

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Kleber Gervasio Melo, brasileiro (a),
Seteiro, mototaxista, inscrito no CPF sob nº 312.750.442-04,
podendo ser intimado (a) na Rua
: Pau D'Alcos, nº 169, bairro: Malvinas, Campina Grande Paraíba.

Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção da palavra.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Campina Grande - Paraíba, 06 de novembro de 2019

⇒ Kleber Gervasio Melo

Declarante.



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante: Kleber Gervasio Melo, brasileiro, solteiro, mototaxista, inscrito no CPF sob nº 312.750.442-04, podendo ser intimado na Rua Rua Darcos, nº 169, bairro Malvinas, Campina Grande - Paraíba, contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB 6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Campina grande - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;

2- A parte contratante, não pagara qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo, da causa, firmados na cláusula- *ad exitum* (quando o pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsara, quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida;

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, devesse a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (trinta por cento) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Campina Grande - Paraíba;

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Campina Grande - Paraíba, 06 de novembro de 2019

⇒ Contratante: Kleber Gervasio Melo

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____



PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE _____,

brasileiro (a), _____, _____ inscrito no CPF sob nº _____, podendo ser intimado (a) na Rua _____

- Paraíba, CEP: _____, neste ato nomeia e constitui como seu bastante procurador e advogado

OUTORGADO(S)

Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, com escritório profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, com os poderes especial de patrocinar defesa do outorgante junto a processo junto a Comarca de _____ - Paraíba, podendo os outorgados, requererem o que necessário for junto a quaisquer órgãos administrativos, judiciais para tanto, praticar todos os atos, constantes da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**, para o foro em geral, para defender o outorgante, bem como em qualquer órgão do Poder Judiciário e/ou extrajudicialmente, em qualquer grau de jurisdição, e diante de qualquer ente/órgão da Administração Pública direta e indireta, INSS, podendo, para tanto, propor ação e dela variar, contestar, recorrer, requerer, embargar, transigir, passar recibos, receber e dar quitação, desistir, renunciar, firmar acordos, requerer o benefício da gratuidade judiciária e tudo o mais praticar a bem do completo e fiel patrocínio de toda e qualquer pretensão do outorgante, podendo ainda levantar, receber, dar quitação, inclusive o "alvará judicial", decorrente da presente demandada, substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, se lhe convier, dando o outorgante tudo por bom, firme e valioso, como se por ele houvesse sido praticado.

_____ - Paraíba, _____ de _____ de 2019

⇒



Outorgante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1838529249

PROIBIDO PLASTIFICAR
1838529249

NOME
KLEBER GERVASIO MELO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3494487 SSP PB

CPF
312.750.442-04

DATA NASCIMENTO
31/10/1969

FILIAÇÃO
MANOEL LUIZ MELO
MARLENE GERVASIO MELO

PERMISSÃO
ACC CATIAI
AB

Nº REGISTRO
04684941829

VALIDADE
21/08/2024

1ª HABILITAÇÃO
01/07/2009

OBSERVAÇÕES
A

Kleber Gervasio Melo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
21/08/2019

[Assinatura]
ASSINATURA DO EMISSOR

04152453145
PB039540200

PARAÍBA





2.ª VIA

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número.....35764.....Série.....012 PB



Helber Gonçalves Melo
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Helber Gonçalves Melo
Loc. Nasc. C. Grande Est. PB Data 31.10.1969
Filiação M. Manoel Luiz Melo
Marlene Gonçalves Melo
Doc. Nº RG - 295.137 - SSP - RJ

