



Número: **0800777-02.2020.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **25/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 20.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO INACIO TAVARES (AUTOR)</b>	<b>maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>JANIO DANTAS GUALBERTO (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40561 059	12/03/2021 12:51	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
40561 061	12/03/2021 12:51	<a href="#"><u>2750488_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
40561 062	12/03/2021 12:51	<a href="#"><u>2750488_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:51:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212512003500000038631898>  
Número do documento: 21031212512003500000038631898

Num. 40561059 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190026846 Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

Data do Acidente: 17/03/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO INACIO TAVARES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 13807393



01183/01181 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:51:20  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103121251205780000038631900>  
Número do documento: 2103121251205780000038631900

Núm. 40561061 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190026846

Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

Data do Acidente: 17/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), FRANCISCO INACIO TAVARES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01723/01724 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050862

Carta nº 13807405



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:51:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212512057800000038631900>  
Número do documento: 21031212512057800000038631900

Num. 40561061 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190026846 Vítima: FRANCISCO INACIO TAVARES

Data do Acidente: 17/03/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a) FRANCISCO INACIO TAVARES**

informações que não receberam a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

00010249



Paq. 00497/00498 - carta 16 - INVALIDEZ

Carta n° 14561645



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:51:20  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212512057800000038631900>  
Número do documento: 2103121251205780000038631900

Núm. 40561061 - Pág. 3

*(Signature)*

LIVRO.: 0229

FOLHA: 049

COMPREZ  
COMPRE & SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

PROTÓCOLO  
A. JOÃO PESSOA

**PROCURAÇÃO**

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que os (60) dias do mês de outubro do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE NOTAS**, situado na Av. Dom Pedro II, 33 - Centro - Guarabira, PB CEP:58200-000, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular**, compareceu(ram) como OUTORGANTE(S) **FRANCISCO INACIO TAVARES**, brasileira, solteiro, maior, auxiliar de serviços, residente e domiciliado na Rua Jorge Maranhão, nº 117, Bairro do Rosário, nesta cidade, portador da Carteira de Identidade RG nº 003.975.501-SSDS-PB e do CPF nº 853.568.754-87, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim Tabeliã Pública, do que dou fé, pelo(s) mesmo(s) outorgante (s) foi dito que por este público instrumento nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante(s) PROCURADOR(ES) **Dra. MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 11.662-B e CPF nº 379.865.114-00; **Dr. LUIZ SANTANA DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 14.301-B e CPF nº 101.724.834-68; **Dr. RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.903 e CPF nº 052.202.404-12; **Dra. EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 16.105 e CPF nº 023.025.424-10; **Dra. LARISSA MARIA LACERDA SANTANA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.625 e CPF nº 067.499.284-98 e **Dra. LARISSA MARIA ROCHA RODRIGUES ALVES**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.624, todos com escritório profissional localizado na Avenida Dom Pedro II, nº. 705, Centro, na cidade de João Pessoa, Capital deste Estado, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo (art. 77, inciso V do CPC), a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "*AD JUDICIA ET EXTRA*", representá-lo(a) em Repartições Publicas, Municipais, Estaduais e Federais, Autarquias e, em especial perante ao INSS – Instituto Nacional de Seguro Social, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros documentos, requerer benefício previdenciários e assistenciais e suas revisões, transformações, desistência, obter vistas em procedimentos administrativos, conferindo-lhe ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal propor ação revisional/ ou concessão, restabelecimentos de benefício, via administrativa ou judicial, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-sos, sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, **renunciar aos valores que excedam a 60 (sessenta) salários mínimos, em razão do procedimento especial (Lei 10.259/2001)**, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber valores existentes em contas judiciais, alvarás, precatórios e RPV, deduzindo e compensando os seus créditos por despesa e de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, com as respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, em tudo agindo em conjunto ou separadamente, autorizando o substabelecimento a outrem, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que fizer jus (nos moldes do §1º, §2º, §3º e §4º do art. 85 do CPC/2015). Pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, por fim, praticar todos os atos em direito permitido para o fiel cumprimento dos



LIVRO.: 0229

FOLHA.: 049



poderes outorgados neste instrumento. Instrumento feito sob MINUTA. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a) outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,14, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 9,48, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 2,37, sendo os Emolumentos R\$ 47,40. Selo Digital: **AHP50752-0G2Q**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando por Carlos Alberto Xavier de Araújo, brasileiro, casado, escrutário, portador do Documento de Identidade nº 1.576.526-2ºVia-SSDS-PB, inscrito no CPF/MF nº 798.073.304-59, residente e domiciliado na Rua José da Cunha Rego, nº 109, Centro, nesta cidade, CEP 58200-000, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. O presente ato foi lavrado, rubricado e encerrado, tendo sido conferida toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES – Titular do Cartório 2º Ofício de Notas**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) FRANCISCO INACIO TAVARES.

Em testemunho ( ) da verdade.



