

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 Epitácio 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.

Antônio Francisco da Silva Almeida

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 FACCIOLO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(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/regularizar/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:

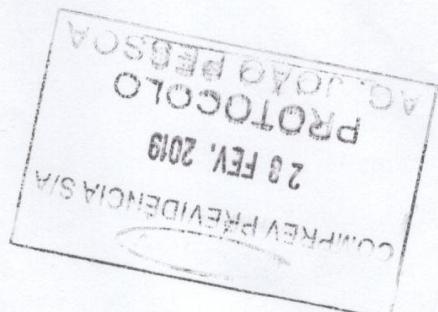
não consta.

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

Antônio Francisco da Silva Almeida
ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA

Comunicante

[Signature]
Escrivã(o)/Agente



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Antônio Francisco da

Silva Alves

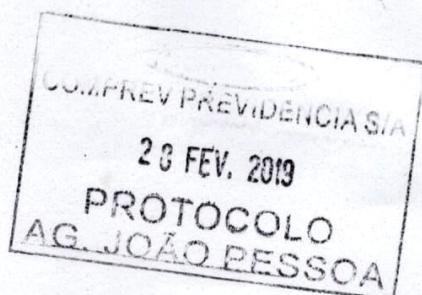
Loura Alves

Peço atençao de obstruçao de
trânsito, da entrada no
serviço com fechado se
pont. de fuga aberto, falt.
Peço sobre a faixa
peço em despacho MDR
ambulanc. habra em
conselhos

AG. SED/MS/IS

Dr. Carlos Th
Ortopedista
Assinatura C. P. B. 9293
Carmo Chaves
Traumatologia
TEOT 15816

14/01/18





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.

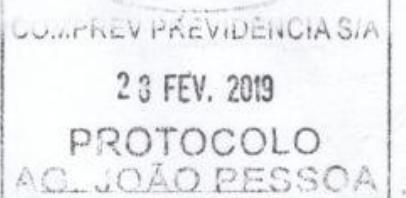
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/07/2018 com alta médica dia 13/07/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde de João Pessoa, assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOA ESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEL. & GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 14037 Atd: Nao Regulado
Data: 28/06/2019
Hora: 12:20:38
Repcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA ALMEIDA
CNS: 702808622679865 Sexo: M IDENTIDADE: 630420 Fone: 991849166
Natural: ALAGOA GRANDE/PB Data Nasc.: 29/01/1959 Id: 59 ano(s)
End.: RUA MONTE ALEGRE, 109
Bairro: CENTRO Cidade: MULUNGU UF :PB
Mae: CREUSA MARIA DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: FILHA MARIA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Prest. dencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.06.003740
Estado Civil: NAO INFORMADO
Escolaridade: NAO INFORMADO

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
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispnheia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Vomito
Sexta Principal: Observacao

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Dispnheia
[] Convulsao
[] Agitado
[] Vomito
[] Cefalea
[] PROTOCOLO
[] AG. JOÃO PESSOA

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

anidat com nado, espec fco, dor em Abd e

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

gengou 15, ngs de seleno al on dor - - .

Diagnóstico

Conduta

toro de ceto - .

pero +

Prescrição

Horário da medicação

SR 1000ml da 10-20 30-40
drenar
diposic 100ml 13:30

Dr. Portela
Clínica Garcia
Cidade
Cidade
Cidade



#CTB MF # 13:90

Paciente vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC) na Admissão com Dano Hemisférico. Nega Tomada de Fármacos e Tabaco. Nega Hipertensão Arterial. Nega Diabetes Mellitus. Nega Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo) Doença: Doença Vascular Cerebral (AVC) com Dano Hemisférico. Diagnóstico: Dano Hemisférico. Atividade: Usar medicamentos, olhálos, prosseguir. Belo Agendamento. Recomendação: Consulta de oftalmologista. Sugestões: Consulta de oftalmologista. Exame dos ossos da face.

CD (1). Brinckgr.

② AIR CUBE

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

SUMMARY PREVIDENCIAS S.A.

23 FEB. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Ximenes Ganzaga Jazirah

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Antônio Fco da Silva Almeida</u> Data da Admissão: <u>28/6/18</u>			
Prontuário:	<u>590</u>	Enfermaria:	<u></u>
Nome da Mãe:	<u></u>		
Endereço:	<u></u>		
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:	<u></u>		
QPD:	<u>It can dor no MIE</u>		
HDA:	<u>It ulta guarda de moto com</u> <u>gorda de dor e deformidade em</u> <u>MIE</u>		
Medicações em uso:	<u></u>		
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso <u>Kg em</u> []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Itcerícia []Tonturas []Outros: <u></u>			
Pele: <u></u>			
Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: <u></u> Visão: <u></u>			
AR e ACV: []Dor <u></u> []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema <u></u> Outros: <u></u>			
ABD: []Dor <u></u> []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume			
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: <u></u>			
SME: []Dor <u></u> []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos			
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade <u></u> []Amnésia []Libido []Humor			

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

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: _____

SOM/REV/PRÉVIDÊNCIA S/A

AR: _____

28 FÉV. 2019

ABD: _____

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

*Rx de Renda, NE*Hipóteses Diagnósticas: *Fatiga dos ossos da serra (2)*Conduta: *Exames de Rito anárge*



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

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

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 tibia</i>	
Achados:	
<i>Visualização de foco de fratura da tibia 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 corticiais Ø 4.5mm</i>	
<i>Limpeza exaustiva 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 fibula</i>	
<i>Redução dos fragmentos ósseos</i>	
<i>Aposição de Ø placa 1/3 tubular Ø 3.5mm</i>	
<i>Aposição de 04 parafusos parafusos corticiais 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:	

PROTÓCOLO PREVIDÊNCIA G.

23 FEV. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

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, contados 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





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.

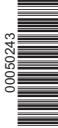
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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





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



00060203

Carta nº 10544143



Assinado eletronicamente por: RAILSON SANTOS DA SILVA - 27/12/2019 15:45:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122715445660700000026323338>
Número do documento: 19122715445660700000026323338

Num. 27272562 - Pág. 1

Substabelecimento



Assinado eletronicamente por: RAILSON SANTOS DA SILVA - 27/12/2019 16:00:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122716003727100000026323353>
Número do documento: 19122716003727100000026323353

Num. 27272577 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: RAILSON SANTOS DA SILVA - 27/12/2019 16:00:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122716004209300000026323354>
Número do documento: 19122716004209300000026323354

Num. 27272578 - Pág. 1



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@tjpj.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.

Designe-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