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 02/08/05 DRT C. Grande PB

Maria de Guia Dias Farias
Assinatura do Funcionário



CONTRATO DE TRABALHO

CNPJ 09.863.853/0003-93

Empregador SOSERVI - Sociedade de Serviços Gerais LtdaCNPJ/MF Av. Guarabira, Nº 626 - ManairaRua CEP: 58.038-140 - João Pessoa - PBMunicípio Est.Esp. do estabelecimento PorteiroCargo PorteiroCBO nº 42200101Data admissão 02 de Abri de 2014Registro nº 02003847 Fls./FichaRemuneração especificada R\$ 734,00 (setecentos e trinta e quatro reais)por mêsAss. do empregador ou a rogo c/test.SOCIEDADE DE SERVIÇOS GERAIS LTDA1º Ass. do empregador ou a rogo c/test.2º Ass. do empregador ou a rogo c/test.Data saída 28 de maio de 2014SOCIEDADE DE SERVIÇOS GERAIS LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º Ass. do empregador ou a rogo c/test.2º Ass. do empregador ou a rogo c/test.Com. Dispensa CD Nº Ass. do empregador ou a rogo c/test.

CONTRATO DE TRABALHO

700 GAUSS IND COM E EXP DE CALC MAG LTDA

CNPJ: 05.364.863/0001-61

End: ASSIS CHATEAUBRIAND, 1431

Bairro: TAMBOR

CEP: 58414-500

Município: CAMPINA GRANDE

UF: PB

Esp. Estab: Fabricação de calçados de couro

Cargo: POLIVALENTE DA CONFEÇÃO DE CALÇADOS

CBO: 764005

Data de Admissão: 19/08/2014

Registro Nº: 167

Remuneração Específica: R\$ 724,00

(setecentos e vinte e quatro reais) mensal.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
700 GAUSS IND COM E EXP DE CALC MAG LTDAAss. do empregador ou a rogo c/test.1º Ass. do empregador ou a rogo c/test.2º Ass. do empregador ou a rogo c/test.Data saída 05 de Set de 2014Ass. do empregador ou a rogo c/test.1º Ass. do empregador ou a rogo c/test.2º Ass. do empregador ou a rogo c/test.Com. Dispensa CD Nº Ass. do empregador ou a rogo c/test.

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº



ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01/04/06 Para R\$ 159,61h
 Na função de a mesma
 CBO por motivo de J.C.A.F. Sal. Mín. m

Assinatura do empregador

Aumentado em 22/11/15 Para R\$ 93,62
 Na função de
 CBO por motivo de
 Samuel

Assinatura do empregador

Aumentado em 01/11/16 Para R\$ 93,80
 Na função de
 CBO por motivo de
 Samuel

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica. N° 004.466.056



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

KLEBER GERVASIO MELO
RUA DOS PAU DARCOS 169
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/77810-0

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

21/08/2019

CONSUMO

103

VENCIMENTO

29/08/2019

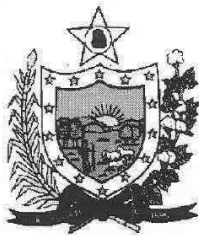
TOTAL A PAGAR

R\$ 58,51

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00115.220170 7 799600000005851				
Pagador: KLEBER GERVASIO MELO CNPJ/CPF: 312.750.442-04				
RUA DOS PAU DARCOS 169 - MALVINAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000115220	000077810201908	29/08/2019	R\$ 58,51	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100/2019

Versando sobre

Hora e data do fato: Às 11:00, do dia 18 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:26, do dia 28 de agosto de 2019.

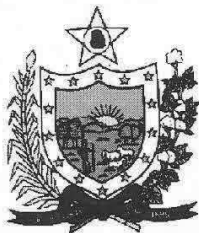
Local do Ocorrido: RUA JABOTICABEIRAS, BAIRRO DAS MALVINAS (PRÓXIMO AO CAMPO DO GUANANI EM CAMPINA GRANDE/PB)

VÍTIMA: O(A) COMUNICANTE

KLEBER GERVASIO MELO, do sexo masculino, nascido no dia 31/10/1969, com 49 anos de idade, ID: 3494487, CPF: 312.750.442-04, MOTOTAXISTA CADASTRADO, filho de MANOEL LUIZ MELO e de MARLENE GERVASIO MELO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA PAUDARCOS, 169,, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb, celular Nº (83)98761 0099

TESTEMUNHAS: JOSÉ MARQUES DE MELO, do sexo masculino, nascido no dia 26/12/1960, com 58 anos de idade, ID: 2612002 SSP/PB, AJUDANTE DE MECANICA, filho de NÃO DECLARADO e de CLEONICE RAIMUNDO DE MELO, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB,