WARDIRIA TOSCANO DE SALES  
- TITULAR -





**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT 24/2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: VITORINO				Posto/Graduação: 2º SARGENTO
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: ACESSO AO BAIRRO MUTIRÃO			Hora 21:00	Bairro MUTIRÃO	Município: GUARABIRA
Data/Ocorrência 17/03/2018	Dia da Semana SÁBADO	C/S Vítima (QT) SIM 02	Natureza do Acidente ATROPELAMENTO	Tipo de pavimento CALÇAMENTO	Condições/Via REGULAR
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 CICLOMOTOR 01 PEDESTRE			Controle do tráfego no local SEM CONTROLE		

**CONDUTOR 01**

Nome IRANILDO CELESTINO		Sexo MASCULINO	Nascimento 31/08/1982	RG 3032842
----------------------------	--	-------------------	--------------------------	---------------

Endereço

RUA: LÍDIA COSTA CARMO N° 41, CONJUNTO MUTIRÃO, GUARABIRA - PB

1ª Habilitação XXXXXX	Categoria XX	Registro CNH N. <sup>º</sup> XXXX	U.F. XX	Ex.méd./Dia XXXX	Data Vencimento XXXXXX	Usava cinto XXX	Usava Capacete
--------------------------	-----------------	--------------------------------------	------------	---------------------	---------------------------	--------------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica NÃO	Destino do Condutor HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB						
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

**VEÍCULO 01**

Marca I/SHINERAY	Espécie PAS/CICLOMOTOR	Placa QFU 0568	Categoria PARTICULAR	Município SAPE	U.F. PB
---------------------	---------------------------	-------------------	-------------------------	-------------------	---------

Nome do Proprietário

VANDERLY NASCIMENTO COSTA

Seguradora D P V A T	Bilhete N° XXXXXXXXXXXX	Renavan N° 01077258248	Data da Emissão XXXXXXXXXX
-------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------------

Defeitos

**VERSAO DO CONDUTOR 01**

Condutor impossibilitado de prestar esclarecimentos sobre os fatos, pois o mesmo foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional de Guarabira - Pb.

COMPREV  
COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
10 JAN. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**CONDUTOR 02**

Nome	Sexo	Nascimento	RG
------	------	------------	----

Endereço

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N. <sup>º</sup>	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
----------------	-----------	------------------------------	------	-------------	-----------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica	Destino do Condutor						
-------------------------------	---------------------	--	--	--	--	--	--

**VEÍCULO 02**

Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.
-------	---------	-------	-----------	-----------	------

Nome do Proprietário

Seguradora	Bilhete N°	Renavan N°	Data da Emissão
------------	------------	------------	-----------------

Defeitos

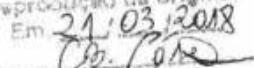
POLICIA MILITAR DA PARAÍBA  
TRÂNSITO - BTRAN  
Folha única

**VERSAO DO CONDUTOR 02**



**CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 24/2018**

CONDUTOR 03

Nome		Sexo	Nascimento		RG		
Endereço							
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento		
Exame de Embriaguez Alcoólica		Destino do Condutor					
VEÍCULO 03							
Marca	Espécie	Placa	Categoria	Município	U.F.	COMPRA SEGUROSE P/VIDÊNCIA S/A Data da Emissão	
Nome do Proprietário		Bilhete N°		Renavan N°		10 JAN. 2018	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA
Seguradora							
Defeitos							
VERSÃO DO CONDUTOR 03							
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>POLÍCIA MILITAR DA PARAÍBA</b>          2º CPTM/11 - BPTRAN          Esta é cópia e não          reproduz o original          Em 21/03/2018   </div>							

**CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 24/2018**

VÍTIMA 01

Nome		Sexo	Nascimento
IRANILDO CELESTINO		MASCULINO	31/08/1982
Endereço			
RUA: LÍDIA COSTA CARMO N° 41, CONJUNTO MUTIRÃO, GUARABIRA - PB		Viajava no Veículo N° 01	Usava Cinto
Ferimentos			
Condição da Vítima		Conduzida Para	
CONDUTOR		HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	

VÍTIMA 02

Nome		Sexo	Nascimento
FRANCISCO INÁCIO TAVARES		MASCULINO	15/11/1968
Endereço			
RUA JORGE MARANHÃO N° 78, BAIRRO DO ROSÁRIO, GUARABIRA - PB			
Ferimentos			
Condição da Vítima		Conduzida Para	
PEDESTRE		HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA - PB	

VÍTIMA 03

Nome		Sexo	Nascimento
Endereço			
Ferimentos		Viajava no Veículo N°	Usava Cinto
Condição da Vítima		Conduzida Para	
TESTEMUNHA 01		Sexo	Nascimento
Nome			



**VERSÃO DA TESTEMUNHA 01**

**TESTEMUNHA 02**

<b>Nome</b>		<b>Sexo</b>	<b>Nascimento</b>
<b>Endereço</b>			
<b>CPF</b>	<b>Identidade</b>	<b>Órgão Emissor</b>	<b>U. F.</b>

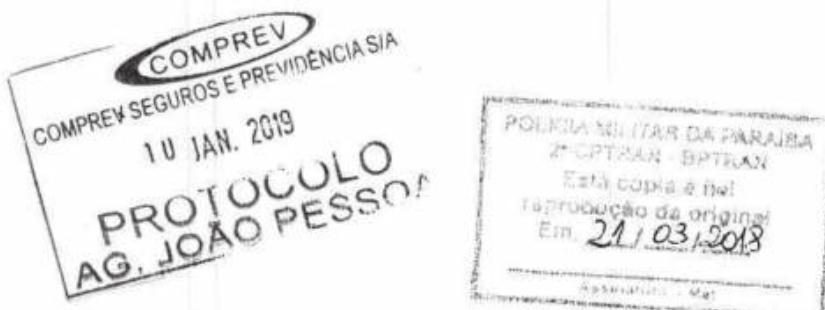
**VERSÃO DA TESTEMUNHA 02**

**CONSTATADO**

Constatado quando do levantamento que: O condutor, Iranildo Celestino quando pilotava o ciclomotor Shineray, sentido Mutirão ao Conjunto Osmar de Aquino, veio atropelar o Senhor; Francisco Inácio Tavares que seguia a pé no mesmo sentido. Ambos foram socorridos pelo Corpo de Bombeiros ao Hospital Regional de Guarabira – Pb.

