



Número: **0884568-69.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IVANILDO DA SILVA SOARES (AUTOR)		LIRIDA MACEDO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
27265553	26/12/2019 13:29	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
27265555	26/12/2019 13:29	<a href="#">00.INICIAL</a>	Outros Documentos
27265556	26/12/2019 13:29	<a href="#">01.PROCURAÇÃO</a>	Procuração
27265558	26/12/2019 13:29	<a href="#">02.DOC. PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
27265559	26/12/2019 13:29	<a href="#">03.DOC. VEÍCULO</a>	Documento de Comprovação
27265561	26/12/2019 13:29	<a href="#">04.DECL. PROP. DO VEÍCULO</a>	Documento de Comprovação
27265562	26/12/2019 13:29	<a href="#">05.B.O.</a>	Documento de Comprovação
27265563	26/12/2019 13:29	<a href="#">06.DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
27265564	26/12/2019 13:29	<a href="#">07.COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
27265565	26/12/2019 13:29	<a href="#">08. DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA - LAUDO IML</a>	Documento de Comprovação
27265566	26/12/2019 13:29	<a href="#">09.COPIA DE PA</a>	Documento de Comprovação
27265567	26/12/2019 13:29	<a href="#">10.DOC. MÉDICOS</a>	Documento de Comprovação
27276648	30/12/2019 09:05	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
28044558	06/02/2020 16:03	<a href="#">Petição</a>	Petição
28044578	06/02/2020 16:03	<a href="#">GuiaCustas</a>	Outros Documentos
28044579	06/02/2020 16:03	<a href="#">CTPSDigital</a>	Outros Documentos
28044580	06/02/2020 16:03	<a href="#">Cumprimento de TO - juntada de guia de custas com desconto</a>	Outros Documentos
33115945	11/08/2020 20:18	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

Em anexo.



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613273435800000026316411>

Número do documento: 19122613273435800000026316411

AO JUÍZO DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PARAÍBA.

**IVANILDO DA SILVA SOARES**, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrita no CPF nº 709.597.674-01 e RG nº 4.218.453 SSP-PB, residente e domiciliado à Rua Homens de Barros, S/N, Q. 52, L. 19, Gramame, CEP 58.069-595, João Pessoa – PB, vem à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seus advogados que esta subscrevem, legalmente constituídas por instrumento de procuração anexo a esta peça vestibular, com fulcro na Lei nº 6.194/74, perante V. Exma. propor a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)**

Em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, companhia de seguros participante do Consorcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, localizada na Rua Senador Dantas, nº. 74, Centro, Rio de Janeiro – RJ, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, pelos fatos e fundamentos que ora passa a expor e ao final requerer:

GRQN



## 1. DO BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA

O Requerente faz jus à concessão dos benefícios da justiça gratuita, haja vista que não possui condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem comprometer o seu sustento e de sua família.

Portanto, o Demandante, à luz do que dispõe a **Lei 1.060/50** e em atendimento ao *due process of law*, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual, até decisão final do feito, consoante reza a inteligência do art. 4º da referida Lei, *in verbis*:

**Art. 4º** - A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogados, sem prejuízo próprio ou de sua família.

## 2. DOS FATOS

Em 27/01/2017, na condução de sua moto ciclomotor, de marca Shineray, modelo XY50Q Phoenix, de placa OEU 6851/PB, ano 2013/2014, Chassi nº LXYXCBL04E0257519, o Promovente foi vítima de acidente automobilístico, ocorrido na Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Mangabeira, João Pessoa-PB. Vinha conduzindo o veículo quando, ao passar por um cruzamento, foi surpreendido com um carro que cortara a estrada, colidindo com a dianteira esquerda deste.

Em decorrência das sequelas provocadas pelo acidente, foi acometido de invalidez permanente. Desta feita, como medida de direito, vem, por meio desta, pleitear o recebimento da indenização à que tem direito, objeto da presente lide.

Salienta-se que o direito do Promovente consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório DPVAT, sendo-lhe devido valor a ser calculado

GRQN



por este r.juízo, fixado em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme determina o artigo 3º, inciso II, da lei 6.194. *In verbis*:

**Art. 3º** - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

**II – R\$ até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;**

Ademais, resta comprovado, na documentação acostada aos autos (boletim de ocorrência policial e laudo médico), o nexa causal entre o acidente e os ferimentos da vítima, que resultaram em sua invalidez parcial permanente.

