



DINDA ADVOGADOS

Raimundo Rodrigues - Dinda
Advogado OAB/PB 2.966

Raimundo Rodrigues Filho
Advogado OAB/PB 19.518

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Pelo presente instrumento de procuração eu/nós, **DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA**, brasileira, solteira, balconista, inscrita no CPF 046.451.414-22 e RG 2.636.905 SSDS/PB, residente e domiciliada a Rua Nova Floresta, nº 200, Tibiri II, Santa Rita – PB, constituo meus/nossos procuradores e advogados o **Bel. RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 2.966, o **Bel. RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 19.518, o **Bel. JOSÉ HELIO NÓBREGA FERREIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB 7.307 e o **Bel. THIAGO JOSÉ MENEZES CARDOSO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB nº 19.496, e minha/nossa procuradora a **Sra. THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO**, brasileira, divorciada, acadêmica de direito, inscrita no CPF 056.331.454-02, com escritório situado na Praça Getúlio Vargas, nº 33, Centro, Santa Rita – Paraíba, **PODERES**: pelo presente instrumento o outorgante confere aos outorgados amplos poderes para o foro em geral, com cláusula “*Ad judicium et extra judicium*”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, praticar todos os atos perante repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Santa Rita, 16 de setembro de 2015.


Outorgante

Praça Getúlio Vargas, nº 33, Centro, Santa Rita - PB
83 3229.3965 / 98812.5426 / 98839.6620 / 99698.0398 / 99142.4300
raimundodinda@yahoo.com.br / raimundorsf@gmail.com / dindaadvogados@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-06

Deborah Rosalene Garcia da Silva

ASSIGNATURA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2636905

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Nome: José Gomes da Silva
Mãe: Maria Luíza Garcia da Silva
Santa Rita PB

Assinatura: 02.09.1984
Data de Nascimento

Doc. Civil: Cert. Nasc. 30.706, Fls. 220, Liv. A-26, Cart. de Santa Rita PB

CPF

ASSIGNATURA DO SERVIÇO

DEPARTAMENTO DE ZABRIS

ASSINATURA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

045.431.414-22

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

02.09.1984



Itaú



CTC RECIFE PE JPA PL11

PC-15

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
R NOVA FLORESTA 200
MUNICIPIOS
58302-275 SANTA RITA PB



Postagem: 29/07/2015
Vencimento: 09/08/2015
Emissor: 28/07/2015
Fechamento próxima fatura: 04/09/2015

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	317,91
Pagamento efetuado em 08/07/2015	: 317,91
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	318,47
Total desta fatura	318,47

Titular **DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA**
Cartão **5487.XXXX.XXXX.6080**

Para que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastre-fatura-digital



Rio de Janeiro, 3 de Fevereiro de 2016
3151041117 INVALIDEZ
DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Beneficiário: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Data do Crédito: 04/02/2016
Valor Indenizado: 5062,50
Tipo de Pagamento: Poupança
Banco: 104 - Caixa Econômica Federal
Agência/Conta: 1914/01337-8





(/)



Buscar no site



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



(/Pages A A 0)



(/Pages

/Atalhos-
COMO PEDIR INDENIZAÇÃO
de-Teclado.aspx)

Documentos Despesas
Médicas (/Pages
/Documentacao-
Despesas-
Medicas.aspx)

Documentos Invalidez
Permanente (/Pages
/Documentacao-
Invalidez-
Permanente.aspx)

Documento Morte
(/Pages
/Documentacao-
Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis
(/Pages/Dicas-
Indispensaveis-
Para-Pedir-
a-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

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

SINISTRO 3151041117 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
COBERTURA Invalidez



PAGUE SEGURO

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

Posição em 16-06-2016 14:14:18

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

ACOMPANHE O PROCESSO

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





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Deborah Rosaline Garcia da Silva
DATA DO ACIDENTE 19/06/2015 CPF DA VÍTIMA 046.451.414-22
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Deborah Rosaline Garcia da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Deborah Rosaline Garcia da Silva
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Nova Floresta
Nº 200 COMPLEMENTO Municipal BAIRRO Municipal
CIDADE Santa Rita UF PB CEP 58302-275
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) DOT
☒ 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)
☒ ~~CARTEIRA DE IDENTIDADE~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) Procuradoria
☒ 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 EXTRATO