Obs: Não foi possível confeccionar o croqui, pois o ciclomotor foi retirada do local do sinistro.

Guarabira – PB, 20/03/2018



2º SGT. VITORINO Responsável pelo Levantamento





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
------------------------	----------------	--------------------------	--

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO (CIRCULAR SUSPENSO 245/2012)

Nome completo: <i>Fernando Moreira Torres</i>		CPF: <i>853.568-754-87</i>
Profissão: <i>studante</i>	Endereço: <i>Rua Jorge Moreira</i>	Número: <i>181</i> Complemento:
Bairro: <i>Rosário</i>	Cidade: <i>Guarabira</i>	Estado: <i>PB</i> CEP:
E-mail: <i>fernandotorres@icloud.com.br</i>		Tel.(DDD): <i>(83)3241-6957</i>

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**COMPREV**  
COMPRESSEGURADORA E PREVIDÊNCIA S/A.

JAN. 2019

ROGO

AO TITULAR PESSOA

### DECLARAÇÃO DE UNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: *João Pessoa/PB 08/07/19*

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Ricardo H. C. Goodman*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: *José Lílio Tonino Gomes*  
CPF: *700259-064-280*

*José Lílio Tonino Gomes*  
Assinatura

2º | Nome: *Manoel Ribeiro D'Silva*  
CPF: *078555-364-93*

*Manoel Ribeiro D'Silva*  
Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Ficha Nr: 112044 Atd: Nao Regu.  
Data: 18/03/2018  
Hora: 01:21:10  
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO I  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LUIZ INACIO TAVARES

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 898003446082648 Sexo: M IDENTIDADE: 85677 Fone: 0

Num. Prontuario: 2018.03.002642

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/11/1968 Id: 49 ano(s)

End.: ROSARIO, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: GUARABIRA UF :PB

Mae: JOSEFA AURELIANO DOS SANTOS Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: SEM PROFISSAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: LUIZ INACIO TAVARES

Tec Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 85677

Endereco: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE GUARABIRA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

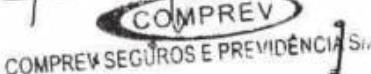
PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia [ ] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[ ] Diarreia [ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular [ ] Chocado
		[ ] Vomito

Causa Principal

Observacao

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Morre surto com perda de



10 JAN. 2019

Diagnóstico

Conduita: CDS-Cefalotina 500 mg f.c.

PROTOCOLO  
AO JOAO PESSOA

Prescrição

- ✓ A1 p.Dm f.c  
Horário da medicacão

- De bloco telefônico



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

-----  Reservado p/ liberacao			
Assinatura da Enfermagem			

PROCEDIMENTO REALIZADO

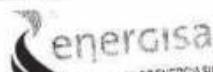
DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





Maria das Gracas Inacio  
RUA JORGE MARANHAO, 191, ROSARIO  
GUARABRA / PB CEP 59200000 (AG. 22)  
Emissao: 20/04/2018 Referencia: Abri / 2018  
Classific/Subclif: RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOFASICO  
Rotina: 12-23-195-8970 N° medidor: 05001392340

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
0, Km 23 - Cidade Industrial - João Pessoa - PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183/0001-43 - Fone/Fax: (83) 315.8210

Assinante Sociedade Energia 0800 083 0196 | Acesse [www.energia.com.br](http://www.energia.com.br)

Contas referentes a	Apresentação	Data prevista da proxima leitura	GCF-CNPJ/RAN
Abr / 2018	20/04/2018	22/05/2018	5639657464 insc. Est.

**Declaração de Cumprimento Anual de Débitos:**  
Conforme previsto na Lei 12.507 de 28 de junho de 2008, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vendidos no ano de 2011 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para efeitos de comprovação de cumprimento das obrigações do consumidor, as quais referem-se aos faturamentos mencionados nos débitos do ano que se refere, e dos anos anteriores.

Também Sociedade de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Vou um dia no chão! Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolá-lo local.