Denota-se legítimo o dever da ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteado, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o consórcio referente ao convênio DPVAT.

De antemão, vale salientar que o veículo no qual o Promovente sofreu o acidente não integra seu patrimônio, sendo pertencente ao Sr. Luciano da Silva Dias. Não obstante, o processo administrativo foi impetrado com a referida documentação do bem, bem como com a declaração de proprietário, anexadas aos presentes autos.

Ademais, consoante a jurisprudência do STJ, o Promovente ingressou previamente com o pedido administrativo. Todavia, a Promovida, indevidamente, negou o requerimento, alegando que os documentos foram apresentados de maneira incompleta, muito embora o Requerente tenha apresentado todos os documentos necessários à concessão da indenização objeto da presente lide.

Nesse interim, a Promovida indeferiu o pedido administrativo alegando inconclusividade no laudo do exame de corpo de delito, realizado pelo IML, bem como na

GRQN



declaração de proprietário do veículo.

Data vênua, a impugnação da declaração de proprietário foi medida que pegou a Promovente de surpresa, uma vez que todos os campos foram devidamente preenchidos, de acordo com o modelo constante no próprio portal eletrônico da Promovida.

Doutra senda, é indubitável que o laudo do IML não comporta qualquer vício que ponha em xeque a sua validade, de modo que não havia razão plausível para que a Promovida o impugnasse.

Soma-se a isso o fato de que a jurisprudência pátria já consolidou o entendimento de que o exame de corpo de delito, realizado pelo IML, não constitui documento essencial para o deferimento do pedido de indenização de seguro DPVAT, uma vez que tem a finalidade de demonstrar o nexo causal entre o acidente e os ferimentos da vítima, de modo que, não obstante, tal finalidade pode ser suprida mediante apresentação de outros documentos, tais como o boletim de ocorrência e o laudo médico obtido no primeiro atendimento após o acidente. Com efeito:

**E M E N T A** APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO. PROVA DO ACIDENTE E DO DANO DECORRENTE. DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. **AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML. DOCUMENTO NÃO ESSENCIAL À LIDE.** COMPROVAÇÃO DE DEBILIDADE PERMANENTE. I - **O exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal, não se trata de documento essencial ao ajuizamento da demanda, diante da existência de outros meios de prova idôneos que comprovam a ocorrência do acidente e o dano corporal suportado.** II - Já recebido parte do valor da indenização na via administrativa, deve ser garantido o direito à diferença devida.

(TJ-MA - AC: 00037014820138100037 MA 0522702017, Relator: JORGE RACHID MUB-LRACK MALUF, Data de Julgamento: 25/01/2018, PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 02/02/2018 00:00:00)

E mais:

GRQN



APELAÇÃO CÍVEL. COBRANÇA. SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. **AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUE NÃO CONSTITUI DOCUMENTO ESSENCIAL À PROPOSITURA DA AÇÃO.** INDENIZAÇÃO. PROPORCIONALIDADE. JULGAMENTO ANTECIPADO. AUSÊNCIA DE RECURSO. PRECLUSÃO. RECURSO IMPROVIDO. 1. Não merece prosperar a preliminar de inépcia da inicial, vez que a causa de pedir encontra-se devidamente identificada, assim como o pedido, a narração dos fatos com conclusão lógica, e a possibilidade jurídica do pedido, nos termos da legislação pátria. 2. **Nas ações de complementação de seguro DPVAT, a parte deve demonstrar a ocorrência do sinistro e as lesões dele decorrentes, não sendo documento essencial, para a propositura da demanda, o laudo do Instituto Médico Legal (IML), conforme se verifica no art. 5º da lei do DPVAT.** 3. No que toca à alegação de que o recorrido não faz jus ao recebimento de indenização na forma integral, verifica-se que a parte recorrida não se desincumbiu do ônus de comprovar à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, (art. 373 do CPC), vez que quando do anúncio do julgamento antecipado da lide, deixou de se insurgir quanto a necessidade de realização de perícia para apuração do grau de invalidez suportada pelo recorrido. 4. Recurso conhecido e improvido. ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos estes autos, acorda a 2ª Câmara Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por unanimidade, em conhecer do recurso, mas para negar-lhe provimento, nos termos do voto do relator. Fortaleza, 17 de maio de 2017 CARLOS ALBERTO MENDES FORTE Presidente do Órgão Julgador DESEMBARGADOR CARLOS ALBERTO MENDES FORTE Relator

(TJ-CE - APL: 04586288620118060001 CE 0458628-86.2011.8.06.0001, Relator: CARLOS ALBERTO MENDES FORTE, 2ª Câmara Direito Privado, Data de Publicação: 17/05/2017).

