

PROCURAÇÃO PARA FORO EM GERAL

Outorgante: SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 3001013, SSP/PB e do CPF nº. 068.065.414-37, residente e domiciliado no Sítio Catolé da Pista, Zona Rural, CEP: 58.735-000 Teixeira – PB.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu (s) bastante (s) procurador (es): **RENNAN CÁSSIO MAIA OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB, sob Nº. 23.153, com Escritório Profissional situado na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 40, Centro de Teixeira – PB, CEP 58.735-000, aos quais confere poderes para o foro em geral, tais quais os da cláusula *ad judicia* e *et extra*, nos termos do artigo 38, inclusive parte final do Código de Processo Civil, podendo contestar, transigir, desistir, receber e dar quitação, receber intimações, notificações, firmar compromisso de inventariante, bem como de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventários e arrolamentos, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representando o outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas federais, estaduais e municipais, conjunta ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes, com poderes especiais para ofertar contestação, bem como pedido contraposto de ação de guarda.

Teixeira – PB, 04 de julho de 2017.

Suemarcos Carneiro da Silva.
- Outorgante -



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu **SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 3001013, SSP/PB e do CPF nº. 068.065.414-37, residente e domiciliado no Sítio Catolé da Pista, Zona Rural, CEP: 58.735-000 Teixeira – PB, declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Teixeira – PB, 06 de junho de 2017

Suemarcos Carneiro da Silva

- Declarante -



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 3001013, SSP/PB e do CPF nº. 068.065.414-37, residente e domiciliado no Sítio Catolé da Pista, Zona Rural, CEP: 58.735-000 Teixeira – PB, **DECLARO** com base na Lei nº. 7.115/1983 (Lei da Desburocratização) que sou residente e domiciliado no endereço supra mencionado.

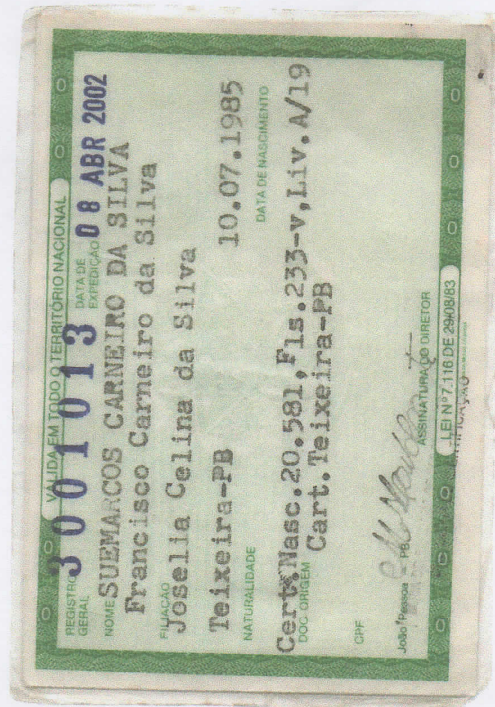
Por ser a expressão da verdade, firmo a presente para efeitos legais, aonde atesta que vive e reside verdadeiramente no endereço supra mencionado, assumindo qualquer responsabilidade cível e criminal.

Teixeira – PB, 06 de junho 2017.

Suemarcos Carneiro da Silva
- Declarante -









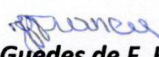
CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2017 constatei a Ocorrência Policial nº **138/2017** cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos 10 dias do mês de abril do ano de dois mil e dezessete nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. **JOÁIS MARQUES D EBARROS**, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 09h30min compareceu: **SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA**, brasileiro, nascido em 10/07/1985, solteiro, agricultor, natural de Teixeira/PB, filho de Francisco Carneiro da Silva e de Joselia Celina da Silva, residente no Sítio Catolé da Pista – Teixeira/PB. Para informar a seguinte ocorrência: **QUE o noticiante disse que na data de 24/09/2016 por volta das 19:00 horas, conduzia a motocicleta Honda CG 125 Titan, ano 1998, modelo 1999, cor azul, placa KLZ4780/PE, chassi 9C2JC250XWR022992, licenciada em nome de Bianou de Medeiros Dantas, trafegando pela rodovia PB 238, no sentido Desterro/Teixeira/PB, quando o pneu da motocicleta caiu em um buraco existente no asfalto, tendo o noticiante perdido o controle da motocicleta e caído; QUE sofreu fratura no joelho e tibia da perna esquerda; QUE foi socorrido para o Hospital de Taperoá/PB e depois transferido para o Hospital Regional de Patos/PB, devido a gravidade dos ferimentos sofridos; QUE após receber alta hospitalar procurou pela pessoa constante no documento da motocicleta como proprietário, mas não obteve sucesso . E nada mais foi registrado. TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).**

Teixeira-PB, 10 de abril de 2017.