Classification of item TOTAL 63.39 28.65 17.16 89.86 0.62 2.86

Historico de Contratos (cont.)											
106	98	110	95	97	92	104	103	104	117	121	104
Mar/17	May/17	JUN/17	JUL/17	Ago/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18

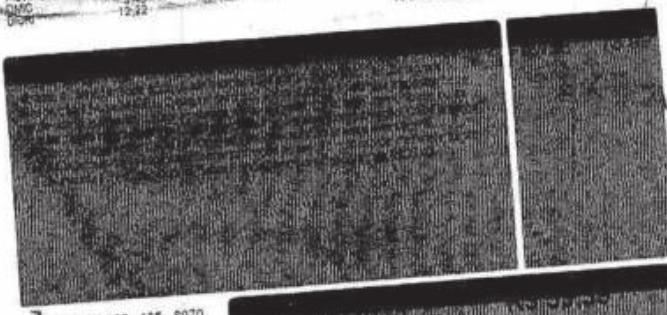
RESERVADO A DR. RICARDO GONZALEZ

Indicadores de Qualidade				Discriminação	Valor (R\$)	%
	Limits de ANEL	Aproximado	Límite de Tensão (V)			
DIAMENSAL	5,91	0,00	NOMINAL	220	Serviços de Dist. da Energia/PÁ	9,41
DIG TRIMESTRAL	11,82				Campas de Energia	11,11
DIANUAL	23,64				Serviço de Transmissão	1,44
FIG MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA	202	Impostos Básicos	2,60
FIG TRIMESTRAL	8,97		LÍMITE INFRIOR	231	Impostos Diretos e Encargos	31,60
FIG ANUAL	13,92		LÍMITE SUPERIOR	231	Outras Taxas	54,00
	5,45	0,00			Total	83,39
						100,00

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

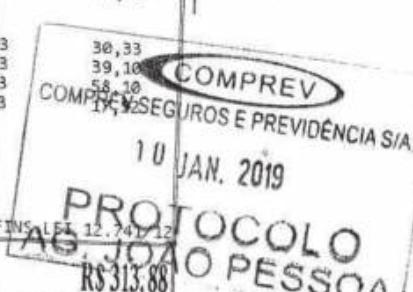
10 JAN 2019

JAN. 2019  
PROTOCOLO  
G. JOÃO PESSOA



A standard linear barcode is displayed horizontally. Above the barcode, the text "429705-04900022019-7" is printed in a large, bold font. Below the barcode, there is smaller, less legible text.