Nesse sentido, Excelência, em decorrência do acidente do qual foi vítima, culminado em invalidez permanente, o Promovente busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu direito.

### 3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974, pela Lei Federal nº. 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determinam que todos os veículos automotores paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto nos casos de ferimento quanto nos casos de morte.

Em conformidade com o artigo 2º da Lei nº. 6.194/74, os danos pessoais

GRQN



cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar. Vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

**Art. 2º** – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea “I” nestes termos:

**Art. 20, I** – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

**Art. 3º** - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

**II – R\$ até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;**

Nesse interim, uma vez que o caso em comento trata-se de invalidez parcial permanente, a indenização deve ser fixada em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a depender do grau de invalidez, que será constado a partir de perícia médica a ser designada por este r.juízo.

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

**EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA. FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA.** Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do artigo 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

GRQN





**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.

O processo não é um fim em si mesmo, devendo sempre ser conduzido com razoabilidade e respeito à segurança jurídica, compreendida não como previsibilidade de decisões judiciais, mas como garantia da **expectativa de direito, gerada pela interpretação do artigo 5º da Lei nº 6.194/74 à luz de precedentes judiciais citados.**

Desse modo, recorre o Promovente ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

#### 4. DO PEDIDO

Isto posto, **REQUER-SE:**

- a) A citação da parte demandada, na pessoa de seu representante legal e no endereço constante nesta petição, para que, querendo, conteste o feito, sob pena de aplicação de revelia, seguida de confissão ficta, nos termos disciplinados no artigo 242 do NCPC;
- b) A procedência do pedido em todos os termos, condenando o promovido ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), no valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), **acrescidos de juros de mora e atualização monetária;**
- c) A designação de perícia médica a ser realizada no Promovente, a fim de constatar o grau de invalidez parcial permanente, que servirá de base de cálculo da indenização;
- d) O benefício da assistência judiciária gratuita à promovente, nos termos da lei 1.060/50, por não poder arcar com custas processuais e

GRQN



honorários advocatícios, sem prejuízo próprio, em conformidade com o § 4º do art. 5º da Lei 1.060/50;

e) A condenação do promovido ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência, nos termos do artigo 85, §2º do NCPC;

f) A inversão do ônus da prova, tendo em vista a hipossuficiência da autora, considerando a verossimilhança das alegações postas;

g) Que toda notificação/intimação/publicação referente à presente ação seja realizada exclusivamente em nome de **LÍRIDA MACEDO**, inscrita na OAB/PB 11.279, na modalidade do artigo 271, sob pena de nulidade processual.

**Protesta provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, inclusive, testemunhal e pericial!**

Dá-se à causa o valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**.

Nestes termos.

Pede e espera DEFERIMENTO.

João Pessoa/PB, 20 de dezembro de 2019.

