Leandro
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº056/2019

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua Getúlio Cavalcante - 10,00 metros

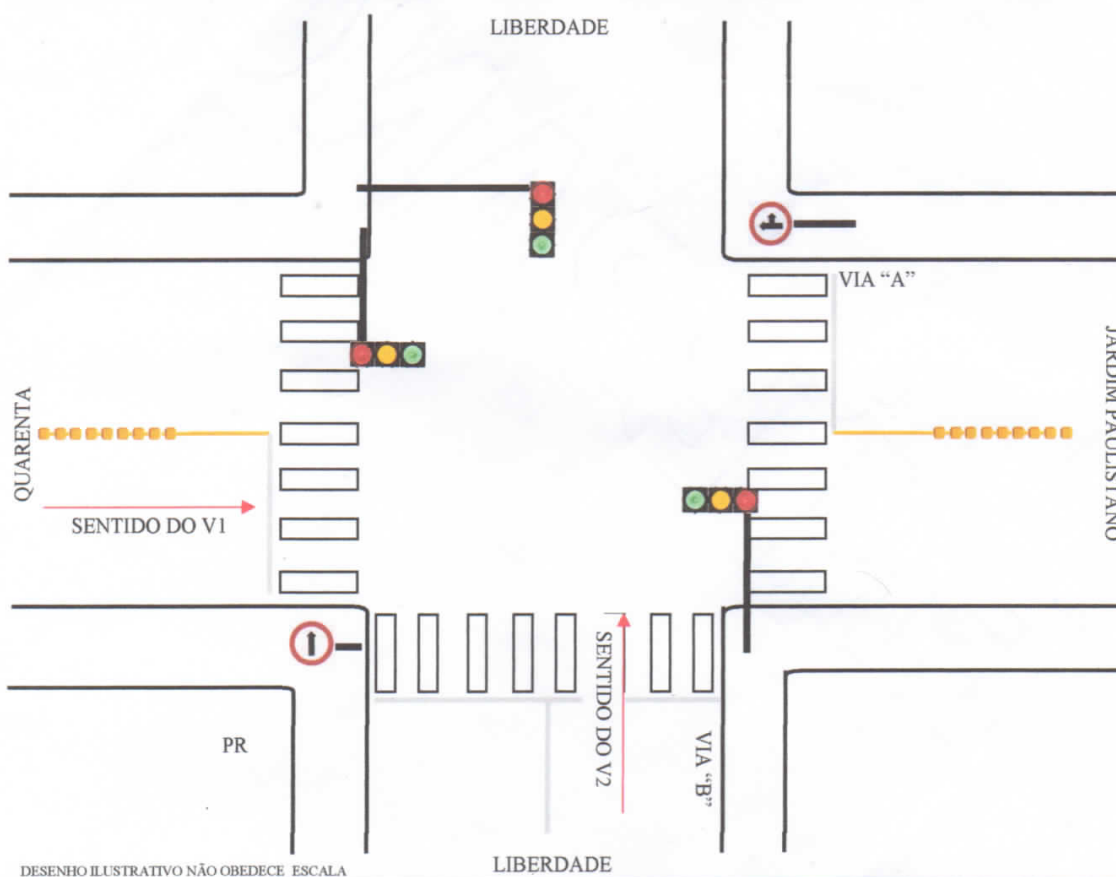
VIA "B" - Rua Odom Bezerra - 10,00 metros

PR (Ponto de Referência): Bolo Mania

PA (Ponto de Amarração): Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Retirado do Local

V2 (Veículo 02) Retirado do Local



AVARIAS



Claudiney de Souza Leandro
CB PM Claudiney de Souza Leandro
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº056/2019

FOTOS DO V2



Claudiney de Sousa Leandro
CB PM CLAUDINEY DE SOUSA LEANDRO
Responsável pelo Levantamento





ASAPARA POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº056/2019

FOTOS DO V1



Claudney de Sousa Leandro
CB PM CLAUDINEY DE SOUSA LEANDRO
Responsável pelo Levantamento





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	6/3/2019	HORA:	19:48 HRS	ID Nº:	1760006
NOME:	TAMIRES FRANCIELY DA SILVA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	R - ODON BEZERRA - LIBERDADE				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/ PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 25 de abril de 2019.



Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192-CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente no tipo de
fx. de tipo fibril (F)
fs com boa evolução
CD. Mantida

ALERGIA: _____

MEDICAMENTOS: _____

PAATOLOGIAS: _____

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas () _____

Alargamento PA HGT: _____ Sat02 _____

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais _____

() Gasometria arterial _____

() Tomografia Computadorizada _____

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ às _____ Dia ____/____/____

Especialista: _____ às _____ Dia ____/____/____

MÉDICO SOLICITANTE _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2	50319	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONT (B.E) Nº:1853663 CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente : Joice Da Silva Oliveira

Nascimento: 09/05/1996

Telefone: 87613931

Bairro: MALVINAS

Nº: 6

Profissão: ESTUDANTE

CNS: 708505377696277

CONVÊNIO: SUS

Especialidade:

Sexo: F

Idade: 022

RG: 4022041

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: FRANCINETE DA SILVA E SILVA

CPF:

Data de Atendi: 06/03/2019

Hora: 20:43:10

CRM:

Responsável:

Estado Civil: Solteiro(a)

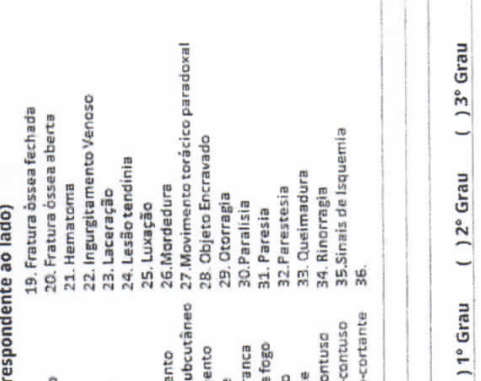
Motivo: RETORNO ORTOPEDIA

Médico:

OBS FICHA: Este Atendimento está vinculado ao Atendimento de Nº 1847183

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Crepitação

6. Dor

7. Edema

8. Empalhamento

9. Enfisema subcutâneo

10. Esmagamento

11. Equimose

12. F. Arma branca

13. F. Arma de fogo

14. F. Cortado

15. F. Cortante

16. F. Corte-contuso

17. F. Perfuro-contuso

18.. F. Perfuro-cortante

19. Fratura óssea fechada

20. Fratura óssea aberta

21. Hematoma

22. Ingurgitamento Venoso

23. Laceração

24. Lesão tendinosa

25. Luxação

26. Mordedura

27. Movimento torácico paradoxal

28. Objeto Encravado

29. Otorragia

30. Paralisia

31. Parestia

32. Parestesia

33. Queimadura

34. Rinorragia

35. Sinais de Isquemia

36.

OBS:

QUEIMADURA: _____ Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

Superfície corporal lesada = _____ %

DIAGNÓSTICO / CID: _____



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Recetário Simples

P/ Tamiara Freire

Solicito

Fisioterapia Motor

Dx: fr de Rádio Ulnar

Ganho: ADM direito

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

19.04.19
Data

Médico





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: _____

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: _____ UF: _____
CRM-PB 8643

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Dr. Wagner Falcão
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: _____

19/10/2019

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____

DATA: ____/____/____

MOD 083





GOVERNO DA PARAÍBA **SEGUE** *o trabalho*

PACIENTE: TAMIRES FRANCIELY DÁ SILVA

DATA DO EXAME: 06.03.2019

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.

RADIOGRAFIA DE COL. CERVICAL

- Inversão da lordose cervical na posição de estudo.
- Ausência de alterações morfológicas e texturais.
- Espaços intervertebrais preservados.

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- **Fratura do radio distal, com desvio dorsal.**
- **Fratura alinhada do processo estilóide da ulna**
- Relações articulares conservadas.

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. William R T Neto
CRM/PB: 6733

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101

157

91





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

701.636.904.80

4 - Nome completo da vítima:

Tamires Francely da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Tamires Francely da Silva

6 - CPF:

701.636.904.80

7 - Profissão:

Recuse infirmar

8 - Endereço:

Rua Quebema dos Santos

9 - Número:

06

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Malvinas

12 - Cidade:

Campina Grande

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58400.000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0434

013

CONTA: 106.616

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Imprimir e assinar digitalmente a vítima ou beneficiário no formulário

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Campina Grande
10/06/19
Tamires Francely da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

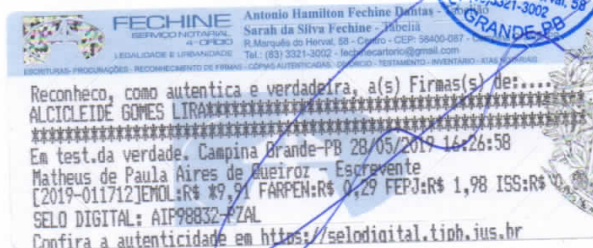
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Alcicleide Gomes Lira,
RG nº 2527912, data de expedição 25/02/2013.
Órgão SSDS PB, portador do CPF nº 03526619417.
com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de
PARRIBA PB, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
B. SANTA ROSA RUA DAMASCO, nº 952.
complemento CASA. declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Amiries Franeley da Silva, cujo o condutor era
Amiries Franeley da Silva.
Veículo: MOTO Modelo: Honda EG 125 FAN RS Ano: 2012/2012
Placa: DFE23FF/PB Chassi: 9C2Je4110ER581123
Data do Acidente: 06/03/2019

Local e Data: CAMPINA GRANDE 28/05/2019

X Alcicleide Gomes Lira
Assinatura do Declarante

T.S.D.
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

P-234




Alcleide Gomes Lira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.527.912 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/02/2019