 <b>CAGEPA</b> COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Clima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87		<small>PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO</small> <b>MATRIZ/AGÊNCIA</b> <b>71609</b> <small>REFERÊNCIA</small> <b>JUL/2018</b>																																																		
<b>CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS</b>																																																				
<b>MARIA LUCINEIDE DE L SANTANA</b> <b>AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB</b> <b>58013- 380</b>																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th colspan="3">Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>Residencial</th> <th>Comercial</th> <th>Industrial</th> <th>Outros</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>001.003.175.0170.000</td> <td>000</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Hidrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água</td> <td colspan="2">Situação Esgoto</td> </tr> <tr> <td>Y10X387013</td> <td>26/03/2011</td> <td>EXT JACI</td> <td>LIGADO</td> <td colspan="2">LIGADO</td> </tr> </tbody> </table>				Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável			Residencial	Comercial	Industrial	Outros	001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		Y10X387013	26/03/2011	EXT JACI	LIGADO	LIGADO																				
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável																																															
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros																																															
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0																																															
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto																																																
Y10X387013	26/03/2011	EXT JACI	LIGADO	LIGADO																																																
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m <sup>3</sup> )   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA 1988            2020        32            29            02/08/2018																																																				
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS. <table border="1"> <thead> <tr> <th>MES/2018</th> <th>35</th> <th>13</th> <th>PARAMETROS</th> <th>EXIG.</th> <th>ANALIS.</th> <th>CONFORMES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MAI/2018</td> <td>23</td> <td>13</td> <td>TURBIDEZ</td> <td>268</td> <td>275</td> <td>275</td> </tr> <tr> <td>ABR/2018</td> <td>11</td> <td>0</td> <td>CLORO</td> <td>268</td> <td>277</td> <td>277</td> </tr> <tr> <td>MAR/2018</td> <td>7</td> <td>0</td> <td>COL.TERMOT</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>FEV/2018</td> <td>9</td> <td>0</td> <td>COR</td> <td>73</td> <td>88</td> <td>88</td> </tr> <tr> <td>JAN/2018</td> <td>19</td> <td>7</td> <td>COL.TOTAIS</td> <td>268</td> <td>277</td> <td>277</td> </tr> <tr> <td>MEDIA(m)</td> <td>17</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>DADOS REFERENTES A: MAI/2018</td> </tr> </tbody> </table>				MES/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275	ABR/2018	11	0	CLORO	268	277	277	MAR/2018	7	0	COL.TERMOT	0	0	0	FEV/2018	9	0	COR	73	88	88	JAN/2018	19	7	COL.TOTAIS	268	277	277	MEDIA(m)	17					DADOS REFERENTES A: MAI/2018
MES/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES																																														
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275																																														
ABR/2018	11	0	CLORO	268	277	277																																														
MAR/2018	7	0	COL.TERMOT	0	0	0																																														
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88																																														
JAN/2018	19	7	COL.TOTAIS	268	277	277																																														
MEDIA(m)	17					DADOS REFERENTES A: MAI/2018																																														
DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018            HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRICAÇÃO</th> <th>CONSUMO</th> <th>TOTAL(R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÁGUA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATE 10 m<sup>3</sup> - R\$ 37,91 POR UNIDADE</td> <td>10 m<sup>3</sup></td> <td>37,91</td> </tr> <tr> <td>11 m<sup>3</sup> A 20 m<sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR m<sup>3</sup></td> <td>10 m<sup>3</sup></td> <td>48,90</td> </tr> <tr> <td>21 m<sup>3</sup> A 30 m<sup>3</sup> - R\$ 6,45 POR m<sup>3</sup></td> <td>10 m<sup>3</sup></td> <td>64,50</td> </tr> <tr> <td>ACIMA DE 30 m<sup>3</sup> - R\$ 8,76 POR m<sup>3</sup></td> <td>2 m<sup>3</sup></td> <td>17,52</td> </tr> <tr> <td>ESGOTO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATE 10 m<sup>3</sup> - R\$ 30,33 POR UNIDADE</td> <td>10 m<sup>3</sup></td> <td>30,33</td> </tr> <tr> <td>11 m<sup>3</sup> A 20 m<sup>3</sup> - R\$ 3,91 POR m<sup>3</sup></td> <td>10 m<sup>3</sup></td> <td>39,10</td> </tr> <tr> <td>21 m<sup>3</sup> A 30 m<sup>3</sup> - R\$ 5,81 POR m<sup>3</sup></td> <td>10 m<sup>3</sup></td> <td>58,10</td> </tr> <tr> <td>ACIMA DE 30 m<sup>3</sup> - R\$ 8,76 POR m<sup>3</sup></td> <td>2 m<sup>3</sup></td> <td>17,52</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	ÁGUA			RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			ATE 10 m <sup>3</sup> - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m <sup>3</sup>	37,91	11 m <sup>3</sup> A 20 m <sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR m <sup>3</sup>	10 m <sup>3</sup>	48,90	21 m <sup>3</sup> A 30 m <sup>3</sup> - R\$ 6,45 POR m <sup>3</sup>	10 m <sup>3</sup>	64,50	ACIMA DE 30 m <sup>3</sup> - R\$ 8,76 POR m <sup>3</sup>	2 m <sup>3</sup>	17,52	ESGOTO			RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			ATE 10 m <sup>3</sup> - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 m <sup>3</sup>	30,33	11 m <sup>3</sup> A 20 m <sup>3</sup> - R\$ 3,91 POR m <sup>3</sup>	10 m <sup>3</sup>	39,10	21 m <sup>3</sup> A 30 m <sup>3</sup> - R\$ 5,81 POR m <sup>3</sup>	10 m <sup>3</sup>	58,10	ACIMA DE 30 m <sup>3</sup> - R\$ 8,76 POR m <sup>3</sup>	2 m <sup>3</sup>	17,52										
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)																																																		
ÁGUA																																																				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																																				
ATE 10 m <sup>3</sup> - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m <sup>3</sup>	37,91																																																		
11 m <sup>3</sup> A 20 m <sup>3</sup> - R\$ 4,89 POR m <sup>3</sup>	10 m <sup>3</sup>	48,90																																																		
21 m <sup>3</sup> A 30 m <sup>3</sup> - R\$ 6,45 POR m <sup>3</sup>	10 m <sup>3</sup>	64,50																																																		
ACIMA DE 30 m <sup>3</sup> - R\$ 8,76 POR m <sup>3</sup>	2 m <sup>3</sup>	17,52																																																		
ESGOTO																																																				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																																				
ATE 10 m <sup>3</sup> - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 m <sup>3</sup>	30,33																																																		
11 m <sup>3</sup> A 20 m <sup>3</sup> - R\$ 3,91 POR m <sup>3</sup>	10 m <sup>3</sup>	39,10																																																		
21 m <sup>3</sup> A 30 m <sup>3</sup> - R\$ 5,81 POR m <sup>3</sup>	10 m <sup>3</sup>	58,10																																																		
ACIMA DE 30 m <sup>3</sup> - R\$ 8,76 POR m <sup>3</sup>	2 m <sup>3</sup>	17,52																																																		
 10 JAN. 2019																																																				
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 P/15 E CONFINS LEI 12.741/12 VENCIMENTO: 16/07/2018            Total a Pagar: R\$ 313,88																																																				



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP; órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e ressegura.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ricardo H. C. Hardman inscrito (a) no CPF/CNPJ 052.202.404/172, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Inacio Tavares inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.568.754/87, do sinistro de DPVAT cobertura mobiliz da Vítima Francisco Inacio Tavares, inscrito (a) no CPF sob o Nº 853.568.754/87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Ave. Afonso Compre</u>	Número	<u>40</u>
Bairro	<u>centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>
Email	<u>previdenciario@seguradora-lider.com.br</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 3241-6957</u>

Telefone celular(DDD) (83) 98650-6133

Janeiro/18 , 08 de Janeiro de 2019  
Local e Data

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

DLDRL001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:51:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212512057800000038631900>  
Número do documento: 21031212512057800000038631900

Num. 40561061 - Pág. 14



14

## CERTIDÃO

Nº. 1080/2018

Atendendo solicitação de **FRANCISCO INACIO TAVARES** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 112044 e prontuário de Nº2018.03.2642 pertencentes aos mesmo que foi atendido dia 18/03/2018 às01h21min, vitima de atropelamento por moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia dia 11/04/2018 e alta médica dia 12/04/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de agosto de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