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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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, ACESSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
CPF 046.451.414-22
ASSINATURA Deborah Rosaline Garcia da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO - 16/06/2016 16:54:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16061616531276700000004063647

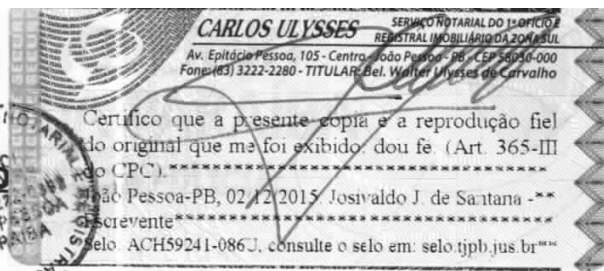
Número do documento: 16061616531276700000004063647

Num. 4125510 - Pág. 1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Livro nº 001/2015
Ocorrência nº. 2278/2015



Aos VINTE E CINCO dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 14h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA, conhecido por DEBORA, Identidade nº 2.636.905-SSP/PB, CPF nº 046.451.414-22, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: balconista de supermercado, filho(a) de Jose Gomes Da Silva E De Maria Lucia Garcia Da Silva, natural de Santa Rita /PB, nascido(a) em 02/09/1984 (31 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nova Floresta, 200, Tibiri 3i, tendo como ponto de referência: proximo ao túnel, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 83 98738-1397.

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 TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 14 de 06 de 2015;
- 3) HORÁRIO: 22h:40min;
- 4) LOCAL: VIA PUBLICA;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

UMA MOTO HONDA CG 150 TITAN EX, DE COR VERMELHA, ANO MODELO 2013, CHASSI 9C2KC1660DR528291, PLACA OFZ 5158, MUNICIPIO BAYEUX-PB, TENDO COMO PROPRIETARIO O ANTONIO CARLOS DOS SANTOS.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

A NOTIFICANTE DISSE QUE NO MOMENTO EM QUE CONDUZIA A MOTO SUPRACITADA, INICIOU-SE UMA CHUVA, E COMO PORTAVA UMA BOLSA, A COLOCOU A TRAS DAS COSTAS, NESSE MOMENTO, SE DESEQUILIBROU EM UM QUEBRA MOLA, POIS NÃO O TINHA VISTO, VINDO A CAIR NA AVENIDA, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS SENDO LEVADA PARA O HOSPITAL SUPRACITADO, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 767521, LÁ PERMANECEU QUATRO DIAS SEM PREVISÃO DE CIRURGIA, SENDO CONDUZIDA DEPOIS AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME BOLETIM DE ENTRADA Nº 846.123 COM POLITRAUMATISMO SEGUNDO CID 10 V29+S52.5.0+S82.1.0.

9) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

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



Debora Rosaline Garcia da Silva

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Comunicante

[Assinatura]

Escrevã(o)/Agente



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Carlos dos Santos,
RG nº 1679205, data de expedição 13/12/1991 Órgão SSP,
portador do CPF nº 91695104404, com Domicílio na
cidade de Santa Rita, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Dedinha Lopes,
nº 51N, complemento, Etel Santiago declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Deborah Robeline Gancu Silva,
cujo o condutor era Antonio Carlos dos Santos.

Veículo: Honda / CG 150 Titan Ex
Ano: 2013 / 2013
Modelo: Honda / CG 150 Titan
Placa: 0FZ5158 / PB
Chassi: 9C2KC1660DB528291
Data do acidente: 19/06/2015

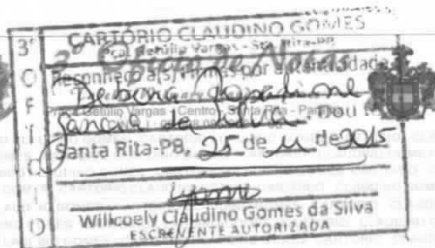
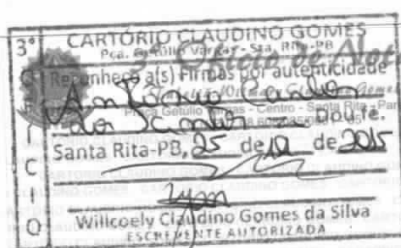
Local e data: Santa Rita / PB - 25/11/2015