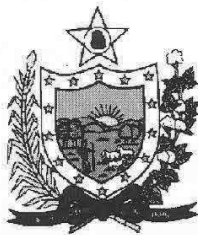


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

BRASILEIRA, residente na RUA SEVERINO ALVES DA FONSECA,37, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb. **E GERALDO ISIDORO DOS SANTOS**, do sexo masculino, nascido no dia 03/05/1940, com 79 anos de idade, ID: 103.668, CPF: 250.370.564-20, APOSENTADO, filho de NÃO DECLARADO e de MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO, escolaridade: FUND. COMPLETO, VIÚVO, natural de CAMPIAN GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA DOS PAUDARCOS,88, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb.

HISTÓRICO: que na data do dia 18/07/2019, aproximadamnete as 11:00 horas, vinha conduzindo a suma moto HONDA/CG 160 FAN, de placa QFM 9793/Pb, de cor branca, ano 2017, modelo 2018, com o chassis de nº 9C2KC2200JR117288 E Renavan de nº 0113683509-9, cadastrada na STTP de nº 386, o mesmo vinha trafegando na Rua Jaboticabeiras no bairro das Malvinas próximo ao Campo do Guarani em Campina Grande/Pb, e em dado momento foi surpreendido com uma rede de interdição colocada pela CAGEPA/PB e devido a esta rede o condutor bateu na mesma e foi ao solo sofrendo lesões no braço direito e vindo a fraturar clavícula e posteriormente foi socorrido pela SAMU de Campina Grande/Pb e conduzido para o hospital TRAUMA de Campina Grande/Pb para os devidos fins.





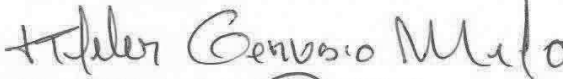
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4ª DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE
BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA,
NESTA 2ª SRPC**

AUTORIDADE


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

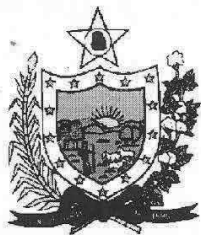
COMUNICANTE


KLEBER GERVASIO MELO

ESCRIVÃO


ANTONIO VIRGÍNIO DO NASCIMENTO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Dom Pedro I, 760 – São José – Campina Grande - PB

OFÍCIO Nº S/Nº/2019

Campina Grande, 28 de agosto de 2019

Exame requisitado: EXAME DE CORPO DE DELITO.


SENHOR DIRETOR:

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que no prazo legal (Art. 160 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o EXAME DE CORPO DE DELITO na pessoa cujos dados são dispostos a seguir, e que logo após, seja o respectivo LAUDO remetido para a COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, nesta 2ª SRPC - PB.

QUALIFICAÇÃO: KLEBER GERVASIO MELO, do sexo masculino, nascido no dia 31/10/1969, com 49 anos de idade, ID: 3494487, CPF: 312.750.442-04, MOTOTAXISTA CADASTRADO, filho de MANOEL LUIZ MELO e de MARLENE GERVASIO MELO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA PAUDARCOS, 169,, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb, celular Nº (83)98761 0099

REFERÊNCIA: Boletim de Ocorrência, lavrado às 10:26 horas, do dia 28 de agosto de 2019; COMUNICANTE: **KLEBER GERVASIO MELO**; TESTEMUNHA: **JOSÉ MARQUES DE MELO**; TESTEMUNHA: **GERALDO ISIDORO DOS SANTOS**

HISTÓRICO DO COMUNICANTE: que na data do dia 18/07/2019, aproximadamente as 11:00 horas, vinha conduzindo a soma moto HONDA/CG 160 FAN, de placa QFM 9793/Pb, de cor branca, ano 2017, modelo 2018, com o chassi de nº 9C2KC2200JR117288 E Renavan de nº 0113683509-9, cadastrada na STTP de nº 386, o mesmo vinha trafegando na Rua Jaboticabeiras no bairro das Malvinas próximo ao Campo do Guarani em Campina Grande/Pb, e em dado momento foi surpreendido com uma rede de interdição colocada pela CAGEPA/PB e devido a esta rede o condutor bateu na mesma e foi ao solo sofrendo lesões no braço direito e vindo a fraturar clavícula e posteriormente foi socorrido pela SAMU de Campina Grande/Pb e conduzido para o hospital TRAUMA de Campina Grande/Pb para os devidos fins.