NOTICIANTE:

Suemarcos Carneiro da Silva


Janduilma Guedes de F. Rodrigues
Escrivã de Polícia
Mat. 139.419-3



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PE N.º 5931240990

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1	COD. RENAVAM 707609712	R.T.B. *****
NOME/ENDEREÇO BIANDU DE MEDEIROS DANTAS R CICERO DAVID 29 CS-CENTRO SAO JOSE EGITO-PE 56700-000		
CPF/CCE 222.273.504-13	PLACA KLZ4780	
NOME ANTERIOR RENATO DE CARVALHO DE SAUTALIA		
PLACA ANT./UF *****	CHASSI 9B2JC250XWR022092	
ESPECIE TIPO CAR/MOTOCICLETA/VER ORI		COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN		ANO FAB - ANO MOD 1998 1999
CAP/POT/GIL 2P/124CL 20055181	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE AZUL
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA GUARDE EM LOCAL SECO E SECUR		
LOCAL SAO JOSE EGITO		DATA 27/01/01

Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 27/11/2017 19:37:29
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17112719225343100000010919323
Número do documento: 17112719225343100000010919323



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

F.A.A.....: 112534 Prontuario.: 33809 Profissão: AGRICULTOR
 Nome.....: SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA Cor: NEGRO
 Nasce.....: 10/07/1985 Idade.: 31a 8m SEXO.: M Estado Civil: UNIAO ESTA
 Endereço.: SITIO CATOLE DA PISTA n°SN Bairro.: ZONA RURAL
 Cidade.....: TEIXEIRA U.F.: PB Cep.: 58735000
 Telefone.: Celular.: R.G.: 3001013
 Mãe.....: JOSELIA SELINA DA SILVA N°Cartão do Sus: 898003460780721
 Pai.....:

DADOS DO ATENDIMENTO

Data.....: 24/09/2016 Horário: 20:09 Operador.: JOBSON
 Carater...: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço.: CONSULTA
 Convenio.: SUS AMBULATORIO

SINAIS VITAIS PA=130 X 100 mmHg T= FC= SPO₂=
 DUM DPP Horário Triagem: 20:17

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA, COM QUEIXAS DE DORES NA FIBULA, TIBIA E JOELHO ESQUERDO, APÓS ACIDENTE DE MOTO.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)
 RX DE JOELHO ESQUERDO.

RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1° VOLTAREN 01 FA, IM
 2°
 3°
 4°

Valquiria Amaro Gomes
 Tec. ENFERMAGEM
 COREN-PB 723781

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO
 FRATURA?

CID-10.:

MEDICAÇÃO:

(X) PRESCRITA (X) APLICADA

ENCAMINHAMENTO

() OBSERVAÇÃO () RESIDÊNCIA
 () INTERNAÇÃO () OUTRO HOSPITAL
 () ÓBITO () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 0303060029
 2 -
 3 -

Horário do Atendimento Médico: 22:36

Dr. Nereu Luna Nkumu
 MÉDICO
 CRM-PB 9822

Suemarcos Carneiro da Silva
 ASS. DO PACIENTE / AC. OU RESPONSÁVEL





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 81189

Data/Hora 25/9/2016 13:11:44

Ocorrência: URGENCIA

Servidor do Dr.:

Paciente: SUEMARGOS CARNEIRO DA SILVA

Idade: 31 Sexo M

Filiação

Pai: FRANCISCO CARNEIRO DA SILVA
Mãe: JOSELIA CELINA DA SILVA

Endereço

Cidade: TEIXEIRA - PB - 58735-000 - 2516706
Endereço: SÍTIO CATOLE
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: TEIXEIRA - PB
Fone:

N.:

Documentos

CNS: 700-0034-1407-1309
Identidade:
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 10/7/1985
Cor: PARDA
Estado Civil: UNIAO ESTAVEL
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Pte. úmida de base, com guxa de dor + líquido hialino
em pto (E).

