



28/07/2021

Número: **0002682-38.2016.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **24/01/2017**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46358843	28/07/2021 14:01	Petição	Petição
46359202	28/07/2021 14:01	2748072_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
46359206	28/07/2021 14:01	2748072_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02	Outros Documentos

EM ANEXO





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2016

Carta nº: 9463887

A/C: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

Sinistro: 3160190045 ASL-0128282/16
Vítima: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA
Data Acidente: 07/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 12/07/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 07/09/2014. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01427/01428 - carta_03



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2017

Carta nº 10428593

a/c: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

Sinistro: 3160190045 ASL-0128282/16
Vitima: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA
Data Acidente: 07/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01201/01202 - carta_16





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, José Gilmar Anderson de Souza Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.233.266 EXPEDIDO POR SSPIPB EM 10/03/2016 E
 CPF (1)24339141-4 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO estudante
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Gilmar Anderson de Souza Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE 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 Salariedade Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 Lotéricas 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);
- comprovatório 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.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Ag 46 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 6034-9

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.

Picuí PB 28 de fevereiro de 2016

LOCAL E DATA

José Gilmar Anderson de Souza Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.



CAIXA Loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 6101
OUVIDORIA 0800 725 7474

088-420362779-5

28/MAR/2015

HORA DE: 10:13:30

LOT: 13.17590-0

TERM: 042185

LOCALIDADE: PICUI

AG. VINCULADA: 4916

CONTROLE: 797512530

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4916 013 00006634-9

JOSE GILVANDERSON S SILVA

VALOR

05700

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

088-420362779-5

VIA DO CLIENTE

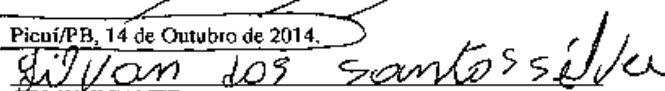
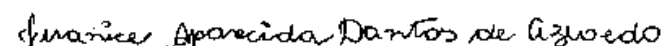
PROTOCOLO
RECEBIDO
12 JUL 2016
JEM REGULADORA



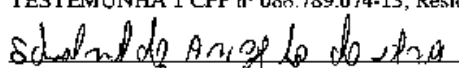
**C E R T I D ã O**Nº Cont.: **064/2014**

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências N.º 02/2014, nele encontrei as folhas de N.º 064, o Registro n.º 064/2014, cujo teor agora passo a transcrever na Íntegra: Aos 14 dias do mês de Outubro do ano de 2014, Nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) Bel(ª). Dianni Regina de Barros Silva, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã(o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, Ai, volta das 17h.20min. compareceu: **GILVAN DOS SANTOS SILVA**, brasileiro, casado, pedreiro, natural de Picuí/PB, nascido aos 23/02/1969, filho(a) de Francisca dos Santos Silva, residente na rua Silvino Oliveira de Souza, n.º 249, Bairro Pedro Salustino, Picuí /PB, RG n.º 1551685-SSP-PB e CPF n.º 091.235.224-88; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 7 de Setembro de 2014, por volta das 12:h. e 10 min., encontrava-se em sua residência no Bairro Pedro Salustino, Picuí/PB, quando recebeu uma ligação do hospital Regional de Picuí informando que seu filho havia sofrido um acidente de moto. Que seu filho havia saído de moto pela manhã e por volta das 11:h. 30.m. ia conduzindo uma moto e ao chegar nas proximidades do Bairro Limeira um carro colidiu com a moto que seu filho JOSÉ GILVANDERSON DE SOUZA SILVA, RG N.º 4.231.266-ssp-pb, CPF n.º 124.359.144-74, ia conduzindo uma moto de marca Honda CG 125 Titan, placa KJA-3042-PE, chassi n.º 9C2JC250WWR101470, ano/modelo 1998, cor VERDE, licenciado em nome de Damião Borges de Oliveira; Que devido a colisão seu filho foi encaminhado pelo SAMU para o Hospital Regional de Picuí e em virtude do acidente automobilístico seu filho quebrou três dedos do pé esquerdo, conforme laudos apresentados na delegacia de policia civil local; Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fé.**

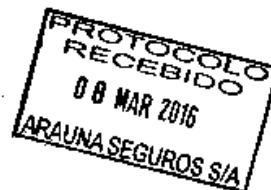
Picuí/PB, 14 de Outubro de 2014.