3º OFÍCIO

X Antonio Carlos dos Santos
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

3º OFÍCIO

X Deborah Robeline Gancu da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
DETRAN - PB Nº 012030279708 CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICACAO DE VEICULO VIA 1 00564959510 00700000000 EX 2015		PB Nº 012030279708 BILHETE DE SEGURO DPVAT ANTONIO CARLOS DOS SANTOS	
NOME ANTONIO CARLOS DOS SANTOS		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
PLACA ANT / UL NOVO 9C2KC1660DR528291		EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 27/07/2015	
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC APLIC/GASOL		VIA ANTONIO CARLOS DOS SANTOS PLACA	
HONDA/CG 150 TITAN EX 2013 2015		RENAVAM MARCA / MODELO	
2013/07/01 / CI PARTES VERMELHAS		ALIO 91695104404 Nº CHASSI 9C2KC1660DR528291	
IPVA PAGO EM 27/07/2015 VENC / COTAS		00564959510 HONDA/CG 150 TITAN E	
PARCELAMENTO / COTAS		PRÊMIO TARIFÁRIO	
PRÊMIO ANUAL INICIAL SEGURO - PRÊMIO ANUAL 27/07/2015		2013 9 9C2KC1660DR528291	
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO		CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	
NAO PARA TRANSFERENCIA 0		IOF (R\$) SEGURO PAGO	
BAYEUX 118		PAGAMENTO	
27/07/2015		PARCELADO	
8290		DATA DE QUITACAO	
SEGURO OBRIGATORIO		SEGURO LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.248.008/0001-04		8290-1205229-20150727	
8290		8290-1205229-20150727	



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Debora Rosaline Garcia da Silva, portador da carteira de identidade nº 2636905 e inscrito no CPF nº 046.451.414-22 residente e domiciliado na R Nova Floresta 200 Município CEP: 58302-275, Cidade Santa Rita, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Debora Rosaline Garcia da Silva

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

Santa Rita PB - 27 de Novembro 2015

Local e data



Ficha de Atendimento Ambulatorial



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Senador Humberto Lucena



GOVERNO
 DA PARAIBA

INTERNO, S/N - - CNES: 454548 - Tel.:

Numero da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 846123

Identificação do paciente				Data e Hora Prevista 19/06/2015 11:26:36	
ID 908217	Nome DEBORA ROSALINE GARCIA SILVA			Sexo Feminino	
Data de nascimento 02/09/1984	Idade 30 Ano(s)	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião CATOLICA	Prontuário	
Mãe MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA			Pai JOSE GOMES DA SILVA		
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO			Responsável (Parentesco)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88830921	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2636905	Cross	Nº Cns 708005393169329		
Endereço					
CEP 58302275	Município de residência SANTA RITA		Logradouro Nova Floresta		
Número 200	Complemento		Bairro Municípios		
Atendido por MARIA SORAYA ROCHA				Número da pulseira 3341819	
Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA					

Imprimir

QUEIXA PRINCIPAL:

ferimento no antebraço da

A:

outra da motocicleta de

10 km/h no dia 19/06/15

EXAME FÍSICO:

sem lesões visíveis

EXAMES COMPLEMENTARES:

radiografia do antebraço e mão

DIAGNÓSTICO:

fratura de rádio e ulna

CID:

CONDUTA:

CS: fratura aberta

para fixação cirúrgica

F(NG).ACMIA.001-1

19/06/2015 11:39



Assinado eletronicamente por: THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO - 16/06/2016 16:54:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16061616533280100000004063656

Número do documento: 16061616533280100000004063656



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Deborah R. F. Lima BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: _____ 1º Assistente: TEOFILO (121)
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____:____ Término ____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fistula do lado distal (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteomiotomia</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 26/06/15

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	Pinça para sutura de rimoide do intestino delgado
Achados:	de sangue de pontos de costas distal (E).
Conduta:	Fios (E) 4/5 Fio amarelo sem sutura de pontos
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM: _____