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Ex. NV com fimo MTX

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Tratado do plausito hial + espuma de fimo (E)

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em, 02 / 10 / 16

Recepcionista: ISRAEL





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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

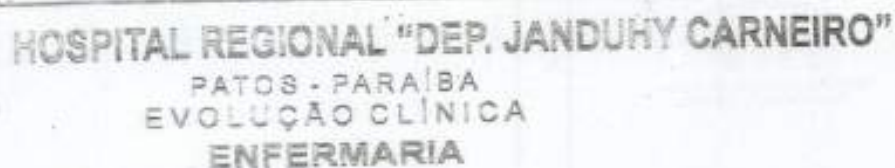
Nome: <u>SOMENES CARNEIRO</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>30/05/2016</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Fábio Spá</u>	1º Auxiliar	
Anestesista <u>Dr. Félix</u>	Tipo de Anestesia <u>240-67-637013</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura Pulo distal do fêmur esquerdo</u>		
Tipo de Cirurgia <u>osteossintese Pulo distal</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>sem</u>		
Relatório Imediato do Patologista <u>Não</u>		
Exame Radiológico no Ato <u>Sim</u>		
Acidente Durante a Cirurgia <u>Não</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais	
1. Acesso em decúbito dorsal, pele clorada	
2. Abertura da incisão	
3. Exatidão da incisão	
4. Via de acesso posterior, pele clorada	
5. Redução da fratura e osteossíntese Pulo distal com placa de 8,5 mm e parafusos corticais e bloqueados	
6. Sutura da ferida com 5/0	
7. Bandagem	
8. Sutura da pele	

Dr. Fábio de Moura Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6112





LEITO: _____

REG.: _____

HORA

17/05/80

Orupudun

Pela ação de hormônios, como o cortisol e a aldosterona e também pela ação da glândula tireoide.

Re + rre exterioriza form de plantio
fibre + resina de fibra (E).

Q. 4) Impulse-mo

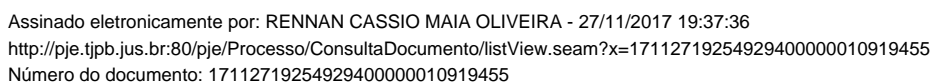
2) Integrando

3. Sub to 2

09-08-2016 - 07/11/16

Podrubi, J. D.D., 3.11.2020
Fotografiranje umov - oblike iz umov
C.D. Martin

Dr. Fábio de Moura Sosa
CNPJ nº 07.119.019/0001-91







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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Suemarcos Carneiro da Silva

DA CLÍNICA _____
A CLÍNICA _____

ENFERMARIA AMARELA
LEITO 06

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Pré-op.

Dr. Fabiano Cavalcanti
Médico - Cardiologista
CRM-PB 11154

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

31 anos
Pré-op. fraturas MIE
AMP. MDU.
UGD. MDU.

ALERGIA: NENHUMA

AGU. RCR-25, sem dor

ECG: Normal

CONCLUSÃO - Baixo Risco.

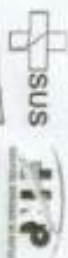
28/07/16

Dr. Fabrício da Nobrega Carvalho
Cardiologia - Hemodinâmica
CRM-PB - 6169

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2505473

CNPJ 08.778.268/0023/78

NOME HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

ENDEREÇO RUA HORACIO NOBRECA, S/N

CIDADE PATOS

ESTADO PARAIBA

UF 25

Atendimento: URGENCIA

Paciente: SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA

Mae: JOSELA CELINA DA SILVA

Cor: PARDA

Sexo: M

Profissao: AGRICULTOR(A)

Endereco: SÍTIO CATOLE

Barrio: ZONA RURAL

Cidade: TEXEIRA - PB - 58735-000 - 2516706

CNS: 700-0034-1407-1309

Data / Hora: 20/10/2016 07:43:10

Identidade:

Reg. Nasc.:

Recepção: KATIA

Ficha Número: 171602

81169

PESO:

PA:

TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGENCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

1 - PRESCRITA

2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

1 - OBSERVAÇÃO

2 - OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

3 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	10034	900073
2 -		
3 -		

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

STENIO GUY WANDERLEY DE ARAÚJO - 1925 230 1961-8714-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direto