**LÍRIDA MACEDO**  
OAB/PB 11.279

GRQN



## PROCURAÇÃO

**IVANILDO DA SILVA SOARES**, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF sob o nº 709.597.674-01, RG nº 4.218.453 – 2ª via - SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Hermano Toscano L Cavasn, Quadra 35, Lote 10, Portal do Sol, Próximo ao Haras, João Pessoa-PB, CEP: 58046-533, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados que integram a sociedade de advogados **VELLOSO ADVOCACIA**, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 486 e no CNPJ sob o nº 25.252.304/0001-77, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, onde recebe intimações, na pessoa de seus advogados **FÁBIO ANTÉRIO FERNANDES**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrita no CPF sob o nº 000.809.724-03, e inscrito na OAB/PB sob o nº 10.202 e **LÍRIDA MACEDO**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n. 11.279, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, as quais confere poderes para o foro em geral com a cláusula *ad judicium*, para propor contra quem de direito couber as ações competentes, e defender o(a)(s) outorgante(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, usando dos recursos legais, em qualquer juízo, instância, tribunal ou órgão, para representar seus interesses em processos judiciais ou administrativos, podendo receber citação, intimações e notificações, sacar valores, dar e receber quitação, bem como acompanhar as ações, em qualquer instância, prestar compromisso, fazer acordos judiciais e extrajudiciais, enfim, usar todos os poderes da cláusula *ad judicium*, inclusive podendo substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, além de declarar judicialmente a hipossuficiência financeira do(a)(s) outorgante(s) para fins de obtenção do benefício da Justiça Gratuita, a qual presume-se verdadeira, nos termos do art. 99, §3º da Lei Federal 13.105/15, o que dará tudo por bom, firme e valioso. Por meio desta, também confere poderes especiais para os outorgados representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: **JARBAS RIBEIRO DA SILVA**.

João Pessoa/PB, 13 de dezembro de 2017.

*Ivanildo da Silva Soares*

ARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

## SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, aos advogados, **JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE**, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 069.074.834-59, OAB/PB 21.612, **OLECY MORORO DE LUNA FREIRE NETO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB nº 21.947, **ROBERTO CORREIA DE AMORIM FILHO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 081.005.344-62, OAB/PB 19.385, **ANA BEATRIZ DE ALMEIDA DANTAS**, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF 045.561.364-82, advogada, inscrita na OAB/PB 14.182, **EWERTON HENRIQUE DE FRANÇA VASCONCELOS DOURADO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 054.071.745-29, advogado inscrito na OAB/PB 23.075, **EMANUEL FELÍCIO BARBOSA DIAS**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 053.479.294-48, inscrito na OAB/PB nº 15.445, **FERNANDO ABREU BARBOSA CAMPOS**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 076.376.134-61, inscrito na OAB/PB nº 23.835, **IGOR SANTANA GOIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF/MF 047.570.235-29, inscrito na OAB/SE 10223/SE, **OSMAN XAVIER FERREIRA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF 066.775.964-60, inscrito na OAB PB nº 18.672, **ALANNA KASSIA DE ARAUJO LEITE**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF sob o nº 095.622.754-69, inscrita na OAB/PB nº 23.990, **BRUNA GONÇALVES ALEXANDRE BRECKENFELD**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF/MF 057.484.494-55, inscrita na OAB/PB 14.409 todos com escritório no mesmo endereço dos outorgados, os poderes a mim investidos.

**LÍRIDA MACEDO**  
OAB/PB nº 11.279

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" - OFÍCIO DISTRICTAL  
Bai. Rômulo Vieira Batista - Tabelião - Del. Rosângela Vieira Batista - Substituta  
Rua Lúcio Pereira de Azevedo, 41 - Mangabeira (Próximo) - CEP: 58046-530 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3333-4444 / 3333-4444

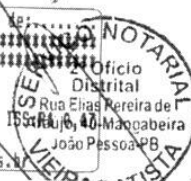
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
**IVANILDO DA SILVA SOARES**

Em testada verdade. João Pessoa-PB, 14/02/2019 14:28:54  
Maricleide Alexandre da Silva Moraes - ESCRITÓRIO AUTO

[2018-006956] EMUL:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 2,00 SDO:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,40 Mangabeira

SELO DIGITAL: AGL02268-F305

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

**709.597.674-01**

Nome

**IVANILDO DA SILVA SOARES**

Nascimento

**14/06/1993**

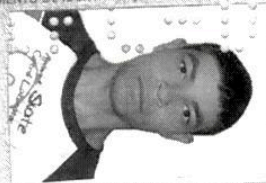
**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917



*Ivanildo da Silva Soares*

CARTEIRA DE IDENTIDADE





**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**3B4E.0155.9D7D.8691**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 16:01:45 do dia 09/09/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.218.453
NOME	IVANILDO DA SILVA SOARES
FILIAÇÃO	JOÃO APRIGIO SOARES IVONETE MOREIRA DA SILVA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	14/06/1993
DOC. ORIGEM	NASC.N.18611 FLS.272 LIV.A 17 CARTORIO 5º JOÃO PESSOA-PB
Assinatura	Assinatura de João Pessôa
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanildo da Silva Soares,