COMUNICANTE:
JUANEICE APARECIDA DANTAS DE AZEVEDO

TESTEMUNHA 1 CPF n.º 088.789.074-13, Residente na rua José Tomas de Medeiros, n.º 90, Bairro Pedro Salustino, Picuí/PB


EDINALDO ANGELO DA SILVA

TESTEMUNHA 2 CPF n.º 285.104.488-50, Residente na rua Nilson da Cunha Macedo, n.º S/n.º, Bairro Monte Santo, Picuí/PB.





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Gervanderson de Souza Silva, portador da carteira de identidade nº 4.231.266 e inscrito no CPF/MF sob o nº 124.359.144-74, residente e domiciliado na Rua Sílvia Oliveira de Souza, Cidade Picuí, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

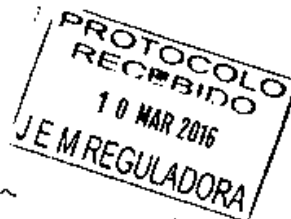
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior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

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

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

José Gervanderson de Souza Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação.



Picuí - PB, 28 de Fevereiro de 2016

Local e data





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI
C.N.P.J. 08.741.399/0001-73
Home Page: <http://picui.famup.com.br>
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 08.619.660/0001-21

BASE DESCENTRALIZADA SAMU 192

Picuí/PB, 09 de Setembro de 2014.

DOCUMENTO 2 *T29*



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência **SAMU 192** Picuí/PB, realizou atendimento pré-hospitalar do paciente **JOSÉ GILVANDERSON DE SOUZA SILVA**, 17 anos, portador do RG 4.231.266, vítima de colisão moto/carro, ocorrido no dia 07 de Setembro de 2014, na rua: Juventino Henrique, Bairro: Limeira, Picuí/PB. Paciente encontrava-se consciente, orientado, apresentando corte contuso na região interdigital do pé esquerdo. Encaminhado ao Hospital Regional de Picuí/PB.

Gigliana da Silva Dantas
Coordenadora do SAMU
COEN/PB 246.096

Gigliana

GIGLIANA DA SILVA DANTAS
Coordenadora SAMU PICUI/PB



ALTO DECLARATORIO

Rua: Galdini Pinheiro, 26 - Bairro Centro / CEP: 58 187 - 000 - Picuí - PB
Fone/fax: (83) 3371-2620/ 3371-2350 - e-mail: gmpicui.sat.splena@uol.com.br





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Gilvanderison de Souza Silva
 RG nº 4.233.266, data de expedição 10/03/2014, Órgão
SSP/PB, CPF nº 124.355.144-74, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Edmundo Oliveira de Souza</u>
Número	<u>243</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Padua Salustiano</u>
Cidade	<u>Picui</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.187-000</u>
Telefone de Contato	<u>83) 3371-2274/ 9912-5490/ 9104-9190/ 8852-4690</u>
E-mail	<u>nilotdantas@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Picui PB, 28 de Fevereiro de 2016

Assinatura do Declarante: José Gilvanderison de Souza Silva



NORMELITA PEREIRA DE SOUZA SILVA
RUA SILVIO OLIVEIRA DE SOUZA, 249 - PEDRO SALUSTINO
RICU / PB CEP: 58187000 (49-50)

energisa

Class/Subst: RESIDENCIAL / BARRA RENDIA MONOFÁSICO
Roteiro: 6 - 80 - 516 - 3370
Nº medidor: 00000589872

Referência: Jul/2014
Emissão: 17/07/2014

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.956.143/0001-40 Ins. Est. 18.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica: NFD 810.817
Código para OMB: Arquivo: 00000589872

ver 2.6978.52 de 0005 de 14730.75 a 1.788 t-

5/501833-8

Jul/2014

17/07/2014

15/08/2014

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- O início do sistema de bandeiras tarifárias foi adotado para o ano de 2015. A bandeira verde não implica cobrança adicional. As bandeiras amarela ou vermelha, quando adotadas, implicam tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de JULHO vigorará a BANDA VERMELHA, a qual implicará R\$0,00 de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de tributos. Mais informações em www.aneel.gov.br.

