


PROCURAÇÃO AD-JUDICIA

OUTORGANTE: O Sr. **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG sob nº 639.420 (SSP-PB), inscrito no CPF sob nº 338.677.634-53, residente e domiciliado na Rua Monte Alegre, 109, Centro, na cidade de Mulungu-PB, CEP nº 58.354-000.

OUTORGADOS: O Sr. **RAILSON SANTOS DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, portador do CPF sob nº 094.162.764-05, inscrito na OAB/PB sob nº 22.640, o Sr. **EDWARD DE CARVALHO ANDRADE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do CPF sob nº 097.037.364-32, inscrito na OAB/PB sob nº 22.299 e o Sr. **TÁSSIO PEREIRA LEITE**, brasileiro, solteiro, advogado, portador do CPF sob nº 059.643.154-61, inscrito na OAB/PB sob nº 24.365, todos com endereço profissional na Rua Eptácio Pessoa, 19, sala 1, centro, Ed. Ana Teotônio na cidade de Guarabira, CEP 58.200-000.

PODERES: Pelo presente instrumento de mandato, a outorgante nomeia e constitui o outorgado, como seu advogado e procurador, a quem confere amplos e ilimitados poderes para o fôro em geral, com cláusula *ad-judicia*, afim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos da outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário, ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como, substabelecer a presente, com ou sem reserva de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Guarabira-PB, 03 de Outubro de 2019.



OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG sob nº 639.420 (SSP-PB), inscrito no CPF sob nº 338.677.634-53, residente e domiciliado na Rua Monte Alegre , 109, Centro, na cidade de Mulungu-PB, CEP nº 58.354-000.DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, dos benefícios da Gratuidade Judiciária, nos termos do art. 2º, parágrafo único, da Lei nº 1.060/50.

Guarabira-PB, 03 de Outubro de 2019.

Antonio Francisco da Silva Almeida
ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019
Ocorrência nº. 28/2019

Aos vinte e sete dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de GUARABIRA-PB., na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FABIO FACCILO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:00min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA, brasileiro, natural de Campina Grande/PB, NASCIDO EM 29/01/1959, SOLTEIRO, ALFABETIZADO, FILHO DE FRANCISCO DE ALMEIDA E DE CREUZA MARIA DA SILVA, RG Nº 639.420 SSP/PB E CPF Nº 338.677.634.53, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA MONTE ALEGRE, Nº 109, Centro Mulungu/PB.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) Natureza do fato: Acidente de Moto; **2) Data do fato:** 28/06/2018;
3) Horário do fato: 10:30H; **4) Local do fato:** próximo ao Sítio Jenipapo, zona rural de Alagoinha/PB.

5) Descrição do veículo:

01. (uma) motocicleta a qual se encontra no nome do Sr. LUCIANO SANTOS OLIVEIRA.

6) Indica e descreve a(s) pessoa(s) a seguir como suspeita(s) do crime:

NÃO HÁ.

7) Breve resumo do fato:

QUE o COMUNICANTE sofreu um acidente de moto no dia 28/06/2018, por volta das 10:30h em da cidade de Mulungu/PB para a cidade de Alagoinha próximo o Sítio Jenipapo, zona rural de Alagoinha, quando vinha em sua moto MARCA MODELO YAMAHA FACTOR, COR VERMEHA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA NPZ-6337/PB, numa curva acabou perdendo o controle de sua motocicleta sofrendo uma acidente e vindo a ser socorrido por um veículo particular ora desconhecido pelo mesmo onde foi levado para o Hospital Trauminha, em João Pessoa/PB, onde ficou internado nesse citado hospital e foi cirurgiado no dia 11/07/2018

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

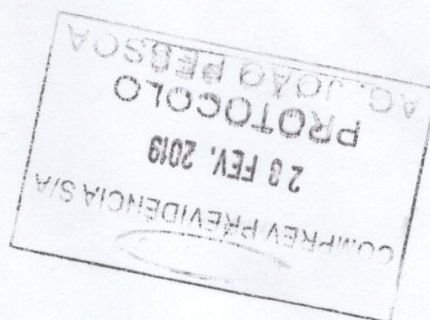
não consta.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Antonio Francisco da Silva Almeida
ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

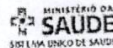
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente



Modelos_Delegado_ILAMILTO





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

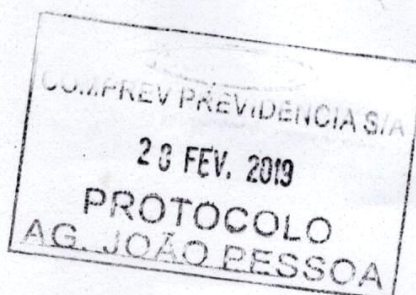
NOME: Antonio Simão da
Silva Alves
Luís Mota

paciente vítima de acidente de
trânsito, da entrada no
serviço com fratura de
pót. de fêmur distal e tór.
Paciente sofreu a tto cirúrgico
paciente em recuperação médica
combinada. Paciente em
condições

GO: 522/10215

14/11/18

Dr. Carlos Tavares da S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura e Carimbo
M-PB 9293, TEOT 1531E



46

CERTIDÃO

Nº. 1493/2018

Atendendo solicitação de **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 14037 e Prontuário nº 2018.06.003740 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 12H20min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

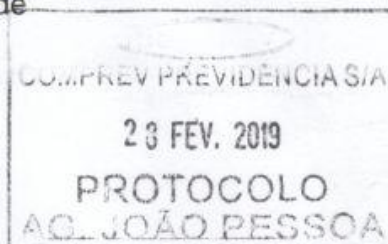
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/07/2018 com alta médica dia 13/07/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 14037 Atd: Não Regulado
Data: 28/06/2019
Hora: 12:20:38
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 702808622679865 Sexo: M IDENTIDADE: 630420 Fone: 991849166 Num. Prontuario: 2018.06.003740
Natural: ALAGOA GRANDE/PB Data Nasc.: 29/01/1959 Id: 59 ano(s)
End.: RUA MONTE ALEGRE, 109
Bairro: CENTRO Cidade: MULUNGU UF: PB
Mãe: CREUSA MARIA DA SILVA Pai: FRANCISCO DE ALMEIDA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: FILHA MARIA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Endereço: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ AS 09/ EM

Vitima de violência por: MULUNGU (SIC FILHA)

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispnéia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular
[] Vômito
Observacao

Queixa Principal

DE MOTO, NEGA TRAUMA NA CABECA. APRESENTA
TRAUMA NA PERNA.

COMPREV PREVIDENCIA S/A
1213 FEVEREIRO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Historia - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

SR 1000mg de 1º a 2º 3º 4º
diapirico (1400) 13:30
oral. 1000mg de 1º a 2º 3º 4º
diapirico de 13:30



21

CD (7) : Darius Khatami

② Ann CTBWF

ANOTACOES

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMIENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI

☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Хочу быть Гангстером и Зино

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Antonio Fco da Silva Almeida Data de Admissão: 28.6.18
Prontuário: _____ Idade: 59a Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Data de Nascimento: 1/1
Escolaridade: _____

QPD: PT com dor na MIE

HDA: PT relata queda de ombro com
grosso de dor e deformidade na
MIE

Medicações em uso: _____

COMPREV PREVIDENCIA S/A

23 FEV. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: RAILSON SANTOS DA SILVA - 27/12/2019 15:44:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715443961400000026323334>

Número do documento: 19122715443961400000026323334

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Ex de Rins e TNE*Hipóteses Diagnósticas: *Fratura do osso da perna*Conduta: *Internar no HTO de urgência*