RG nº 4.216.453, data de expedição 14 / 01 / 2014, Órgão SSP / PB,

CPF nº 109.597.074-01, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Hermínio Teófilo L. Cavalcanti</u>
Número	<u>5N</u>
Apto / Complemento	<u>QD 35 / LT 10</u>
Bairro	<u>Parral do Sol</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58046-333</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98750-9063</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 15 de dezembro de 2017

Assinatura do Declarante: Ivanildo da Silva Soares



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427043496  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RRT 20160000008585-0 EXERCÍCIO

1 0107524615-3 00/00000000 2016

NOME  
LUCIANO DA SILVA DIAS

CPF/CNPJ PLACA  
09917706410 0E06851/PE

PLACA ANT./UF CHASSI  
NCCVC PB LXYXCBL04E0257519

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PASSEIO FOTOMAG APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
1/SHINE-AY XY500 PHOENIX 2013 2014

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/49 701 PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS  
IPVA ISENTO 00/00/0000 1º

FAIXA I P V A PARCELAMENTO COTAS  
\*\*\*\*\* 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* 0,00 0,00 11/01/2016

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ICAO PESSOA - RDCAL DATA  
1739786 30/01/2016

16918

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012427043496 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2016 20/01/2016

VIA COD. RENAVAM RRT 20160000008585-0 EXERCÍCIO

1 0107524615-3 00/00000000 2016

NOME  
LUCIANO DA SILVA DIAS

CPF/CNPJ PLACA  
09917706410 0E06851/PE

PLACA ANT./UF CHASSI  
NCCVC PB LXYXCBL04E0257519

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PASSEIO FOTOMAG APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
1/SHINE-AY XY500 PHOENIX 2013 2014

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/49 701 PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS  
IPVA ISENTO 00/00/0000 1º

FAIXA I P V A PARCELAMENTO COTAS  
\*\*\*\*\* 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* 0,00 0,00 11/01/2016

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ICAO PESSOA - RDCAL DATA  
1739786 30/01/2016

16918

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

16918-1520272-20160120

OUT-2015



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leuciano Da Silva Dias,  
RG nº 2.934.546 data de expedição 25.11.2015  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 099.177.069-10 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA DAS COLÔNIAS, nº 105  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Ivanildo Da Silva Souza cujo o condutor era  
Ivanildo da Silva Souza.  
Veículo: Moto  
Modelo: Singapura  
Ano: 2013  
Placa: 0EU 6851  
Chassi: LXXCBL04E0257519  
Data do Acidente: \_\_\_\_\_  
Local e Data: 27/01/2017

Leuciano Da Silva Dias  
Assinatura do Declarante

Ivanildo da Silva Souza

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01971.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01971.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:52 horas do dia 30 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ivanildo da Silva Soares**, CPF nº 709.597.674-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Ivonete Moreira da Silva e João Aprigio Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/06/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Hermano Toscano L. Cavas, complemento QD. 35, LT. 10, bairro Portal do Sol, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro de Hipismo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-9040.

**Dados do(s) Fatos:**

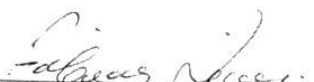
Local: Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Próximo Ao Shopping Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/17 20:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia o CICLOMOTOR DE MARCA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, COR VERMELHA, 2013/2014, PLACA OEU6851/PB, CHASSI LXYXCBL04E0257519, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANO DA SILVA DIAS, quando ao passar por um cruzamento colidiu na dianteira esquerda de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 01.06.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de outubro de 2017.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
IVANILDO DA SILVA SOARES  
Noticiante



Procedimento Policial: 01971.01.2017.1.00.420



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanildo da Silva Soares, brasileiro, solteiro, desempregado,

RG nº 4.238.453, data de expedição 14/01/2019 Órgão SSP/PB,

CPF nº 709.597.674-01, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Homens de Barro</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Q53; L19</u>
Bairro	<u>Gramame</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.068-595</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB, 03/03/2019.