3308927497
FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 15/07/2014 PAGAS.
OBRIGADO!

Data	Letra	Data	Letra		
15/06/14	15878	17/07/14	15194	1	216
					21
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)		
Consumo em kWh	30	0,10454	3,13		
Consumo em kWh	70	0,17821	12,47		
Consumo em kWh	115	0,28882	33,19		
IMPOSTOS E ENCARGOS					
PIS			0,35		
COFINS			1,63		
CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			4,85		
JUROS DE MORA 06/2014			0,35		
MULTA 06/2014			1,25		
ICMS (Base de Cálculo R\$ 67,79 Alíquota 77,00%)			25,05		

Jun/14	183
Ma/14	216
Abr/14	212
Mar/14	225
Fev/14	207
Jan/14	210
Dez/13	188
Nov/13	175
Out/13	180
Set/13	166
Ago/13	182
Jul/13	183

Média dos últimos meses
198 kWh

24/07/2014

R\$ 80,23

5/2014 - Pico

DIS MENSAL	8,50	0,00
DIS TRIMESTRAL	12,94	
DIS ANUAL	25,86	
DIS SEMESTRAL	3,30	
DIS TRIMESTRAL	8,50	
DIS ANUAL	13,20	
DIS SEMESTRAL	3,30	
DIS TRIMESTRAL	12,22	

CONTRATADA
LIMITE INFERIOR
LIMITE SUPERIOR

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Uso de Energia Elétrica	22,85	28,50
Custo de Energia	18,11	22,57
Serviço de Transmissão	1,40	1,74
Encargos Bateria	2,79	3,46
Impostos, Juros e Encargos	22,28	27,76
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,23	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(R\$ 0,57/2014) R\$ 28,83

PROTOCOLADO
RECEBIDO
10 MAR 2016
EM REGULADORIA



000295

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe, Inha Pessoa - PB, CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

01742179.9

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

ENDEREÇO

RUA ROLDÃO Z DE MACEDO, 145

BAIRRO

JK

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO ÁGUA

CIDADE

PILGRI

SITUAÇÃO ESCRITO

CEP

58167-000

028.001.0020.0304

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

17421799

LIGADA

POTENCIAL

RESIDENCIAL COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO

LITURA ATUAL

LITURA ANTERIOR

CONSUMO DO MÊS (m³)

DATA DA LITURA

QUA DE CONSUMO

CONDIÇÃO DA LITURA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO

ANORMALIDADE DA LITURA

ANORMALIDADE DE CONSUMO

DATA DA PRÓXIMA LITURA

351

351

10

23/11/2015

24

REALIZADA

REAL

11/12/2015

VALOR MÊS

VALOR MÊS

DETALHES

TAXA

PM

CM

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

CMO

TOTAL A PAGAR:

26,93

Dez/2015

30/12/2015

FAÇA SUA COMODIDADE PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DÉBITO AUTOMÁTICO.

*** Conta em Débito Automático a ser debitada no dia do vencimento

Banco BANCO DO BRASIL S.A

Agência: 2441

P-295

CLIENTE

NILO TRIGUEIRO DANTAS

CÓDIGO

028.001.0020.0304

TOTAL

26,93

Dez/2015

01742179.9

30/12/2015

PROTOCOLO
RECEBIDO
12 JUL 2016
J.E.M. REGULADORA

DOCUMENTO 1 "TYP"



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 380/08 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 380/08, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

1 Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
2 Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, portador(a) do RG nº **2.669.825**
2ª via, expedido por SSP/PB, em **04/09/2001**, CPF/CNPJ nº **047.951.774-65**, na
qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a)

João Gilvanderison de Souza Silva
do sinistro de DPVAT da natureza modulável
da vítima João Gilvanderison de Souza Silva
e conforme determinação da Circular SUSEP nº 380/08, declaro as informações
solicitadas:

Profissão: **advogado** Renda Mensal: **R\$ 2.500,00**

Documentos comprobatórios: **RG/CPF/CARTEIRA DA OAB/PB/COMPROVANTE
DE RESIDENCIA.**

NILO TRIGUEIRO DANTAS

RG nº 2.669.825 2ª via SSP/PB - CPF/CNPJ nº 047.951.774-65
PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2757710
 NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
 END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15, BAIRRO MONTE SA
 MUNICIPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25

Nome: JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA
 Raza/Cor: BARDA
 Dt. Nasc: 23/12/1986 Idade: (17 anos) meses) de idade dias) de idade Sexo: M

Mae: NORDELITA PEREIRA DE SOUSA
 Profissao: AGRICULTOR
 Endereço: RUA SILVINO DE OLIVEIRA SOUZA
 Bairro: CENTRO
 Municipio/CEP/RGE: PICUI/PA - 58167000 - 251140
 Telefone para contato: (83) 1824-1524
 Data e Hora: 07/09/2014 12:12:08