BEL LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

AO ILMO. SR. DR

MD. DIRETOR DA UNIDADE DE MEDICINA LEGAL - CAMPINA GRANDE/PB

OFÍCIO Nº S/Nº/2019





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: 0364655/19 3 - CPF da vítima: 312.750.442-04 4 - Nome completo da vítima: KLEBER GERVASIO MELO

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

5 - Nome completo: KLEBER GERVASIO MELO 6 - CPF: 312.750.442-04
7 - Profissão: MOTOTAXISTA 8 - Endereço: R. DOS PAU DARCO 9 - Número: 169 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.432-820
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 93829-8855

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 7984 CONTA: 11372 5 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) ☐ Divorciado ☐ 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

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 12/11/2019 18:02:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111218020023300000025280912

Número do documento: 19111218020023300000025280912

Num. 26166747 - Pág. 1



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Kleber Gustavo Melo
DATA DO ACIDENTE 18/07/2019 CPF DA VÍTIMA 312.750.442-04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARARENTESCO COM
A VÍTIMA É Kleber Gustavo Melo
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Dos Pau Branco
Nº 169 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MALVINAS
CIDADE Camila Grande UF Paraná CEP 58.423-700
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 93829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE


DATA 18/07/2019
IDENTIDADE 3.494.487-588/195
ASSINATURA Emmanuel SARAIVA FERREIRA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364655/19

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

CPF: 312.750.442-04

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 18/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEBER GERVASIO MELO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

3390 59 25 75 JA

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KLEBER GERVASIO MELO : 312.750.442-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Caracas

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: KLEBER GERVASIO MELO
CPF: 312.750.442-04

KLEBER GERVASIO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: LILIA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-82



SINISTRO 3190592575 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KLEBER GERVASIO MELO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO KLEBER GERVASIO MELO

CPF/CNPJ: 31275044204

Posição em 06-11-2019 10:34:07

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.





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: 18/7/2019	HORA: 12:06 HRS	ID Nº: 1788280
NOME: KLEBER GERVASIO MELO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: JABOTICABEIRAS - MALVINAS		
COMPLEMENTO: PROXIMO AO CAMPO DO GUARANI		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 16 de agosto de 2019.

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



18/07/2019



GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1946925 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

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 Data: 18/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: acolhimento

PACIENTE: KLEBER GERVASIO

CPF: 58400002

Nascimento: 31/10/1969

MELO

Endereço: RUA DOS PAUS DARCO

Sexo: M

Telefone: 986110037

Cidade: Campina Grande

Idade: 049

Bairro: MALVINAS

Nome da Mãe: MARLENÉ GERVASIO MELO

RG: 3494487

Nº: 169

Responsável:

CPF: 31275044204

Profissão: MOTO TAXI

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atendimento: 18/07/2019

CNS: 704100160572572

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 12:42:54

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

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. Empalramento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmaçamento
11. Equimose
12. F. Alma branca
13. F. Alma de fogo
14. F. Contuso
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. Injeção de venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Moradura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ %

Grau () 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

Poltrona. Queda de moto.