Assinatura do Declarante: x Ivanildo da Silva Soares







## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, IVANILDO DA SILVA SOARES, portador da carteira de identidade nº 4.218.453 SSP/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 709.597.674-01, residente e domiciliado na RUA HONENS DE BARROS, S/N, Q 51, LOTE 19, GRAMAME, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PARAÍBA, 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.

Ivanildo da Silva Soares

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa - PB, 03/09/2019

Local e data





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

<b>Tipo de Processo</b> <input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		<b>Atendente</b> LUCAS SOUSA ESPINOLA	
<b>Tipo de Sinistro</b> [Selecione]		<b>Agência</b> SUCURSAL JOÃO PESSOA	
<b>Nome do Requerente</b> IVANILDO DA SILVA SOARES		<b>Nome da Vítima</b> IVANILDO DA SILVA SOARES	
<b>CPF da Vítima</b> 70959767401			
<b>Documentos Complementares</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador		<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário <input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador	
<b>Morte</b> Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec. Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial		<b>Invalidez Permanente</b> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações *PROCURAÇÃO; *DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *RGICPF - PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *DADOS BANCÁRIOS; *DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA.	
		<b>DAMS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



**Informação:** Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

## Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 30/04/2018



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274275200000026316424>

Número do documento: 19122613274275200000026316424



## PROCURAÇÃO

**IVANILDO DA SILVA SOARES**, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF sob o nº 709.597.674-01, RG nº 4.218.453 - 2ª via - SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Hermâno Toscano L Cavasn, Quadra 35, Lote 10, Portal do Sol, Próximo ao Haras, João Pessoa-PB, CEP: 58046-533, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados que integram a sociedade de advogados **VELLOSO ADVOCACIA**, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 486 e no CNPJ sob o nº 25.252.304/0001-77, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, onde recebe intimações, na pessoa de seus advogados **FÁBIO ANTÉRIO FERNANDES**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrita no CPF sob o nº 000.809.724-03, e inscrito na OAB/PB sob o nº 10.202 e **LÍRIDA MACEDO**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n. 11.279, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, as quais confere poderes para o foro em geral com a cláusula *ad judicio*, para propor contra quem de direito couber as ações competentes, e defender o(a)(s) outorgante(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, usando dos recursos legais, em qualquer juízo, instância, tribunal ou órgão, para representar seus interesses em processos judiciais ou administrativos, podendo receber citação, intimações e notificações, sacar valores, dar e receber quitação, bem como acompanhar as ações, em qualquer instância, prestar compromisso, fazer acordos judiciais e extrajudiciais, enfim, usar todos os poderes da cláusula *ad judicio*, inclusive podendo substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, além de declarar judicialmente a hipossuficiência financeira do(a)(s) outorgante(s) para fins de obtenção do benefício da Justiça Gratuita, a qual presume-se verdadeira, nos termos do art. 99, §3º da Lei Federal 13.105/15, o que dará tudo por bom, firme e valioso. Por meio desta, também confere poderes especiais para os outorgados representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: **JARBAS RIBEIRO DA SILVA**.

João Pessoa/PB, 13 de dezembro de 2017.

*Ivanildo da Silva Soares*



## SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, aos advogados, **JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE**, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 069.074.834-59, OAB/PB 21.612, **OLECY MORORO DE LUNA FREIRE NETO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB nº 21.947, **ROBERTO CORREIA DE AMORIM FILHO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 081.005.344-62, OAB/PB 19.385, **ANA BEATRIZ DE ALMEIDA DANTAS**, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF 045.561.364-82, advogada, inscrita na OAB/PB 14.182, **EWERTON HENRIQUE DE FRANÇA VASCONCELOS DOURADO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 054.071.745-29, advogado inscrito na OAB/PB 23.075, **EMANUEL FELÍCIO BARBOSA DIAS**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 053.479.294-48, inscrito na OAB/PB nº 15.445, **FERNANDO ABREU BARBOSA CAMPOS**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 076.376.134-61, inscrito na OAB/PB nº 23.835, **IGOR SANTANA GOIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF/MF 047.570.235-29, inscrito na OAB/SE 10223/SE, **OSMAN XAVIER FERREIRA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF 066.775.964-60, inscrito na OAB PB nº 18.672, **ALANNA KASSIA DE ARAUJO LEITE**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF sob o nº 095.622.754-69, inscrita na OAB/PB nº 23.990, **BRUNA GONÇALVES ALEXANDRE BRECKENFELD**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF/MF 057.484.494-55, inscrita na OAB/PB 14.409 todos com escritório no mesmo endereço dos outorgados, os poderes a mim investidos.