João Pessoa, ____/____/____

F(NG).ASCIR.009-1





RECEIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número:

Paciente: Dona Roseline Garcia Silva

Prontuário: 846123

Data: 26/06/15

Procedimento: Tat. Liming. Frat. Radio Distal @ + Tat. Liming. Frat

Data: / /

SUS: ☒ Não SUS ☐

Reposição:

Médico: DRº Ricardo + DRº Kaitney + DRº Felipe (R1)

Caixa Proma:

DISPENSÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>Acum. de 1000 A-50</u>	<u>(01)</u>		

Dra. Diana M. F. Ramos

CRM 7945

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

José Edilson da Silva Galdino

CRM 424.987

ASSINATURA

ASSINATURA INTERMEDIÁRIA - COREN

Assinatura de Thiago Jose Menezes Cardoso
Téc. em Enfermagem
COREN 424.987

ASSINATURA DO CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG) APC.013-2

Assinatura de V. A. de Oliveira
Téc. em Enfermagem
COREN 424.987



Assinado eletronicamente por: THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO - 16/06/2016 16:54:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16061616533280100000004063656>

Número do documento: 16061616533280100000004063656



RELATÓRIO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número: 01
Paciente: Edson Romão Garcia
Procedimento: 1
SUS: 1 Não SUS: 0
Médico: Dr. Renato Reis + DR. Raulney + DR. Teófilo

Prontuário: 846123
Data: 26/03/15
Reposição:

Data:
Caixa Pronta:

DISPENSÇÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
/	Fio de Kirschner n° 1,5	03	/	/
	11 11 11 n° 2,5	01		
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Citeplan 45	Placa em 2" 2/6 (Ampla) Esquerda	01	/	/
	Parafuso Corticais n° 38(02) + n° 16(01)	03		
	11 11 11 Parafuso n° 10(01) + n° 8(01)	02		
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/
/	/	/	/	/

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Assinatura de José Edilson de Silva Galdino
CRM 424.987
Enfermeiro - COREN

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL
Assinatura de João de Silva Nascimento
Téc. em Enfermagem
COREN 424.853

F(NG) APC 013-2

Assinatura de João de Silva Oliveira
Téc. em Enfermagem
COREN 424.838





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Deborah Koraline S. L. P.</u>		Registro: <u>[assinatura]</u>	
Idade: <u>30a</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>B</u>	Enf: <u>[assinatura]</u>
Data de admissão: <u>19/6/15</u>		Data da alta: <u>28/6/15</u>	
Diagnóstico inicial: <u>Frnt. platis frnt. E+</u>			
Diagnóstico final: <u>Frnt. radio distal E</u>			
Outros diagnósticos:			
Principais exames: <u>Re. do frnt.</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Frnt. radio distal</u> <u>Dr. Karlaury</u>			
Terapêutica medicamentosa:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologia:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>[assinatura]</u>			
Dieta: <u>Lic +</u>			
Repouso: <u>90</u> dias			
retorno às atividades sem esforço físico em <u>90</u> dias.			
retorno às atividades com esforço físico leve, <u>90</u> dias e com maior em, <u>90</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>cefalexina + Minociclina</u>			
Retorno: <u>HOSP.</u> <u>3/7/15</u> para retirada de ponto.			
Ao posto de saúde em <u>3/7/15</u> para revisão.			
João Pessoa: <u>28</u> de <u>6</u> de <u>15</u>			
Ass. Médico: <u>[assinatura]</u> CRM: <u>[assinatura]</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/84
NOME DA MÃE	MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	846.123
PRONTUÁRIO N.º	89.286
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/15
HORA DO ATENDIMENTO	11:26H
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO
CID 10	V29 + S52.5.0 + S82.1.0

AValiação Inicial:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HÁ ± 10 DIAS, ENCAMINHADO POR OUTRO SERVIÇO, COM QUEIXA DE DORES EM PUNHO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, ENCAMINHADA POR OUTRO SERVIÇO.

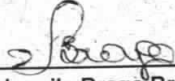
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE RÁDIO DISTAL.
RX DE JOELHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS.

TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA INGUINO-PODÁLICA. OPERADA POR DR. KARTNEY + TRATAMENTO CIRURGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM OSTEOSSÍNTESE. OPERADA POR DR. RICARDO RAMOS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILOPAMAR.

ALTA HOSPITALAR:	28/06/15 COM PRESCRIÇÃO + RETORNO AGENDADO
DATA DA EMISSÃO:	09/10/2015


Drª. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Deborah Rosalaine Garcia da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 2636905EXPEDIDO POR SSPEM 09/03/1999CPF 046401414-22 /CNPJ _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Deborah Rosalaine Garcia da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013 00001337-8

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

Santa Rita 27 de Novembro de 2015

LOCAL E DATA

Deborah Rosalaine Garcia da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG. CABO BRANCO/PB

DATA: 24/11/2015

HORA: 12:04:00

TERMINAL: 00361107

CONTROLE: 003611070240

AGENCIA: 1914 - SANTA RITA

CONTA: 013.00001337-8

CLIENTE: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
08/11	2,61
14/11	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
14/11	405,63

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			405,35C
----------------	--	--	---------

Novembro

08/11	000000	REM BASICA	0,00C
08/11	000000	CRED JUROS	0,01C
14/11	000000	REM BASICA	0,86C
14/11	000000	CRED JUROS	2,02C

RESUMO EM 23/11

SALDO	408,24C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	408,24C
SALDO TOTAL	408,24C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE

CAIXA.GOV.BR/VOCE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2636905 DATA DE EXPEDIÇÃO 09 MAR. 1993

NOME DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

FILIAÇÃO José Gomes da Silva
Maria Lúcia Garcia da Silva

Santa Rita PB 02.09.1984

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Cert. Nasç. 30.706, Fls. 220, Liv. A-26, Cart. de Santa Rita PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR Debra Rosaline Garcia da Silva

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

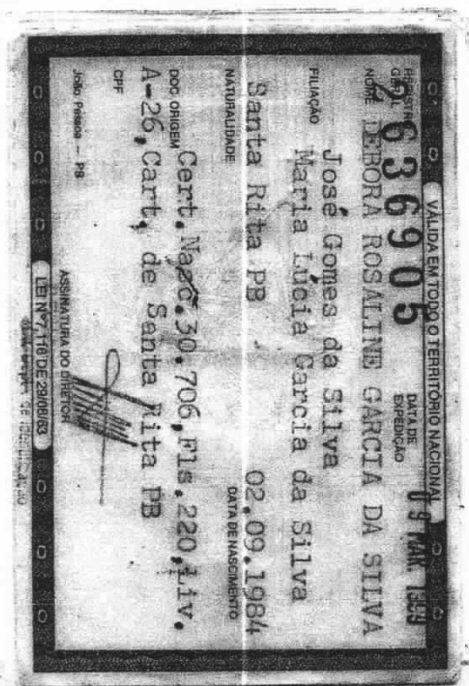
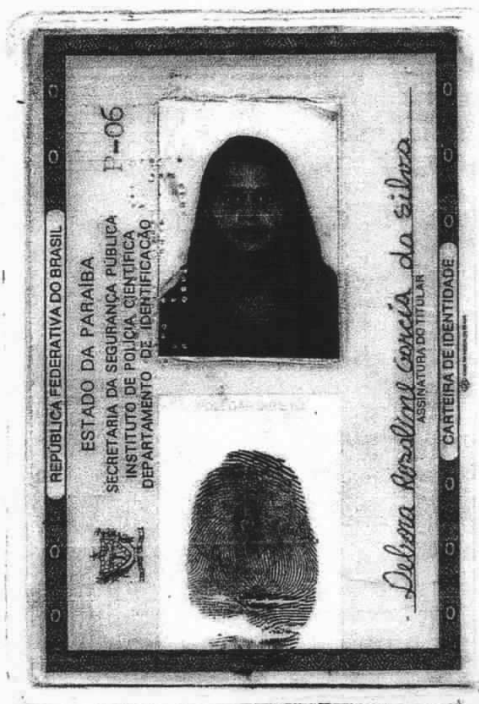
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

P-06





MINISTÉRIO DA FAZENDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

1-06




Debora Rosaline Garcia da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPIRAÇÃO 03/11/1994

NOME DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

FILIAÇÃO José Gomes da Silva

Maria Luíza Garcia da Silva

Santa Rita PB

NATURALIDADE

02.09.1984

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 30.706, Fls. 220, liv. A-26, Cart. de Santa Rita PB.