Documento: 4231266

CNS: 160460875040000
 Data e Hora: 07/09/2014 12:12:08

PA: SSVV
 ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

PROTÓCOLO RECEBIDO
 10 MAR 2016
 SEM REGULADORA

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

DEPCIONISTA: HRP

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARACTER DO ATENDIMENTO

- ☐ 01 - ELEIVO
- ☐ 02 - URGENCIA
- ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ☐ 04 - ACIDENTE NO TRALIEO PARA O TRABALHO
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESOES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUIMICOS OU FISICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNOSTICO:

CID-10:

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ 1. PRESCRITA
- ☐ 2. APLICADA
- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ RESIDENCIA
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ OBITO
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CODIGO / PROCEDIMENTO:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S): (CARIMBO(S))

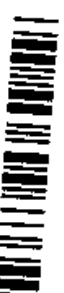
CBO CRM

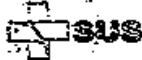
ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
 ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO
 ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO CARIMBO

90901 9 0101000000





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **HOSPITAL REGIONAL DE PICUI** 2 - CNES: **275**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: **Jose R. Anderson de Souza Silva** 4 - Nº DO PRONTUÁRIO: **74181**

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **1604608355020000** 6 - DATA DE NASCIMENTO: **23/12/196** 7 - SEXO: **M** 8 - RACIAIS: **Parda**

9 - NOME DA MÃE: **Wolancha Pereira de Souza** 10 - TELEFONE DE CONTATO: **DDD () Nº DO TEL.**

11 - NOME DO RESPONSÁVEL: **Wolancha Pereira de Souza** 12 - TELEFONE DE CONTATO: **DDD () Nº DO TEL.**

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO): **Rua: Juliana de Oliveira Souza**

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Picui** 15 - CDD EOE MUNICÍPIO: **251140** 16 - UF: **PB** 17 - CEP: **55187-000**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **Doença da criança**

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Doença da criança**

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Doença da criança**

21 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: **Doença da criança** 22 - CID 10 PRINCIPAL: **000** 23 - CID 10 SECUNDÁRIO: **000** 24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: **000**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **INVESTIGAR** 26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **000**

27 - CLÍNICA: **000** 28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **000** 29 - DOCUMENTO: **000** 30 - Nº DO DOCUMENTO (CRISC) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE: **000**

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **000** 32 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **000** 33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO): **000**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS VIOLENCIAS OU VIOLÊNCIAS

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAÍTO 37 - CDD DA CATEGORIA: **000** 38 - Nº DO BILHETE: **000** 39 - SÉRIE: **000** 40 - CDD DA EMPRESA: **000** 41 - CDD DA SÉRIE: **000** 42 - CDD: **000**

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **000** 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **000** 45 - CDD DO PROFISSIONAL: **000** 46 - Nº DO DOCUMENTO (CRISC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **000** 47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **000**

Hospital Regional de Picui
Atesto conforme o original.
Picui, 08/09/2014
Arquivo Médico
Lima de Melo
administrativo



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

2 - CNES

2757710

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Jose R. Benedito da Silva

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

21151

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10086072-5

6 - DATA DE NASCIMENTO

23/12/1966

7 - SEXO

Masculino

8 - RAÇA/COR

Pardo

9 - NOME DA RUA

Wanderlei Pinheiro da Silva

10 - TELEFONE DE CONTATO

(035) 3111-1111

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

Jose R. Benedito da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

(035) 3111-1111

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua T. Benedito da Silva, nº 100, Jd. São João

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Picui

15 - CDS. EXGE MUNICÍPIO

021190

16 - UF

PE

17 - CEP

55.101-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença crônica progressiva, com sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia noturna, edema de membros inferiores e ganho de peso.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca congestiva, com sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia noturna, edema de membros inferiores e ganho de peso.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exames realizados: Ecocardiograma, exames de sangue e urina, exames de imagem.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência cardíaca congestiva

22 - CID 10 PRINCIPAL

I50.9

23 - CID 10 SECUNDÁRIO

I50.9

24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

I50.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Insuficiência cardíaca congestiva

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

000000

27 - CLÍNICA

Insuficiência cardíaca congestiva

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca congestiva

29 - DOCUMENTO

Insuficiência cardíaca congestiva

30 - Nº DO DOCUMENTO (CNPES) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Insuficiência cardíaca congestiva

