

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2017

Carta nº: 11670510

A/C: JOSINALDO DE MENESES GOMES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170498861 ASL-0352968/17
Vítima: JOSINALDO DE MENESES GOMES
Data Acidente: 12/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01461/01462 - carta_01





CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 3230/2017**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E CINCO (25)** dias do mês de **JULHO** do ano **DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel.º MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegada (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **JOSINALDO DE MENESES GOMES**, RG 1.664.574 SSP/PB, CPF: 036.665.584-10, brasileira (o), solteiro, com 44 anos de idade, metalúrgico, natural de Patos/PB, Filho(a) de Antonio Gomes dos Santos e Iracema de Meneses Gomes, Residente na Rua Pedro dos Santos, S/N, Centro, Santa Terezinha/PB, Tel.: (83) 98218-9666, a fim de notificar o seguinte:

Que, o notificante afirma que no dia 12/03/2017, por volta das 15h 15m transitava pela PB-262 sentido São José do Bonfim/Patos/PB, pilotando a sua motocicleta HONDAS/POP 100, PLACA: OFE-6015/PB, COR VERMELHA, ANO/MODELO: 2012/2012, CHASSI: 9C2HB0210CR487417, RENAVAL 0049063702-7, quando numa curva, na altura do Km 8,5 sobrou numa curva e perdeu o controle da moto e caiu, ficando desacordado, após perder os sentidos; Que em decorrência da queda da moto a notificante sofreu várias escoriações e fraturou a clavícula e fraturou algumas costelas, inclusive perfurou o pulmão, também houve um desligamento dos tendões do joelho esquerdo; Que o notificante afirma que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Patos/PB, onde recebeu atendimento médico; Que a motocicleta pertence e é licenciada em nome do notificante.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

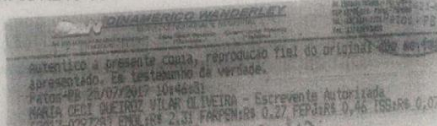
TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Josinaldo de Meneses Gomes

Patos/PB, 25 de Julho de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
José Wellington Rodrigues de Moura
Mat. 137.246-77



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : Nº 047.282.731



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA LUANA DE OLIVEIRA MENESES
RUA MANOEL PEREIRA S/N
PATOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/790670-4

REFERÊNCIA

JUL/2020

APRESENTAÇÃO

13/07/2020

CONSUMO

166

VENCIMENTO

20/07/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 155,42

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 17850.497177 8 83220000015542				
Pagador: MARIA LUANA DE OLIVEIRA MENESES CNPJ/CPF: 706.034.204-43				
RUA MANOEL PEREIRA S/N - VL TEIMOSA - PATOS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120017850497	000790670202007	20/07/2020	R\$ 155,42	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, JOSINALDO DE MENESES GOMES,
BRASILEIRO (nacionalidade), SOLTEIRO (estado civil),
(profissão), _____ (portador(a) do
RG) e do 1664.574 (CPF), 036.665.584-70
Rua Manoel Pereira, s/n, Vila Teimosa, Patos - PB
(residente

e domiciliado(a) à [endereço completo]). DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

PATOS - PB, 11 de MAIO de 20 20.

Josinaldo de Menezes Gomes

OUTORGANTE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.664.574 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 09/12/2015

NOME JOSINALDO DE MENESES GOMES

FLIAÇÃO ANTONIO GOMES DOS SANTOS IRACEMA DE MENESES GOMES

NATURALIDADE PATOS-PB DATA DE NASCIMENTO 08/02/1973

DOC ORIGEM CERT. CAS. Nº12610 - LIV.053 - FLS.080 - CARTORIO PATOS PB

CPF 036.665.584-10

Assinado eletronicamente por: YURE PEREIRA GOMES - 12/08/2020 13:29:50





Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2017

Carta nº: 11946545

A/C: JOSINALDO DE MENESES GOMES

Sinistro: 3170498861 ASL-0352968/17
Vitima: JOSINALDO DE MENESES GOMES
Data Acidente: 12/03/2017
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: JOSINALDO DE MENESES GOMES

Valor: R\$ 4.218,75

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000180855-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.218,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%
Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00089/00090 - carta_15R





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Josinaldo de Menezes Gomes, portador do RG nº 1.664.574 e CPF nº 036.665.584-10, residente e domiciliado na Rua Pedro dos Santos, SN, Centro, CEP = 58.720-000, Município de Santa Cruzinha - PB.

OUTORGADA: **WALDEY LEITE LEANDRO**, brasileiro, casado, ADVOGADO, com inscrição na OAB-PB nº. 13.958, **EVVELYN CHRISTINE DE SOUSA LUCENA**, ADVOGADA, inscrita na OAB-PB sob o número 21.850, **FRANCINILCIA LEITE MELO**, ADVOGADA, inscrita na OAB-PB sob o número 21.754, **EDMAR ARAÚJO**, ADVOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 23.270 e **YURE PEREIRA GOMES**, ADVOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 20.152, todos com escritório profissional a Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos - PB.