Dr. Valdean Forvalho Jr.
M.R. em Ortopedia
CRM-PB - 7652

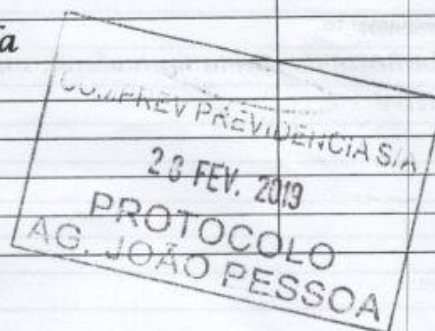
28 JUN. 2018

Andressa Nogueira

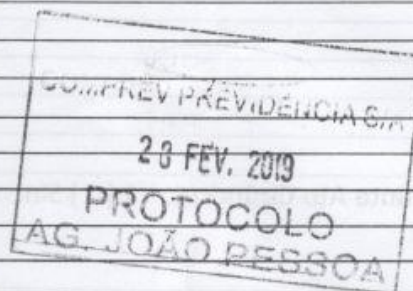
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Nome: <i>Antônio Francisco da Silva Almeida</i>				Registro:	
Idade: <i>69 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>11/07/2018</i>			Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Carlos Tiago</i>			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Luiz Eduardo Imbelloni</i>			Instrumentador: <i>Maria</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura dos Ossos da Perna Esquerda</i>					<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Tíbia e Fíbula</i>					
<p>Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não</p> <p>Descreva:</p>					
<p>Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não</p> <p>Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:</p> <p>1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico</p>					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:
<i>Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna</i>
<i>Abertura de tensor da fascia lata</i>
<i>Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério</i>
<i>Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tíbia</i>
Achados:
<i>Visualização de foco de fratura da tíbia cominutiva</i>
Conduta:
<i>Realizada manobra de redução</i>
<i>Aposição de 01 placa em "T" 2x9 furos longa Ø 4.5mm</i>
<i>Aposição de 03 parafusos esponjosos rosca curta Ø 4.5mm</i>
<i>Aposição de 05 parafusos corticais Ø 4.5mm</i>
<i>Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%</i>
<i>Realizado RX controle</i>
<i>Incisão em região lateral da perna</i>
<i>Dissecção por planos até foco de fratura de fíbula</i>
<i>Redução dos fragmentos ósseos</i>
<i>Aposição de 01 placa 1/3 tubular Ø 3.5mm</i>
<i>Aposição de 04 parafusos parafusos corticais Ø 3.5mm</i>
<i>Aposição de 02 parafusos esponjosos maleolares Ø 3.5mm</i>
Fechamento:
<i>Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele</i>
<i>Curativo</i>
OBS:



Data: 11 / 07 / 2018

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190179105

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

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 14041426

Pag. 01169/01170 - carta_01 - INVALIDEZ

00020585





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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190179105

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00499/00500 - carta_03 - INVALIDEZ

00060250



Carta nº 14043349



Assinado eletronicamente por: RAILSON SANTOS DA SILVA - 27/12/2019 15:44:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715444818400000026323336>

Número do documento: 19122715444818400000026323336

Num. 27272560 - Pág. 1



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, 18 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190179105

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00485/00486 - carta_03 - INVALIDEZ

00050243



Carta nº 14069045





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, 09 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190179105

Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Data do Acidente: 28/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00405/00406 - carta_02 - INVALIDEZ

0060203



Carta nº 14544143



Substabelecimento



SUBSTABELECIMENTO

Pelo presente instrumento, substabeleço, sem reservas, a Advogada **INDIANARA CAVALCANTE CÂNDIDO**, inscrita na OAB/PB sob o nº. 26.570, os poderes que me foram instituídos os poderes que me foram instituídos por **ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA**, nos autos do processo de nº 0801889-87.2019.8.15.0521, em trâmite junto a Única Vara Mista da Comarca da cidade de Alagoinha-PB.

Guarabira-PB, 27 de dezembro de 2019.



Railson Santos da Silva
OAB/PB nº 22.640





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
JUÍZO DE DIREITO DA COMARCA DE ALAGOINHA
GABINETE DO JUÍZO**

Rua Moura Filho, sn - Centro, Alagoinha/PB - CEP: 58390-000 - Fone: (83) 3278-1200
E-mail: aha.1vara@tjpb.jus.br

DECISÃO

Processo n.º 0801889-87.2019.8.15.0521

Vistos etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Defiro, ainda, o pedido de substabelecimento ID n.º 27272578. Anotações e demais providências necessárias.

No caso vertente a prova pericial é necessária.

Nos termos do **Convênio 015/2014**, os honorários periciais devem ser custeados pela SEGURADORA LÍDER.

Assim, para realização da perícia, **nomeio** o Dr. Douglas Teixeira, que deverá ser comunicado.

Designa-se dia e hora para a realização de perícia judicial e audiência de conciliação, conjunta, a ser realizado no **Fórum de Alagoinha**, **intimando-se** as partes por nota de foro, o(a) autor(a) pessoalmente e o perito designado, dando-se ciência de que a perícia poderá ser acompanhada por assistentes técnicos, podendo apresentar quesitos em 5 dias, se ainda não o fez e indicar assistente técnico no mesmo prazo.

Intime-se a Seguradora para efetuar o pagamento em 10 dias a contar da intimação, devendo providenciar a comprovação do pagamento das perícias realizadas nos autos. Com este, expeça-se alvará. Fixo os honorários periciais em R\$200,00 (duzentos reais), de acordo com o Convênio acima citado.

Formulo os seguintes quesitos:

- (1) Há ferimento ou ofensa física decorrente de acidente automobilístico?
- (2) A lesão sofrida caracteriza invalidez permanente ou mera debilidade ou deformidade permanente?
- (3) Qual o grau de proporcionalidade da perda decorrente da lesão sofrida pelo autor?

Tendo sido os quesitos já apresentados pelas partes, encaminhem-se.

Após o que, proceda-se com os expedientes necessários.

Alagoinha, PB: data e assinatura eletrônicas.

JOSE JACKSON GUIMARAES

Juiz(a) de Direito