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Insuficiência cardíaca congestiva

32 - DATA DE SOLICITAÇÃO

Insuficiência cardíaca congestiva

33 - ASSINATURA E CARREGO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

Insuficiência cardíaca congestiva

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS

34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - CNV DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SEXO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNV DA SEGURADORA

41 - CNV DA SEGURADORA

42 - CNV

36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESALINHADO () APOSENTADO () NÃO SEQUER

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CDS. EXGE EXERCÍCIO

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNPES) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Insuficiência cardíaca congestiva

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNPES) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Insuficiência cardíaca congestiva

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Insuficiência cardíaca congestiva

50 - ASSINATURA E CARREGO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO)

Insuficiência cardíaca congestiva

Hospital Regional de Picui
Atesto conforme o original.
Picui, 08/09/2014.
Arquivo Médico e Administrativo





GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ - FELIPE TIAGO GOMES
CCIH - COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS CADASTRO DO PACIENTE INTERNO

Nº do Registro: 1.181 Nome do Paciente: Jose C. Lianckerson de Souza
Data de Nascimento: 3/12/96 Sexo: M (☒ F) Nº do Cartão do SUS: 160460875048000
Data de internação: 07/09/13 Origem do Paciente: Instituição de Saúde () Comunidade (☒)

JUSTIFICATIVA

Diagnóstico da Internação: _____ Fatores de Risco: _____
Início: / / Término: / /

ANTIMICROBIANOS

Antibióticos	Início	2. dia	3. Dia	4. Dia	5. Dia	6. Dia	7. Dia	Suspensão
Ampicilina 1g								
Benzilpenicilina								
Cloranfenicol 1g								
Cefalotina 1g								
Ceftriaxona 1g								
Ciprofloxacino 400mg EV								
Gentamicina 40 mg IM/EV								
Gentamicina 80 mg IM/EV								
Lincomicina 600 mg IM/EV								
Levofloxacino 500 mg								
Metronidazol 500mg EV								
Oxacilina 500 mg								

CONTROLE DIÁRIO (FARMÁCIA)

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) Termo de Cooperação 37/2006-
OPAS/OMS e Portaria 2616/1996 do (MS) Ministério da Saúde/Brasil.

Médico Prescritor



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2021 14:01:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072814010136600000044042745>
Número do documento: 21072814010136600000044042745

Num. 46359202 - Pág. 15



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 18 - Morada Santa
CEP: 58.187-000 - Tel (33) 3371-2354/2390
Picuí - PB - CNPJ: 08.778.268/0001-00

Nº AIH

Nº de Ordem

Nº de Reg. 77.181

Nº de Docum. 42.91266

FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE

Nome: José Celso Romão da Silva		
Data do Nasc. 23/12/96	Sexo: Masc. ☐ Femin. ☐	
Idade: 17	Fone:	
Endereço: R. Silvino de Oliveira Souza		
Bairro: Centro	Cidade: Picuí	
Profissão: Viganteiro		
Entrada: 07/05/13	Alta: 1/1	Óbito: 1/1
Estado Civil: Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Outros ☐		
Pai:		
Mãe: Wasmelita Pereira de Sousa		
Responsável: Wasmelita Pereira de Sousa		
Médico Assistente:		
Diag. Definitivo:		
Tratamento:		





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
Rua Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
CEP: 58.187-000 Fones: (83) 3371-2584 / 2090
Picui PB - CNPJ: 08.778.268/0001-80

Nº APM _____
Nº de Ordem _____
Nº de Reg. 71.183
Nº do Docum. 4231266

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Jose Eulanderson de Souza Silva
Responsável: Wasmelik Pereira de Souza
Pai: _____
Mãe: Wasmelik Pereira de Souza
Prof: Assistente Data Nasc.: 23.12.96 Idade: 13
Endereço: Rua: Silvino de Oliveira Souto Nº 229
Bairro: Antes Cidade: Picui Est. Civil: _____

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: _____

Tratamento efetuado no hospital: _____

Exames realizados: _____

Internado em 07/09/14 Alta em 11/11/14 Óbito em _____

Arquivista: _____

Médico Assessor: _____





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
Hospital Regional do Pícul Felipe Tiago

TERMOS DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado Jean B. Viana de Sousa Filho
Pessoa responsável pelo doente Uso de medicamentos sem prescrição
Dá plena autorização aos médicos do Hospital Regional do Pícul que o
Assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

Em, 07 de Setembro de 2014

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente
Reconhece que o mesmo deixou o Hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo
inteira responsabilidade por sua decisão.