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

CROMUS

PEDIDO DE VENDAS

Materials Médico Hospitalar EIRELI

2

NF N°

354

Penetration

81189

Hospital

Hospital Regional de Patate

Handbook

1290

Paciente

Sumários Carneiro da Cunha

Date:

30/09/18

Mexico

Vegetable Spices

1729

Convênio

243

Procediments

110. Criniceo: c/ vir. nat: tibia

QUANT.	DESCRIÇÃO DO MATERIAL	COD	V. UNIT	V. TOTAL
01	placa 1" 3 Fums	0702031003		
01	paraf 4,5x36			
01	" 4,5x46			
01	" 4,5x70			
01	disponso 2/6x65			
01	" 1/6x70			

IND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibo/PE - CEP 54765-138

PHONE: (81) 3129-2456

E-mail: crumadidu@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc. Estadual 0574749-07

1ª Branda - Fabricamento : 2ª Via Amarela - Hospital : 3ª Via Rosa - Comerciai



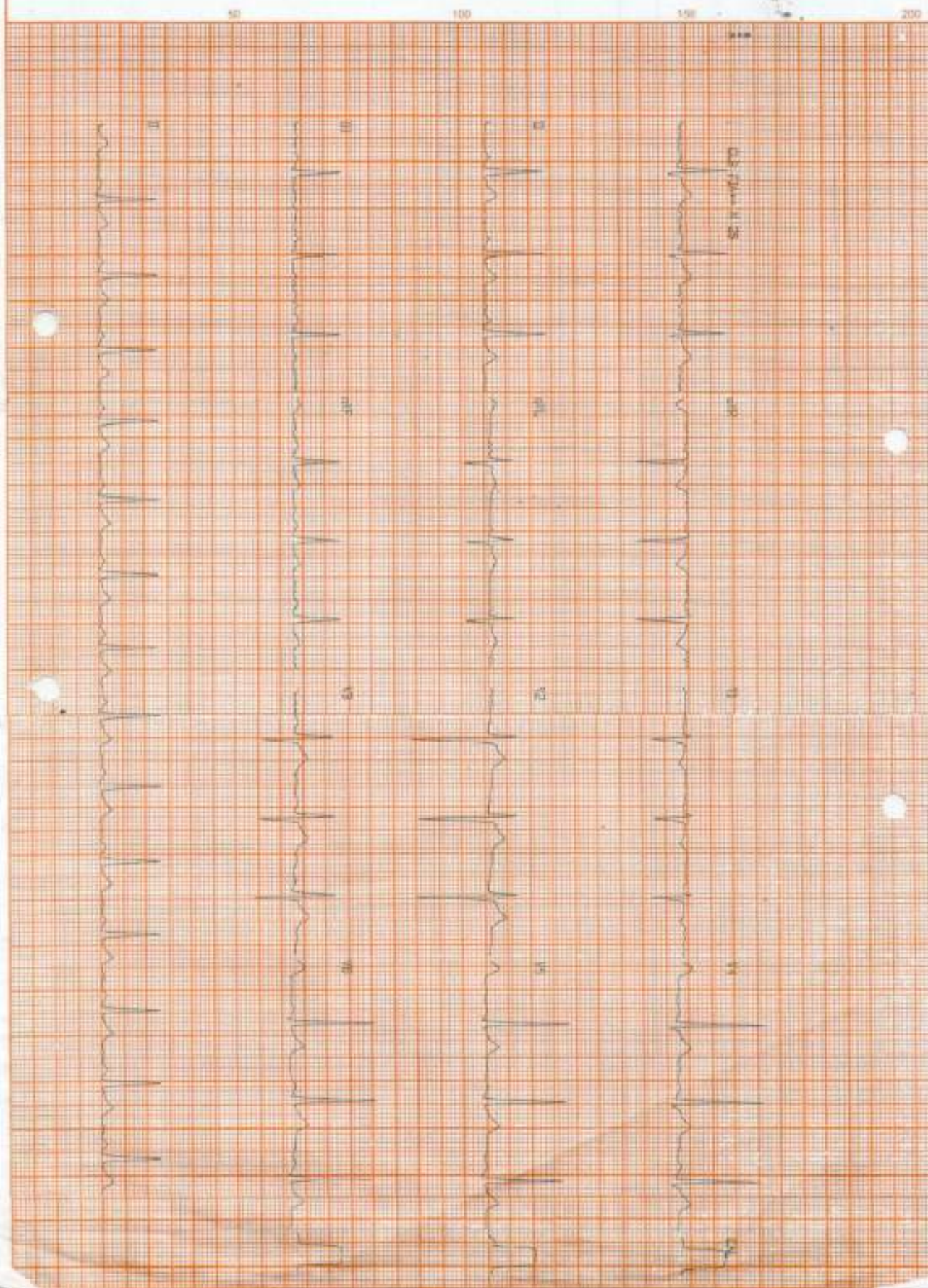
Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 27/11/2017 19:37:36