AG. JOÃO PESSOA

**PROTOCOLO**

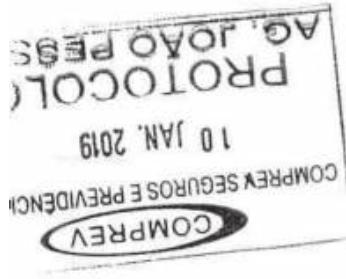
10 JAN. 2019

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIASA

**COMPREV**

 <b>SAÚDE</b> SECRETARIA DE SAÚDE <b>MANGABEIRA</b>	<p align="center"><b>REQUISIÇÃO DE EXAMES - SUS</b></p>															
NÚMERO DO CADASTRO: <b>2 3 9 9 6 2 8</b>																
1-CPF: <b>2</b> 2-CGC: <b> </b>																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1-CPF</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">3</td> <td style="width: 10%;">4</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">0</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 10%;">2</td> <td style="width: 10%;">8</td> </tr> </table>		1-CPF	2	1	0	2	0	2	4	3	4	0	0	1	2	8
1-CPF	2	1	0	2	0	2	4	3	4	0	0	1	2	8		
<b>NÚMERO DO CADASTRO:</b> <b>2 3 9 9 6 2 8</b>																
<b>NOME DA UNIDADE:</b> COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY																
<b>ENDEREÇO:</b> RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, SIN - CEP 58056-384, João Pessoa - PB.																
<b>MUNICÍPIO:</b> JOÃO PESSOA <b>UF:</b> PARAÍBA																
<b>BAIRRO:</b> MANGABEIRA II <b>PACIENTE:</b> <i>João Moreira Torres</i>																
<b>ENDERECO:</b> <i>Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte</i> <b>BAIRRO:</b> <i>Mangabeira II</i>																
<b>DADOS CLÍNICOS</b>																
<b>MATERIAL A EXAMINAR</b> <i>(Sua Tava)</i>																
<b>EXAMES SOLICITADOS</b> <i>Dr. Oleg. L.D.</i>																
<b>DATA</b> <i>10/01/2019</i>																
<b>ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE</b> <i>Dr. Oleg. L.D.</i>																
<b>IDENTIDADE</b> <i>Dr. Oleg. L.D.</i>																
<b>ORIGEM</b> <i>Dr. Oleg. L.D.</i>																
<b>PAM</b> <input type="checkbox"/> <b>SES</b> <input type="checkbox"/> <b>SSM</b> <input type="checkbox"/>																
<b>IDADE</b> <i>Dr. Oleg. L.D.</i>																
<b>CALENDARIO E ASSINATURA</b> <i>Dr. Oleg. L.D.</i>																





Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
SERVIÇOS DE SAÚDE



JOÃO PESSOA

ESTADO DA  
PÉSSOA

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) FRANCISCO

INACIO TAVARES 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 S82 \_\_\_\_\_, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades  
laborativas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 18/03/2018

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.





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: FRANCISCO INACIO TAVARES				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 49 ANOS	SEXO: MASC	COR:	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 18/03/2018		DATA DE ALTA: 12/04/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta dos Ossos da Perna esquerda</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		( ) REMOVIDO	( ) A PEDIDO	( ) CURADO	( )
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, CÓMPUCAÇÕES) Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com redução aberta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90.					
COMPREV 10 JAN. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina 500mg, áine e analgésico					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. MOURIBE)					
12/04/2018		DATA			
ASS. MÉDICO / C.R.M.					





## CARTÃO DE RETORNO

Paciente:	FRANCISCO INACIO TAVARES
Médico:	DR. MOURIBE
Data 1º atendimento:	18/03/2018
HD:	FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS
CD:	REDUCAO CRUENTA + FIXACAO INTERNA

RETORNOS

DATA	HORA	ASSINATURA
Agendar 1º retorno com 7 dias		
26/04/2018	04:00h	or

Agendar 1º retorno com 7 dias

26/04/2018 | 04:00h

9

**COMPREVA**

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN 2019

PROTÓCOLO  
AO: JOÃO PESSOA





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Wesley Tavares Tavares Data da Admissão: / /  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /  
QPD: Consumo em níveis de prazer  
HDA: Ponto com grande dificuldade de se libertar de  
ans de prazer  
Medicações em uso: \_\_\_\_\_  
  
**Interrogatório Sintomatológico:**  
**Geral:** [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso [ ]Prurido [ ]Sudorese  
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Quilos: 70,0  
**Pele:** \_\_\_\_\_  
**Cabeça e PESCOÇO:** [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
**AR e ACV:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
[ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
**ABD:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume  
**AGU:** [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_  
**SME:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos  
**SN e PSQ:** [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

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

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]Trauma \_\_\_\_\_ [ ]Neo \_\_\_\_\_ [ ]Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ]Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_ PA= \_\_\_\_ mmHg

FC= \_\_\_\_ FR= \_\_\_\_ TEMP(°C)= \_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

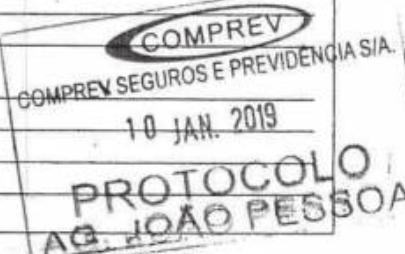
AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: RxHipóteses Diagnósticas: Exsantema de origem viral.Conduta: No bloco cirúrgico