Em, de de

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente
Certifica que o mesmo teve alta do Hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.

Em, de de

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:

O abaixo assinado
Pessoa responsável pelo doente
Reconhece que o mesmo está em condições de acordo e declara pelo presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do Hospital contribuiu intencionalmente para a indução da alta médica hospitalar.

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas:





Hospitals Regional de Ficat "Fidelio Torres Gonsalves"

**SUS**

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: João A. Lundström vt. Jorge Silva IDADE: 17

SERVIÇO: _____ ENF.: _____ LEITO: _____

[illegible]



Hospital Regional de Pinar "Félix Díaz Guea"



SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME: José A. Anderson de Souza Silva IDADE: 17
SERVICO: liarri ENF: 267 LETTO: 01

SERVIZIO: licenze ENF.: 267 LETTO: 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	ASSINATURA
09.14	14:40h	Exame admissional mente ativo, chegando de novo, do lado da amputação, para fazer o exame do antepé e do pé do membro de plástico. Não apresenta nenhuma alteração. Segue aos cuidados da enfermagem. PA → 140 x 50 mmHg	Martha da Silva C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.871
	14:40h	Exame admissional mente ativo, chegando de novo, do lado da amputação, para fazer o exame do antepé e do pé do membro de plástico. Não apresenta nenhuma alteração. Segue aos cuidados da enfermagem. PA → 130 x 50 mmHg	Martha da Silva C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.871
09.14	5:00h	Exame admissional mente ativo, chegando de novo, do lado da amputação, para fazer o exame do antepé e do pé do membro de plástico. Não apresenta nenhuma alteração. Segue aos cuidados da enfermagem. PA → 140 x 50 mmHg (Atos observados) do exame admissional mente ativo, chegando de novo, do lado da amputação, para fazer o exame do antepé e do pé do membro de plástico. Não apresenta nenhuma alteração. Segue aos cuidados da enfermagem.	Martha da Silva C. Azevedo Téc. de Enfermagem COREN-619.871





GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital Regional de Picuí "Felipe Tiago Gomes"

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI – FELIPE TIAGO GOMES
CCIH – COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS CADASTRO DO PACIENTE INTERNO

Nº do Registro: 41.183 Nome do Paciente: João Carlos de Jesus
Data do Nascimento: 3/12/94 Sexo: M (☒) F (☐) Nº do Cartão do SUS: 3660815040000
Data da internação: 01/09/19 Origem do Paciente: Instituição de Saúde (☐) Comunidade (☒)

JUSTIFICATIVA

Diagnóstico da Internação: _____ Fatores de Risco: _____
Início: / / Término: / /

ANTIMICROBIANOS

Antibióticos	Início	2. dia	3. Dia	4. Dia	5. Dia	6. Dia	7. Dia	Suspensão
Ampicilina 1g								
Benzilpenicilina								
Cloranfenicol 1g								
Cefalotina 1g								
Ceftriaxona 1g								
Ciprofloxacino 400mg EV								
Gentamicina 40 mg IM/EV								
Gentamicina 80 mg IM/EV								
Lincomicina 600 mg IM/EV								
Levofloxacino 500 mg								
Metronidazol 500mg EV								
Oxacilina 500 mg								

CONTROLE DIÁRIO (FARMÁCIA)

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) Termo de Cooperação 37/2006-
OPAS/OMS e Portaria 2616/1996 do (MS) Ministério da Saúde/Brasil.

Médico Prescritor

Sector da Farmácia





Hospital Regional de Foz de Iguaçu "Felipe Tasso Gomes"



Sistema Único de Saúde

EVOLUÇÃO

Nome: José A. L. Machado et. Sousa Silva Idade: 17 Reg: 41.181

Serviço: limpeza Diagnóstico: _____ Local: 2901

Data	Evolução
	PROCA DA ORTOPEDIA
	<i>[Signature]</i>
08/09/19	Profunidade de antiptese $I = 4^{\circ}$ e $V = MTT$ e - FRAT. 2° PDE.
	Cond. proptorizacas + Linp Alta
	<i>[Signature]</i> Dr. Carlos Cássio Filho Ortopedia - Cirurgia do Membro Superior CRM-PR 6889 - RPP 13125