PODERES: Por este Instrumento Particular de procuração o OUTORGANTE nomeia e constitui seu(a) bastante procurador(a), o outorgado(a), a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula ad judicium et extra, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, podendo o dito(a) procurador(a) praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do mandato ora outorgado, tais como: Contestar, ingressar com ação que julgar conveniente e necessária, recorrer em qualquer fórum ou instância, transigir, concordar, discordar, desistir, firmar compromissos (NÃO POSSUI PODERES PARA RECEBER DINHEIRO/PECUNIA OU DAR QUITAÇÃO EM NOME DO OUTORGANTE), agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, em especial para representá-lo e defendê-lo perante QUALQUER ORGÃO DO PODER JUDICIÁRIO, EM QUALQUER ORGÃO ADMINISTRATIVO COMO INSS, PBPREV, DNOCS, IBGE, SEGURO DE VIT, movido a favor do outorgante, do qual a mesma se compromete a levar as testemunhas para os atos processuais independentemente de intimações (nos termos do §2, do art. 455, do NCPC).

Patos, 18 de Maio de 20 20.

Josinaldo de Menezes Gomes
Outorgante

ISENTO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA, FACE A LEI Nº. 8.952/94, QUE DA NOVA REDAÇÃO AO ART. 38 DO CPC.

Dr. Waldey Leite Leandro
Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos - Pb.
Fone: (83) 8808-3805
E-MAIL e MSN: waldeyleite@hotmail.com





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO BONFIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 09

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA: 21/12/20 OCORRÊNCIA Nº: — PACIENTE / USUÁRIO: João de Menezes Lima IDADE: 44 SEXO: M
LOCAL DA OCORRÊNCIA: rua da 19/São José do Bonfim BAIRRO: — MÉDICO REGULADOR: Dr. J. Silva
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO
QTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ PEDIÁTRICO
☐ ACRESSÃO ☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO ☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/ISOTERRAMENTO ☐ QUEDA: — METROS
☐ ELETROCUSSÃO ☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B. ☐ OUTROS: queda de altura
☐ F.A.F. (P.A.F.)
☐ GINECO-OBSTÉTRICO
☐ LESÕES TÉRMICAS

ANTECEDENTES:

☐ AIDS ☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO ☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC ☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES ☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES ☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA ☐ PROBLEMAS RESPIRATORIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA ☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R.P. RESPONSÁVEL: Dr. J. Silva FUNÇÃO: —

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: —

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: — RESPONSÁVEL: — FUNÇÃO: —

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

— dor na região da cabeça + dor na coxa

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 120 x 80 FC: FR: 56 TEMP: — °C - GLICEMIA: — mg/dl - E. Com a: — SpO2s/O2: 96 SpO2e/O2: —

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cardiorpulmonar Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Renal Ineficaz ☐ Tornoiregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: —

INTERVENÇÕES:

—

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

—





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) Jonanildo de Menezes portador(a) da identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S420, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 25.04.17

Stênio Guy W. Araújo
CRM 1325 - 686-223146
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA-ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

DINAMÉRICO WANDERLEY
Assinatura Eletrônica
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 25/07/2017 10:46:30
NATHALIA OLIVEIRA VILAR OLIVEIRA - Escrevente Autorizada
[2017-029727] EML:R1 2.31 FAPENIR: 0,27 FEP:R1 0,46 ISS:R1 0,07
SELB DIGITAL: AEM23097-FLK m enca
Confira a autenticidade em: <https://cedigital.tpb.jus.br>



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSINALDO DE MENESES GOMES, portador da
carteira de identidade nº 1.664.574 e inscrito no CPF/MF sob o nº
036.685.584-10, residente e domiciliado na
RUA PROJETA, SN, VILA TEIMOSA, CEP 58700-000 Cidade
PATOS, Estado PARAIBA, 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.

PATOS-PB, 30 AGOSTO 2017

Local e data

Josinaldo de Menezes Gomes
Assinatura do declarante





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA DA COMARCA DE PATOS

Processo n. 0804048-03.2020.8.15.0251

DESPACHO

Vistos etc.

É de conhecimento desta magistrada que a seguradora demandada somente formaliza acordos após submissão do autor à perícia médica. Por este motivo, deixo de agendar a audiência de conciliação descrita no art. 334 do Novo CPC.

Assim, cite-se a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344), ressalvados direitos indisponíveis.

Defiro a gratuidade processual à parte autora.



Decorrido o prazo de contestação, desde já o cartório inserir o presente feito no rol das perícia aprazadas por este juízo, intimando-se as partes do dia, hora e local, bem como para em 15 dias indicar assistente e quesitos.

Advirto desde logo que os quesitos serão padrão mutirão depvat.

Cumpra-se.

Patos/PB, data e assinatura eletrônicas.

Vanessa Moura Pereira de Cavalcante

Juíza de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
4ª Vara Mista de Patos

PROCESSO Nº 0804048-03.2020.8.15.0251
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Indenização por Dano Moral, Acidente de Trânsito]

AUTOR: JOSINALDO DE MENESES GOMES
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 4ª Vara Mista de Patos, fica Vossa Senhoria devidamente **CITADO(A)** por todos os termos da Petição Inicial, cópia em anexo, com as devidas cautelas e advertências, para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344), ressalvados direitos indisponíveis.

Patos-PB, 19 de agosto de 2020.

Antonio Marcos César de Almeida

Técnico Judiciário