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Flávio Jardim</i>				Registro:	
Idade: <i>49</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clínica: <i>Alfa</i>	EMP:	LR:
Data: <i>3/11/18</i>	Cirurgião: <i>D. Resende Souza</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fadiga de sono</i>					
<i>pernas edema</i>					
<i>ficado exposto</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Retirada de</i>					
<i>pega de espuma</i>					
<i>Lid a ferida</i>					
<i>Da sra</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Francisco Inácio Tavares				Registro:	
Idade: 43 a	Sexo: Mas	Cor:	Clínica: Octo	EMP:	LR:
Data: 11/04/18	Cirurgião: Dr Moura			1º Assistente: Valdilson Ro	
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: Imbelloni	Tipo Anestesia: Ropiv.	Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fratura de diáfise tibial					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
Omeoma					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Reduzão Albert + Fixação Tríplice					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:	10 JAN. 2019	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 ( ) Não		PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Lit em PPH sob anestesia  
Preparo t. histeroscópico  
Colo, dia, Aprazível de campos estériles

Incisão: Inserção em 1/3 distal da ferida em  
antero-medial

Disseção nos planos anatômicos.

Achados: Fratura obliqua em talus E

Conduta: Redução cruenta + fixação aberta  
com placas DCP com 10 furos com f  
porfúrio esponjoso + 8 parafuso contínuos.  
Fita fixa do ferimento com SFOG.  
Pé 1 de controle.

Fechamento: Sutura + curativo + Tala.

OBS:

Data: 11/04/18

Dr. Valdebins Correia Jr.  
M.R. CRM-PB-0022  
CRM-PB-0022  
11 ABR. 2016  
+ Mauri  
MÉDICO/CRM

## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Mesma  
antec睿fia L

Incisão:

esqro opulo  
feto da d

Achados:

fjada extensa  
lipsa cicatriz

Conduta:

curar

cale ferida  
Do sit

Fechamento:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

10 JAN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Roberto A. Santos  
Dra - Traumatologista  
CRM-PB 1590

OBS:

Data: 31/9/18

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
COMPLEXO DE SAÚDE DE GUARABIRA

Dr Tiago - Nesp Ortoprâuma -



## FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº:	CLÍNICA:	Orforech.
DO HOSPITAL:	Regional de Guarabira.	
PARA O HOSPITAL:	Complexo Pernambuco de Riozinho.	
MÉDICO ASSISTENTE:	Vitórioso Júnior	DATA: 17/03/18

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:		
NOME:	Francisco da Costa da Silva.	SEXO: M.
PROFISSÃO:	DOCUMENTO: N°:	IDADE: 69.
ENDEREÇO:	BAIRRO:	
MUNICÍPIO:	ESTADO:	

ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:		
Anamnese de mês. Observou-se dor e febre sem febre. Exame respiratório ob. fértil e febril. E.		

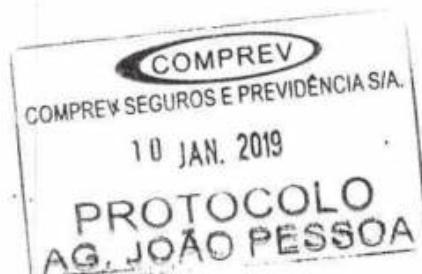
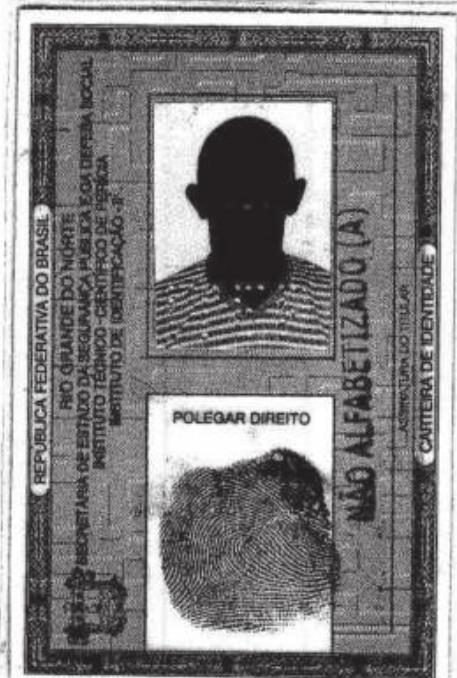
MEDICAMENTOS PRESCRITOS:		
Levofloxacina 100mg cr. dia		
COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 10 JAN. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA		

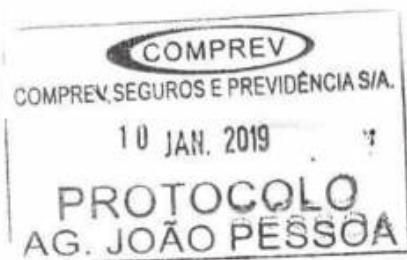
DIAGNÓSTICO:	Resfriado comum fértil e febril E.	
PROVÁVEL:	CID:	

Dr. José Edimilson B. Júnior Unidade - CRM 19637	
---	--

IDENTIFICADO DO PROCESSAMENTO ADIMINISTRAÇÃO

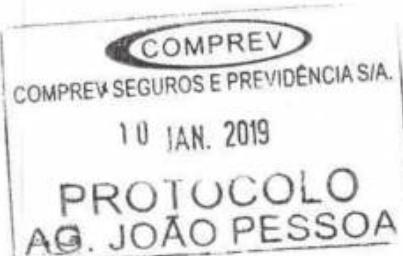






Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:51:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212512057800000038631900>  
Número do documento: 21031212512057800000038631900

Num. 40561061 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:51:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212512057800000038631900>  
Número do documento: 21031212512057800000038631900