CPF

Doc. ORIGEM

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.176 DE 29/08/83

Assinatura do Diretor

Assinatura do Diretor

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

048.451.414-22

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

02/09/1984



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Deborah Rosaline Garcia da Silva,
RG nº 2636905, data de expedição 09/03/1999,
Órgão SSP, CPF nº 046.451.414-22, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Nova Floresta</u>
Número	<u>200</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Municípios</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58302-275</u>
Telefone de contato	<u>83.99865.5950 / 98872.9070</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita, PB, 27/11/2015.

Deborah Rosaline Garcia da Silva

Assinatura do Declarante

Perícia João Pessoa PB



SAC 0800 724 4845

Itaú



CTC RECIFE PE JPA PL11

PC-15

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
R NOVA FLORESTA 200
MUNICIPIOS
58302-275 SANTA RITA PB



Postagem: 29/07/2015
Vencimento: 09/08/2015
Emissão: 28/07/2015

Fechamento próxima fatura: 04/09/2015

3211094230079470000000223730 290715

Titular
Cartão

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
5487.XXXX.XXXX.6080

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	317,91
Pagamento efetuado em 08/07/2015	- 317,91
Saldo financiado	0,00
Lançamentos atuais	318,47
Total desta fatura	318,47

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: itau.com.br/cartoes/cadastre-fatura-digital



Vistos, etc.

1 - DEFIRO a gratuidade da prestação jurisdicional, advertindo a parte requerente das cominações previstas.

2 - Intime-se a parte autora para, no prazo de quinze (15) dias, EMENDAR a inicial, adequando-a às exigências dos arts. 319 e 320, do CPC, inclusive com pronunciamento sobre interesse na remessa dos autos para mediação.

3 - Deverá, ainda, acostar aos autos, documento hábil à comprovação da prévia provocação administrativa nos termos da decisão do STF que reconheceu repercussão geral ao julgado sobre a matéria, **tudo sob pena de extinção do feito**.

Santa Rita/PB, 24 de janeiro de 2017.

Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França

Juíza de Direito



0802067-29.2016.8.15.0331

AUTOR: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

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

INTIMAÇÃO VIA SISTEMA

De Ordem da MM. Juíza de Direito desta Unidade Judiciária, Dra. Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França, intimo a parte autora, por seu advogado, por todo teor da(o) Decisão/Despacho ID n. 6343070 .

13 de janeiro de 2020

JOSE FELIX DE MORAIS NETO BRANDAO DA SILVA

Téc. Judiciário



0802067-29.2016.8.15.0331

AUTOR: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

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

INTIMAÇÃO VIA SISTEMA

De Ordem da MM. Juíza de Direito desta Unidade Judiciária, Dra. Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França, intimo a parte autora, por seu advogado, por todo teor da(o) Decisão/Despacho ID n. 6343070 .

13 de janeiro de 2020

JOSE FELIX DE MORAIS NETO BRANDAO DA SILVA

Téc. Judiciário



0802067-29.2016.8.15.0331

AUTOR: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

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

INTIMAÇÃO VIA SISTEMA

De Ordem da MM. Juíza de Direito desta Unidade Judiciária, Dra. Maria dos Remédios Pordeus Pedrosa Veloso de França, intimo a parte autora, por seu advogado, por todo teor da(o) Decisão/Despacho ID n. 6343070.

13 de janeiro de 2020

JOSE FELIX DE MORAIS NETO BRANDAO DA SILVA

Téc. Judiciário



Cumprimento de determinação judicial em anexo.