**LÍRIDA MACEDO**  
OAB/PB nº 11.279

SERVIÇO NOTARIAL "VIMOS BASTANTE" - CRÉDITOS DESCONTAT

End: R. Manoel Vieira Batista - Fone: 3333-1111 - Rua Eng. Moreira Salles, 100 - Centro

Rec: 13/12/2017 - 14:28:54 - 13/12/2017 - 14:28:54 - 13/12/2017 - 14:28:54

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) e/ou a(s) de:

IVANILDO DA SILVA SOARES

Em test. da verdade. João Pessoa - PB, 13/12/2017 14:28:54

Maricleide Alexandre da Silva Moraes - CONDOMÍNIO 0179

(2018-004954)EMOL:RS nº 48 FORPEN:RS nº 2018/0179 13/12/2017 14:28:54

SEL3 DIGITAL: A6L32268-F345

Confira a autenticidade em: <https://sel3.tjpb.jus.br>



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, William da Silva Dias,  
RG nº 2.934.546 data de expedição 25/11/2015  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 099.171.069-10 com  
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de  
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA DAS CIDADES, nº 105  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima William da Silva Dias cujo o condutor era  
William da Silva Dias.  
Veículo: Moto  
Modelo: 2013 Simpatia  
Ano: 2013  
Placa: 06U 6851  
Chassi: WXXCBLO4E0251519  
Data do Acidente: 27/01/2017  
Local e Data: 27/01/2017

William da Silva Dias  
Assinatura do Declarante

William da Silva Dias

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)











GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

## LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.102017.28341

IVANILDO DA SILVA SOARES

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital  
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:  
Ilmo(a) Senhor(a).  
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva  
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

21/11/2017  
*Ivanildo da Silva Soares*





Requisição de exame nº 276/2017

Exame requisitado: TRAUMATOLOGICO - DPVAT

Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB

João Pessoa (PB), 30 de OUTUBRO de 2017.


**OBS-1: Segue em anexo LAUDO MÉDICO e cópia da Certidão de Registro de Ocorrência 01971.01.2017.1.00.420**

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

**IVANILDO DA SILVA SOARES**, CPF nº 709.597.674-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Ivonete Moreira da Silva e João Aprígio Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/06/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Hernando Toscano L. Cavas, complemento QD. 35, LT. 10, bairro Portal do Sol, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro de Hipismo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-9040.

**Histórico** Que conduzia o CICLOMOTOR DE MARCA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, COR VERMELHA, 2013/2014, PLACA OEU6851/PB, CHASSI LXYXCB04E0257519, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANO DA SILVA DIAS, quando ao passar por um cruzamento colidiu na dianteira esquerda de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 01.06.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU. Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

  
**ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA**  
Delegado de Polícia Civil  
Titular da DEAVC





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

## LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudó nº 03.01.06.102017.28341

IVANILDO DA SILVA SOARES

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital  
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:  
Ilmo(a) Senhor(a),  
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva  
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

21/11/2017  
*Ivanildo da Silva Soares*





**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**3B4E.0155.9D7D.8691**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

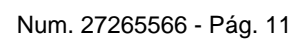
**www.receita.fazenda.gov.br**

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 16:01:45 do dia 09/09/2014 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.218.453	DATA DE Emissão	14/01/2014
NOME	IVANILDO DA SILVA SOARES		
FILIAÇÃO	JOÃO APRIGIO SOARES IVONETE MOREIRA DA SILVA		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB		
DOC. ORIGEM	14/06/1993		
NASC. N. 18611 FLS. 272 LIV. A 12			
CARTÓRIO 5º JOÃO PESSOA			
Mão-Pessoa - PB			
Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO			
Assinatura de Lirida Macêdo			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			









HOSPITAL DE REFERÊNCIA DE PERNAMBUCO  
UNIDADE DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIAS  
LABORATÓRIO DE ANATOMIA PATOLÓGICA  
DIAGNÓSTICO