Num. 40561061 - Pág. 29

**PROCURAÇÃO**

LIVRO.: 0229

FOLHA: 049

COMPREZ 225049\*

COMPRE & SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 JAN. 2019

**PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA**

**SAIBAM** quantos esta Pública Procuração virem que @os 05 (cinco) dias do mês de outubro do ano de 2018 (dois mil e dezoito), neste **CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE NOTAS**, situado na Av. Dom Pedro II, 33 - Centro - Guarabira, PB CEP:58200-000, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular**, compareceu(ram) como OUTORGANTE(S) **FRANCISCO INACIO TAVARES**, brasileira, solteiro, maior, auxiliar de serviços, residente e domiciliado na Rua Jorge Maranhão, nº 117, Bairro do Rosário, nesta cidade, portador da Carteira de Identidade RG nº 003.975.501-SSDS-PB e do CPF nº 853.568.754-87, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim Tabeliã Pública, do que dou fé, pelo(s) mesmo(s) outorgante (s) foi dito que por este público instrumento nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante(s) PROCURADOR(ES) **Dra. MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB nº. 11.662-B e CPF nº 379.865.114-00; **Dr. LUIZ SANTANA DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº. 14.301-B e CPF nº 101.724.834-68; **Dr. RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.903 e CPF nº 052.202.404-12; **Dra. EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 16.105 e CPF nº 023.025.424-10; **Dra. LARISSA MARIA LACERDA SANTANA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.625 e CPF nº 067.499.284-98 e **Dra. LARISSA MARIA ROCHA RODRIGUES ALVES**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 23.624, todos com escritório profissional localizado na Avenida Dom Pedro II, nº. 705, Centro, na cidade de João Pessoa, Capital deste Estado, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo (art. 77, inciso V do CPC), a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "*AD JUDICIA ET EXTRA*", representá-lo(a) em Repartições Públicas, Municipais, Estaduais e Federais, Autarquias e, em especial perante ao INSS – Instituto Nacional de Seguro Social, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e outros documentos, requerer benefício previdenciários e assistenciais e suas revisões, transformações, desistência, obter vistas em procedimentos administrativos, conferindo-lhe ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal propor ação revisional/ ou concessão, restabelecimentos de benefício, via administrativa ou judicial, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-sos, sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, **renunciar aos valores que excedam a 60 (sessenta) salários mínimos, em razão do procedimento especial (Lei 10.259/2001)**, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber valores existentes em contas judiciais, alvarás, precatórios e RPV, deduzindo e compensando os seus créditos por despesa e de verba honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, com as respectivas prestações de contas, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, em tudo agindo em conjunto ou separadamente, autorizando o substabelecimento a outrem, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que fizer jus (nos moldes do §1º, §2º, §3º e §4º do art. 85 do CPC/2015). Pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, por fim, praticar todos os atos em direito permitido para o fiel cumprimento dos



LIVRO.: 0229

FOLHA.: 049



poderes outorgados neste instrumento. Instrumento feito sob MINUTA. Os elementos relativos à qualificação e identificação do procurador, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo(a) outorgante(s), que por eles se responsabiliza(m). Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Apoio ao Registro das Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,14, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 9,48, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 2,37, sendo os Emolumentos R\$ 47,40. Selo Digital: **AHP50752-0G2Q**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lhe sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, aceitando e assinando por Carlos Alberto Xavier de Araújo, brasileiro, casado, escrutário, portador do Documento de Identidade nº 1.576.526-2ºVia-SSDS-PB, inscrito no CPF/MF nº 798.073.304-59, residente e domiciliado na Rua José da Cunha Rego, nº 109, Centro, nesta cidade, CEP 58200-000, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. O presente ato foi lavrado, rubricado e encerrado, tendo sido conferida toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também, as assinaturas apostas neste documento. Eu, **WARDIRIA TOSCANO DE SALES – Titular do Cartório 2º Ofício de Notas**, subscrevo e assino, estando conforme o original. (aa) FRANCISCO INACIO TAVARES.

Em testemunho (  ) da verdade.



WARDIRIA TOSCANO DE SALES  
- TITULAR -



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011777/19

**Vítima:** FRANCISCO INACIO TAVARES

**CPF:** 853.568.754-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/03/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO INACIO TAVARES

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN : 052.202.404-12

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### FRANCISCO INACIO TAVARES : 853.568.754-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/01/2019  
Nome: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN  
CPF: 052.202.404-12

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/01/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE GUARABIRA/PB**

Processo n.º 08007770220208150181

**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 subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO INACIO TAVARES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, 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 pendencia, 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 ESSENCEIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.***

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:51:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212512110400000038631901>  
Número do documento: 21031212512110400000038631901

Num. 40561062 - Pág. 1

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

**(...) 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 transscrito:

**"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 autora 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 inherência 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, açãoar 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 há divergências entre a data do acidente informada na inicial e a contida no r. documento.

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

#### **DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

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 inexiste nexo causal 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.

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 há divergências entre a data do acidente informada na inicial e a contida no r. documento.

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

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,

GUARABIRA, 10 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:51:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212512110400000038631901>  
Número do documento: 21031212512110400000038631901

Num. 40561062 - Pág. 3

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/03/2021 12:51:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031212512110400000038631901>  
Número do documento: 21031212512110400000038631901

Num. 40561062 - Pág. 4