NOME ALCLEIDE GOMES LIRA

FILIAÇÃO ANTONIO GOMES DA SILVA
MARIA DA GUIA XAVIER GOMES

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO 28/03/1977

DOC. ORIGEM CERT. CAS. Nº21548 - LV/41 - FLS.7TV - CARTÓRIO 2º CAMPINA GRANDE-PB

CPF 036.286.194-17

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 2.346 DE 29/08/83

A+



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 010099878787

55790630887
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1
0047648935-0 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
ALCICLEIDE GOMES LIRA
RUA ANTONIO EVARISTO 387 CASA
SANTA ROSA
58107125 CAMPINA GRANDE-PB

CPF/CNPJ 03526619417 PLACA OFC2377/PB

NOME ANTERIOR
CLAUDIO PROENÇA AURELIANO

PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2JC4110CR581123

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 PAN KS ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP/POT/CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA
N.Motor : JC41E1C581123 0

CAMPINA GRANDE-PB DATA 19/08/2013
70405 39440



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221878361
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PLACA: **0047648935-0 00/00000000 2017**

NOME: **ALCICLEIDE GOMES LIRA**

CPF / CNPJ: **03526619417** RG: **OFC2377/PB**

NOVO: **NOVA ANT / LUB: PB 9C2JC4110CR581123**

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2012

2 P/124 /CI PARTICIP PRETA

COTA ÚNICA: **00/00/0000** VENC / COTAS: **1º**

PARCELAMENTO / COTAS: **2º**

3º

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

CAMPINA 02/08/2017

704 35441



PB Nº 013221878361 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

SEEN:

2017-02/08/2017

SOIS 8 / 0CSTGOWTTCBRTTID
1/A-03526619417F/CNPJ OFC2377/PB
0001000000P0 HONDA/CG 125 FAN KS
00476489350 HONDA/CG 125 FAN KS
0000000000P0 HONDA/CG 125 FAN KS
2012 9 9C2JC4110CR581123
SOTJ 05/08/SOJA

PRÊMIO TARIFÁRIO

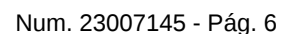
FNS (R\$)	DENATHAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURODO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA	PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

35441-17083205-20170802

JAN / 2017





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377065

Vítima: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14455447





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190377065

Vítima: TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

Data do Acidente: 06/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), TAMIRES FRANCIELY DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00351/00352 - carta_04 - INVALIDEZ

00070176



Carta nº 14488793





Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara de Fazenda Pública de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817831-70.2019.8.15.0001

DECISÃO

Vistos etc.

Verifica-se que não se encontra em nenhum dos polos da demanda, qualquer dos entes referidos no artigo **165 da LOJE**, restando se reconhecer a incompetência absoluta deste juízo para conhecer da demanda.

Ante o exposto, com espeque no art. 64, § 1º do CPC, declino da competência deste juízo para conhecer da demanda e determino a remessa dos autos a uma das Varas Cíveis desta Comarca, para o que se entender de direito.

Redistribua-se. Cumpra-se.

CG, 29 de julho de 2019.

*Juiz **Ruy Jander**Teixeira da Rocha.*





Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara de Fazenda Pública de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0817831-70.2019.8.15.0001

DECISÃO

Vistos etc.

Verifica-se que não se encontra em nenhum dos polos da demanda, qualquer dos entes referidos no artigo **165 da LOJE**, restando se reconhecer a incompetência absoluta deste juízo para conhecer da demanda.

Ante o exposto, com espeque no art. 64, § 1º do CPC, declino da competência deste juízo para conhecer da demanda e determino a remessa dos autos a uma das Varas Cíveis desta Comarca, para o que se entender de direito.

Redistribua-se. Cumpra-se.

CG, 29 de julho de 2019.

*Juiz **Ruy Jander**Teixeira da Rocha.*



DESPACHO

Vistos etc.

Observando a priori estarem presentes os elementos/requisitos necessários a concessão da gratuidade requerida, defiro referido benefício em prol da parte Autora.

1)- Verificando que a petição inicial preenche os requisitos essenciais, não sendo o caso de improcedência liminar do pedido, bem como reconhecendo, pela praxe foreira, que a presente lide encontra-se dentre as que se mostram pouco provável a possibilidade de conciliação, entendo por justificável a supressão desse ato – que poderá ser realizado a posteriori por iniciativa das partes ou deste Juízo.

2) No mais, cite-se o réu para, em 15 (quinze) dias, apresentar, querendo, defesa, nos termos da Lei, sob pena de confissão e revelia (Art. 344 do CPC), ressalvadas as exceções previstas no Art. 345 do CPC.

3) Tanto que apresentada a contestação, intime-se o Promovente para impugnação no prazo de 15 (quinze) dias.

Intimações e demais diligências necessárias.

Campina Grande, **Data Eletrônica.**

THANA MICHELLE CARNEIRO RODRIGUES

Juíza de Direito – 3ª Vara Cível.



Ciente do despacho.