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO
DA(O) 2ª VARA MISTA DE SANTA RITA – PB.**

Processo: 0802067-29.2016.8.15.0331

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos da DE DIFERENÇA c/c REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS, que move em face da SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT, também já devidamente qualificada nos autos epigrafados, vem por intermédio de seus bastantes procuradores e advogados assinados “in fine”, em resposta ao r. despacho veiculado pelo sistema PJe, a presença de Vossa Excelencia, tempestivamente, expor e finalmente requerer o seguinte:

Culto(a) Julgador(a), vem a postulante neste momento em cumprimento ao edito judicial, aclarar que não trata-se o presente feito de pedido inicial relativo a indenização securitária, uma vez que fora requerido de forma administrativa o seguro DPVAT, todavia lhe fora pago valor inferior ao devido, consoante se anexa aos autos nesta oportunidade, logo tendo-se tal pagamento e decisão como indeferimento do valor que faz jus a promovente.

Assim acreditando ter cumprido tempestivamente determinação judicial, bem assim a norma processual, requer-se que seja dado continuidade ao feito, consequentemente sendo julgado totalmente procedente a demanda, por ser tudo de direito e de justiça.

João Pessoa, 20 de janeiro de 2020.

Thiago José Menezes Cardoso
Advogado OAB/PB 19496





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8659455

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117
Vitima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Data Acidente: 14/06/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000001337-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.062,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00797/00798 - carta_15R



**EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUÍZA DE DIREITO DA 2ª VARA
MISTA DE SANTA RITA – PB.**

Processo: 0802067-29.2016.8.15.0331

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos da **DE DIFERENÇA c/c REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS**, que move em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT**, também já devidamente qualificada nos autos epigrafados, vem por intermédio de seus bastantes procuradores e advogados assinados “*in fine*”, **em resposta ao r. despacho veiculado pelo sistema PJe contido no Id nº 27421592 e no Id nº 6343070**, a presença de Vossa Excelência, tempestivamente, expor e finalmente requerer o seguinte:

Culta Julgadora, vem a postulante neste momento em cumprimento ao edito judicial, aclarar que não trata-se o presente feito de pedido inicial relativo a indenização securitária, uma vez que fora requerido de forma administrativa o seguro DPVAT, todavia lhe fora pago valor inferior ao devido, consoante se anexa aos autos nesta oportunidade, logo tendo-se tal pagamento e decisão como indeferimento do valor que faz jus a promovente.

Que a resposta aos mencionados despachos de V. Exa., encontra-se no **Id nº 27556857 dos autos**.

Porém deve ser destacado que no tocante ao pronunciamento sobre interesse na remessa dos autos para mediação, vem expor a Requerente que não tem interesse em conciliar ou realizar mediação nos termos da norma processual.



Assim acreditando ter cumprido tempestivamente determinação judicial, bem assim a norma processual, requer-se que seja dada continuidade ao feito, consequentemente sendo julgado totalmente procedente a demanda, por ser tudo de direito e de justiça.

Nesses termos,

Pede e espera deferimento.

Santa Rita, 13 de fevereiro de 2020.

Raimundo Rodrigues da Silva Filho

Advogado OAB/PB 19518

Thiago José Menezes Cardoso

Advogado OAB/PB 19496





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Santa Rita

PÇ ANTENOR NAVARRO, CENTRO, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-010

Número do Processo: 0802067-29.2016.8.15.0331
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Acidente de Trânsito]
Polo ativo: AUTOR: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, nesta data, tendo em vista a juntada das petições retro, faço CONCLUSÃO dos autos à MM. Juíza.

SANTA RITA, 7 de abril de 2020
JOSE FELIX DE MORAIS NETO BRANDAO DA SILVA





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Santa Rita

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0802067-29.2016.8.15.0331

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça. Cite-se o promovido para, querendo, contestar a presente ação no prazo legal.

SANTA RITA, 25 de maio de 2020.

Juiz(a) de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Santa Rita
PÇ ANTENOR NAVARRO, CENTRO, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-010
SANTA RITA(83) 32177100

Nº do processo: 0802067-29.2016.8.15.0331
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

MANDADO DE CITAÇÃO - VIA SISTEMA

O MM. Juiz de Direito da 2ª Vara Mista de Santa Rita manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74-5 e 6 andar, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

para querendo defender-se, no prazo de 15 (quinze) dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo (*Link* abaixo).

SANTA RITA, em 30 de julho de 2020.

De ordem, JOSE FELIX DE MORAIS NETO BRANDAO DA SILVA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

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

16061616465517300000004063479