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PICUI "Felipe Tiago Gomes"

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE:	ENF.	LEITO
José C. L. Nascimento de Souza Silva	207	01
DATA: 09/08/21		ASSINATURA
Paciente admitido em 09/08/21 com diagnóstico de fratura de fêmur direito. Foi submetido a cirurgia de fixação com placa e parafusos. Evolução satisfatória. Paciente em boas condições clínicas. Alta hospitalar prevista para 14/08/21.		
09/08/21 - Paciente segue internado. Aguardando avaliação do médico ortopedista. AOS cuidados da enfermagem.		
08.09.14 - Paciente avaliado pelo ortopedista e qual prescreveu mobilização do membro afetado. Paciente segue em ALTA HOSPITALAR.		



IDENTIDADE

960-4

SECRETARIA DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
VIGILÂNCIA DO VALOR E DA CONTINUIDADE

JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

124.359.144-74

23/12/1996

JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA



0451.5011111111111

REGISTRO GERAL

4.231.266

10/03/2014

JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

FLAVIO GILVAN DOS SANTOS SILVA
NORIELITA PEREIRA DE SOUSA

NATURALIDADE

PICUI-PB

DOC ORIGEM

NASC. N. 17563 FLS. 249 LIV. A 18

CARTORIO PICUI PB

124.359.144-74

23/12/1996

JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

VITIMA

Ministério da Fazenda

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA

Número

124.359.144-74

Nascimento

23/12/1996

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTOCOLADO
RECEBIDO
10 MAR 2016
JEM REGULADOR

CÓDIGO DE CONTROLE

D5DF.DF50.9949.D7DB

Comprovante emitido pelo

Secretaria da Receita Federal do Brasil

www.receita.fazenda.gov.br

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet no endereço



 SEGURADORA LÍDER		86890000002-3 92010924860-2 80006925076-7 55902111517-8			
ÓRGÃO RECEBEDOR SEGURADORA LÍDER		CÓDIGO CORRETOR SUSEP		PARCELA ÚNICA	VENCIMENTO 05/03/2015
PLACA KJA3042	RENAVAM 692507655	CHASSI 9C2JC250VWR101470	TRANSMISSÃO 11/07/2016	CÓDIGO SEGURO 8	AGÊNCIA/CÓDIGO 0000 / 0000000000
PROPRIETÁRIO 00898273412 DAMIAO BORGES DE OLIVEIRA					NÓSSO NÚMERO 000692507655902111517
DISCRIMINAÇÃO DOS DÉBITOS SEGURO OBRIGATORIO 2015 292,01					PRÊMIO LÍQUIDO 290,90
DOCUMENTO 6 *T696*  OBSERVAÇÕES PAGÁVEL NOS BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL, CEF E LOTÉRICAS (COMPENSAÇÃO ONLINE PARA TODOS OS DÉBITOS); BRADESCO e SANTANDER (ONLINE, *EXCETO DPVAT); ITAÚ (ONLINE, *EXCETO DPVAT E IPVA). *TRÊS DIAS ÚTEIS SR. CAIXA, NÃO RECEBER VALORES PARCIAIS E NEM APÓS 31/07/2016 ATENÇÃO: As coberturas, documentos necessários para o pedido de indenização e outras informações importantes a respeito do Seguro Obrigatório DPVAT podem ser consultadas no Certificado de Licenciamento Anual - CLA (antigo CRLV) - Lei Estadual nº 14.346 / 2011.					ISO F(2%) 1,11
					PRÊMIO TOTAL 292,01
					MORA MULTA 0,00
					OUTROS ACRESCIMOS 0,00
INTERNET					USUÁRIO
					VALOR COBRADO 292,01