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17112719254929400000010919455>

Número do documento: 17112719254929400000010919455

Num. 11171825 - Pág. 7

Idade: 32 anos Data: 26/09/16 Hora: 3:55





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

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

Protocolo: 0000140801
Data: 26-09-2016 11:04
Idade: 31 anos

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

BIOQUIMICA

GLICOSE 90 mg/dl

[DATA DA COLETA: 26/09/2016 11:04]

Material: Soro

Método: AUTOMATIZADO

Valores de Referência:
Glicemia de jejum:

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


Dr. Cleison-Vilberto de
Oliveira Silva
CRP-PB 2302

Rua Juvenal Lado, 5/N - Belo Horizonte, 5/N - Patos - PB - CEP: 58.704-470 - Fone: (83) 3423.2837





SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS



Paciente:	SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA	Nascimento:	10/07/1985	Idade:	31	Sexo:	F
Medico:	FELIPE GUEDES	Cod. Pac.:	10114	Protocolo:	22334		
Laboratorio:	INTERNO			26/09/2016	08:27:14		
Enfermaria:	AMARELA	Leito:	6				

HEMATOLOGIA

TEMPO PROTROMBINA/TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO 10.1 segundo
Referencia: 11 a 15 segundos

CONTROLE 10 segundos
Metodo: QUICK Referencia: 11 a 15 segundos

ATIVIDADE ENZIMATICA DA PROTROMBINA 97 %
Referencia: 75 a 100 %

INR 1.02

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVO 26.6 segundos
Material: PLASMA - CITRATO Referencia: 25 a 35 segundos
Metodo: BEL E ALTON
Relação Plasma
Paciente/Normal
Referencia: 0,9 a 1,2

Livina Saldanha
Biotecnica
CRS 5112





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Sr(a): SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA
Dra(a): NÃO INFORMADO
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000140801
Data: 26-09-2016 11:04
Idade: 31 anos
RG: NÃO INFORMADO
Origem: 00 - unidade central
Destino: 00 - unidade central

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 26/09/2016 11:03]

SÉRIE VERMELHA

	Resultados	Valores de Referência
Eritrócitos	4,39 milhões/mm ³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina	12,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito	38,5 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.	88 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.	29 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.	33 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL
RDW	11,3 %	Isoctose : 11,5 à 15,0 %

SÉRIE BRANCA

	Resultados	Valores de Referência
Leucócitos	7.100 /mm ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos		
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	0	0
Segmentados	66,0	4,686 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos	1,0	71 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos	0	0 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos		
Típicos	30,0	2.130 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Atípicos	0	0
Monócitos	3,0	213 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³

PLAQUETAS, CONTAGEM DE 318.000 /mm³

Método: AUTOMATIZADO

Material: Sangue Total

Valores de Referência:
150.000 à 450.000/mm³

Janilson Abrantes Diniz
CRF-PA 3489

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA,
portador da carteira de identidade nº 3001013 e inscrito no
CPF nº 068.065.414-37, residente e domiciliado na
SEITIO CATOLE

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

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Suemarcos Carneiro da Silva
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

TEIXEIRA-PB 10/04/17
Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA,

RG nº 3001013, data de expedição 08/04/02,
Órgão SSP-PB, CPF nº 068.065.414-37, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO CATOLE</u>
Número	<u>SIN</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>TEIXEIRA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58735000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 999834104 / (83) 998374432</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TEIXEIRA-PB 10/04/2017.

X SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA

Assinatura do Declarante



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/04/2017 AUTO-ATENDIMENTO 12.59.49
115670578 094

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO
AGENCIA: 1156-8 CONTA: 13.809-6
CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO
AGENCIA: 1156-8 CONTA: 25.390-1 VAR: 51
CLIENTE: SUEMARCOS CARNEIRO SILVA
VALOR: 1,00

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3001013 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 08/04/02 E
 CPF 068065414-37 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECUSADO
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSADO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1156-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 25.390-1

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

TESSEIRA-PB, 10 de ABRIL de 2017 X SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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



Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 27/11/2017 19:37:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17112719282013500000010919588>

Número do documento: 17112719282013500000010919588



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170290774 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 06806541437**Posição em 27-11-2017 20:15:12**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vitima	Não Conforme	

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

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



ASSINE NOSSA NEWSLETTER

<input type="text" value="Nome"/>	
<input type="text" value="E-mail"/>	
<input type="text" value="AC"/>	<input type="text" value="Cidade"/>
<input type="button" value="Enviar"/>	

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

(<https://www.facebook.com/SeguradoraLiderDPVAT/>)
(<https://twitter.com/SeguradoraLiderDPVAT>)
(<https://www.youtube.com/user/SeguradoraLiderDPVAT>)
(<https://www.instagram.com/SeguradoraLiderDPVAT/>)
(<https://www.linkedin.com/company/seguradoralider/>)
(<https://www.pinterest.com/SeguradoraLiderDPVAT/>)
(<https://www.tumblr.com/SeguradoraLiderDPVAT/>)
(<https://www.vimeo.com/SeguradoraLiderDPVAT/>)
(<https://www.dailymotion.com/SeguradoraLiderDPVAT/>)
(<https://www.twitch.tv/SeguradoraLiderDPVAT/>)
(<https://www.youtube.com/watch?v=10845224%2cid%3A2-1-2%2ctarId%3A1467409339633%2ctas%3ASeguradora%20%2C3%ADder>)

Serviços

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

Dúvidas e Respostas

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

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › SAC DPVAT (/Contato/Sac-DPVAT)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraudes)

Assine nossa Newsletter

<input type="text" value="Nome"/>
<input type="text" value="E-mail"/>
<input type="text" value="AC"/>





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE TEIXEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Sr.(a) Atestado Médico.

Atesto para os devidos fins
que o Sr. SENE MORAES CAMPOS
da Silva, está impossibilitado de
de atividades rurais por ser
portador de limitação de mobilidade
física, por ser portador de
epilepsia, tendo no momento
impossibilidade de condução
de moto C/CID 10. N 823. O
mesmo submeter-se a cirurgia
e colocação de prótese no local
do fêmur. O mesmo deve afastar-se
de suas atividades por 120 dias.
9x, 05.04-2017

Maria da Salete de Lucena Batista
CRM-PB 2129 - C.F. 131.091.894-9
SUS 7024013-4665322

MÉDICO - CRM





HRP
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SUS  Sistema
Único
de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)
Sr.(a) Suzenete Carneiro de Fátima portador(a) da
identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi
atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S82.1, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 80
(NOventa) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 20/10/14.

Stênio W. Araújo
CRM 1438 / CBO 223145
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CNS 50870017710000

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA



DESPACHO

Vistos *etc.*

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, NCPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício, aptos a autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, NCPC).

Observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas, mesmo tendo a parte autora manifestado seu interesse na composição consensual, verifica-se que eventual conciliação só seria obtida após a produção da prova técnico-pericial, afigurando-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, *caput*, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF)) a designação exclusiva de **audiência de conciliação**, quando já se anuncia infrutífera sua realização. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como **fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, NCPC)**, motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, NCPC).

Cite-se a parte acionada para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 231, NCPC, devendo constar ainda do mandado ou carta, além dos requisitos do art. 250, NCPC, a ressalva do art. 344, NCPC, no sentido de que, “*se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor*”.

Cumpra-se.

Teixeira/PB, data e assinatura digitais.

Carlos Gustavo Guimarães Albergaria Barreto

Juiz de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
Vara Única de Teixeira

PROCESSO Nº 0801227-96.2017.8.15.0391

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL]

AUTOR: SUEMARCOS CARNEIRO DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 275 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, nos termos do artigo 222 e seguintes, do CPC. A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do art. 285 do CPC.

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

Encaminha-se anexa cópia da petição inicial.

TEIXEIRA-PB, 2 de março de 2020.



JOSE ROMUALDO CANDIDO PEREIRA
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

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

XXXXXXXXXXXXXX