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto há cerca de 30 minutos. Lesões e contusões. Não há ferimentos. Estado de consciência. Apresenta dor no local de impacto. Manter-se em posição de defesa. Resposta adequada. Manter-se em posição de defesa.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow

PA

HGT:

Saturação

A: cervical flexão e extensão adequadas. B: membros superiores e inferiores com força normal. C: sem sinais de comprometimento. Per a avaliação de abdome e tórax. Leste, movimento adequado. Deu em USD.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

às 13:00

Dia 18/07/19

Especialista: Cirurgião

aos 16:15

às 13:54

Dia 18/07/19

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUITAS

HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Julio Cesar
Cirurgião Torácico
CRM 1555

Francisco Claudio A. Ferreira
Cirurgião GERAL
CRM-PB: 5435

HTCG-Paine! Administrative

REAVALIAÇÃO DA CIRCUNFERÊNCIA GERAL (16:00h)

ALTA DA CIRCUNSCRICAO GENAL

Francisco C. Calatayud
CRM 2359 - MT. RG. N. 065
PIS: 1703860590-34
TEL: 132.031.504-68

Julio Cesar S. Costa
Cirurgião Torácico
CRM 1556

() Alta hospitalar / () A revelia

) Decisão Médica

() Orbito

Ass. do paciente ou responsável quando necessário) Carla Freire de Almeida Melo

Dr. O. J. ...
Crista-B ...
Barra ...
710

22
 23
 24
 25
 26
 27
 28
 29
 30
 31
 32
 33
 34
 35
 36
 37
 38
 39
 40
 41
 42
 43
 44
 45
 46
 47
 48
 49
 50
 51
 52
 53
 54
 55
 56
 57
 58
 59
 60
 61
 62
 63
 64
 65
 66
 67
 68
 69
 70
 71
 72
 73
 74
 75
 76
 77
 78
 79
 80
 81
 82
 83
 84
 85
 86
 87
 88
 89
 90
 91
 92
 93
 94
 95
 96
 97
 98
 99
 100

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA		SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUÍZ GONZAGA FERNANDES		
CAMPINA GRANDE - PARAIBA		
PACIENTE:	KLEBER GERVASIO MELO	
DATA DO EXAME:	18/07/2019	

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Paciente referindo dor em hemitórax direito e, no estudo ecográfico, observam-se sinais de pneumotórax. Correlacionar com estudo radiográfico.

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Fígado de dimensões e padrão textural normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentaram sinais de dilatação.

Pâncreas de dimensões e padrão textural usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bestiga de paredes regulares e textura anecótica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Paciente referindo dor em hemitórax direito e, no estudo ecográfico, observam-se sinais de pneumotórax. Correlacionar com estudo radiográfico.

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ovas, assim como de hemotórax/torácica.

DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 / RQE-PB 5683




18/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/07/2019
 Data: 18/07/2019
 Paciente: KLEBER GERVASIO MELO Idade: 049 Nº ATEND: 1946925

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO
DATA: 18/07/2019 HORA : 12:43:46

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
 HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL :
AValiação NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor			alta dor			pior dor	

ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO : VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Allana Gleyda Uchoa
 COREN-PB 57133-ENF





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que KIEZEN GONÇALVES
MELO

foi atendido (às) hoje, às 22:42h (— h —)
horas, necessitando de 60 (SESSENTA)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S42.0

Campina Grande, 28 / 07 / 19.


Dr. Otávio Saraiva Jr.
CRM-PB 7103

Assinatura do Médico - CRM N°

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

MOD. 004





GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

DN: 31.10.69

3310.5862

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: KIESEN GENOVESIO MIO

DATA DO ATENDIMENTO: 28/07/19

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: fm. - M. CERVICAL (2)

PROCEDIMENTO: CONSULTA COM ORTODONTIA

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Otávio Ferreira Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 7103





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE CAMPINA GRANDE
5ª VARA CÍVEL

0828765-87.2019.8.15.0001

AUTOR: KLEBER GERVASIO MELO

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

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).

Altere-se o ASSUNTO do processo para ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Intime-se a parte autora para, no prazo de **15 (quinze) dias**, emendar a inicial fazendo juntar aos autos documento que comprove o **prévio requerimento administrativo do seguro pleiteado** realizado há mais de 30 (trinta) dias (§1º do Art. 5º da Lei 6.194/1974), sob pena de indeferimento da petição inicial.

Apenas se juntado tal documento, cite-se. Caso contrário, façam os autos conclusos para sentença de extinção.

Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$200,00 (duzentos reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**



Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a)** intimem-se as partes para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e **(b)** intime-se o nomeado, por carta e/ou e-mail (dr.rosanaduarte@ig.com.br), para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, **enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

Depositado o laudo em juízo, intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 10 (dez) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide.**

Intimações e demais diligências necessárias.

Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito



Intime-se a parte autora para, no prazo de **15 (quinze) dias**, emendar a inicial fazendo juntar aos autos documento que comprove o **prévio requerimento administrativo do seguro pleiteado** realizado há mais de 30 (trinta) dias (§1º do Art. 5º da Lei 6.194/1974), sob pena de indeferimento da petição inicial.

-



CAMPINA& ADVOGADOS ASSOCIADOS

Emmanuel Saraiva Ferreira
Wamberto Balbino Sales

Rua Floriano Peixoto, 4519, Malvinas
Campina Grande - Paraíba
Tel.: (84) 9.9991-1313

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª.VARA CIVELDA COMARCA DE CAMPINA GRANDE, ESTADO DA PARAÍBA.

Processo: 0828768-87.2019.8.15.0001

Parte Autora: KLEBER GERVASIO MELO

Promovida: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Douto Julgador,

KLEBER GERVASIO MELO, já devidamente qualificado nos autos supra, por seu procurador que a esta subscreve, vem com o devido respeito à presença de V. Exa., em atendimento ao despacho proferido nos autos, expor e ao final Requerer o Seguintes:

Revedo os presentes autos conferisse o Requerimento de Negativa do Sinistro foi juntado sob o ID 26166747 e 26167101, mesmo assim passado despercebido, segue solicitação de Seguro DPVAT e Carta de Negativa de Sinistro, o qual deverá ser acostado aos autos em tela, para que seja assim dada continuidade no processo.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Campina Grande - Paraíba, 19 de Dezembro de 2019.

Bel. Emmanuel Saraiva Ferreira
OAB/PB 16.928





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: 0364655/19 3 - CPF da vítima: 312.750.442-04 4 - Nome completo da vítima: KLEBER GERVASIO MELO

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

5 - Nome completo: KLEBER GERVASIO MELO 6 - CPF: 312.750.442-04
7 - Profissão: MOTOTAXISTA 8 - Endereço: R. DOS PAU DARCO 9 - Número: 169 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MALVINAS 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PARAIBA 14 - CEP: 58.432-820
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 93829-8855

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 7984 CONTA: 11372 5 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) ☐ Divorciado ☐ 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

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Kleber Gustavo Melo
DATA DO ACIDENTE 18/07/2019 CPF DA VÍTIMA 312.750.442-04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARARENTESCO COM
A VÍTIMA É Kleber Gustavo Melo
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Dos Pau Branco
Nº 169 COMPLEMENTO CASA BAIRRO MALVINAS
CIDADE Camila Grande UF Paraná CEP 58.423-700
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 93829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE


DATA 18/07/2019
IDENTIDADE 3.494.487-588/195
ASSINATURA Emmanuel Saraiva Ferreira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364655/19

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

CPF: 312.750.442-04

Data do acidente: 18/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KLEBER GERVASIO MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

3390 59 25 75 JA

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

KLEBER GERVASIO MELO : 312.750.442-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Caracas

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

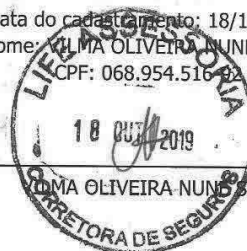
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: KLEBER GERVASIO MELO
CPF: 312.750.442-04

KLEBER GERVASIO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: LILIA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-82



SINISTRO 3190592575 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KLEBER GERVASIO MELO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO KLEBER GERVASIO MELO

CPF/CNPJ: 31275044204

Posição em 06-11-2019 10:34:07

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.





Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0828765-87.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$200,00 (duzentos reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a)** intimem-se as partes para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e **(b)** intime-se o nomeado, por carta e/ou e-mail (dr.rosanaduarte@ig.com.br), para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, **enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

Depositado o laudo em juízo, intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 10 (dez) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide.**

Intimações e demais diligências necessárias.

Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.



VALERIO ANDRADE PORTO

Juiz(a) de Direito