 SEGURO OBRIGATÓRIO		86890000002-3 92010924860-2 80006925076-7 55902111517-8			
ÓRGÃO RECEBEDOR SEGURADORA LÍDER		CÓDIGO CORRETOR SUSEP		PARCELA ÚNICA	VENCIMENTO 05/03/2015
PLACA KJA3042	RENAVAM 692507655	CHASSI 9C2JC250VWR101470	TRANSMISSÃO 11/07/2016	CÓDIGO SEGURO 8	AGÊNCIA/CÓDIGO 0000 / 0000000000
PROPRIETÁRIO 00898273412 DAMIAO BORGES DE OLIVEIRA					NÓSSO NÚMERO 000692507655902111517
DISCRIMINAÇÃO DOS DÉBITOS SEGURO OBRIGATORIO 2015 292,01					PRÊMIO LÍQUIDO 290,90
OBSERVAÇÕES PAGÁVEL NOS BANCOS CREDENCIADOS: BANCO DO BRASIL, CEF E LOTÉRICAS (COMPENSAÇÃO ONLINE PARA TODOS OS DÉBITOS); BRADESCO e SANTANDER (ONLINE, *EXCETO DPVAT); ITAÚ (ONLINE, *EXCETO DPVAT E IPVA). *TRÊS DIAS ÚTEIS SR. CAIXA, NÃO RECEBER VALORES PARCIAIS E NEM APÓS 31/07/2016 ATENÇÃO: As coberturas, documentos necessários para o pedido de indenização e outras informações importantes a respeito do Seguro Obrigatório DPVAT podem ser consultadas no Certificado de Licenciamento Anual - CLA (antigo CRLV) - Lei Estadual nº 14.346 / 2011.					ISO F(2%) 1,11
					PRÊMIO TOTAL 292,01
					MORA MULTA 0,00
					OUTROS ACRESCIMOS 0,00
INTERNET					USUÁRIO
					VALOR COBRADO 292,01





DECLARAÇÃO DO CONDUTOR/PASSEIRO DE VEICULO

Eu, JOSE GILVANDERSON DE SOUSA SILVA, RG: 4.231.266, CPF: 124-359-144-74, residente e domiciliado na RUA SILVINO OLIVEIRA DE SOUSA, Cidade de PICUI, no Estado do PB

venho por meio deste, informar que sofri um acidente de motocicleta de propriedade de terceiro, que deixa de repassar a declaração do proprietário do veículo informar tendo em vista que o mesmo esta em local incerto, razão pela qual junta referida declaração que firmo, declaro ainda os dados de veículo conduzido por mim.

Nome do proprietário: DAMIÃO BORGES DE OLIVEIRA

Ano: 1998

Placa: KJA-3042-PE

Chassi: 9G2E2S0WWR301470

Data do acidente: 07/09/2014



Diante do exposto, com a carência de provas documentais por parte dos órgãos governamentais acima não poderá implicar no não recebimento da indenização do Seguro DPVAT.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

Local/Data Picui - PB, 23 de março de 2016



Jose Gilvander son de Sousa Silva



Assinatura

DOCUMENTO 4 "T4"



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE GILVANDERSON DE SOUSA SILVA
brasileiro(a), SOLTEIRO, ESCRIVANTE
portador(a) do RG nº. 4.233-266 expedido por SSP/PB em
10/03/2014 e do CPF nº. 124.359-344-74, residente na (o)
RUA: SILVINO OLIVEIRA DE SOUSA Nº 249
município de PICUI - PB, CEP 58.187-000

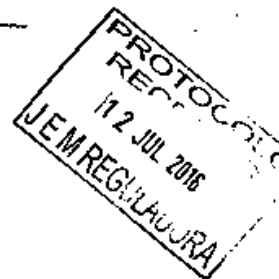
Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a
OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.689.825
SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão
Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.:
(83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes
para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 23 de março de 2016



Jose Gilvanderison de Sousa Silva
outorgante





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICUI/PB

Processo n.º 00026823820168150271

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscrive, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE GILVANDERSON DE SOUZA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incurção em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa os fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, constando apenas relatos totalmente unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES SOBRE O SINISTRO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO.

Conforme se verifica nos documentos médicos, não ficou devidamente comprovado que as lesões aduzidas sejam decorrentes do sinistro noticiado, isto se observa uma vez que inexistem nestes documentos qualquer menção ao acidente ou até mesmo quanto ao socorro prestado.

Portanto, para que não pairasse qualquer dúvida sobre a autenticidade dos documentos médicos apresentados aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital, no qual foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistem nexos causais entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado e um sinistro de trânsito.

Conforme se verifica nos documentos médicos, não ficou devidamente comprovado que as lesões aduzidas sejam decorrentes do sinistro noticiado, isto se observa uma vez que inexistem nestes documentos qualquer menção ao acidente ou até mesmo quanto ao socorro prestado.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PICUI, 26 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2021 14:01:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072814010242300000044042749>
Número do documento: 21072814010242300000044042749

Num. 46359206 - Pág. 4