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Ivanildo da Silva Soares  
DATA DE NASCIMENTO 14/06/93  
NOME DA MÃE Ivonete Moreira da Silva

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 977098  
DATA DO ATENDIMENTO 27/01/17  
HORA DO ATENDIMENTO 21:35  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de trânsito  
DIAGNÓSTICO (S) Ferimento em tornozelo direito  
CID 10 S91.9

### AValiação inicial:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, após queda do muro com ocorrência de lesão  
unilateral funcional em tornozelo direito ferimento de superfície com exposição tendão anterior e  
hematoma em região orbital direita avaliação com Tomografia BMF e do tornozelo para conduta  
cirúrgica adequada.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

1) TALE e TOMOGRAFIA

### RESULTADOS DOS EXAMES:

2) FISIOTERAPIA

### TRATAMENTO:

3) FISIOTERAPIA

ALTA HOSPITALAR 27/01/17  
DATA DA EMISSÃO 01/05/17

  
Dr. Lirida Macedo Almeida  
CRM: 33221/PB

ATENDIMENTO: 01/05/17 - 14:00h - 15:00h - 16:00h - 17:00h - 18:00h - 19:00h - 20:00h - 21:00h - 22:00h - 23:00h - 24:00h  
24 HORAS DE ATENDIMENTO





Unidade de Pronto Atendimento



Hospital de Referência - Serviço de Pronto Atendimento  
Av. Antônio Manoel de Oliveira, 1000 - Jd. Santa Helena - Recife/PE

GOVERNO DA PARAÍBA

COLHIMENTO em - CNES: 303012 - Tel: (011) 303012

Boletim de Atendimento: 977098



# Identificação do paciente

ID	Nome			Sexo
1133445	IVANILDO DA SILVA SOARES			Masculino
Data de nascimento	Data	Estado civil	Religião	Profissão
14/06/1993	23 anos 7 meses 13 dias	SOLTEIRO(A)	NAO INFORMADA	
Mãe	Pai			
MONETE MOREIRA DA SILVA	JOAO APRIÇO SOARES			
Endereço	Responsável (Parentesco)			
	LUCIANO DA SILVA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel	Telefone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo	
	957559063			
Tipo documento	RG (IDENTIDADE)	CPF		
	4218452			
Local de procedência	Tipo			UF
MANGABEIRA VII	BAIRRO			PE
Email	Naturalidade	CID-R		
	JOAO PESSOA			

## Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
48059772	JOAO PESSOA	PE	DAS COLONIAS
Número	Complemento	Bairro	
100		MANGABEIRA	

## Admissão

Data e Hora	Número da prateleira	Convênio
27/01/2017 21:35:31	100005197155	SUS
Especialidade	Clinica	
TRAUMATOLOGISTA	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	SAMU	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	ACIDENTE DE BICICLETA	VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

Caso potencial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Sim
Meio de transporte	Quem transportou		
SAMU	NAO SE APLICA		

## Sinais Vitais

PA	Frequência	Temperatura
X mmHg		

## Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Outros exames

## Diagnóstico

Atendido por	CD
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	22000
Impressão	22/01/2017 21:35:31





## Primeiro Atendimento



00000107100 BE 977098  
TIVYLLIO DA SILVA SOARES  
DT. NASC.: 14-06-1987  
MRE: TIVYLLIO SOARES DA SILVA  
END: RUA COL. 14106  
N. 106 - PARQUE  
JARD. PIRELLA  
BONE: 11  
CELULAR: (11) 947960063  
POBOX: 23  
DT. ENTREGA:

### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

#### EXAME PRIMÁRIO

##### VIAS

AÉREAS ☐ Patentes ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

##### VENTILAÇÃO

TRACQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

##### ☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ Absente

##### AUSCULTA PULMONAR:

##### 1- RUSSUS VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

##### 2- RUSSUS

☐ Sim

☐ Não

HTD: ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

HTE: ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

FR: \_\_\_\_\_ mmHg

SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

#### CIRCULAÇÃO

##### COR DA PILE

☐ Normal ☐ Palido ☐ Cianótico

☐ Petechias ☐ Hematomas

TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fraco ☐ Ausente

##### AUSCULTA CARDÍACA

RITMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

RLHAP: ☐ Normal ☐ Irregular

☐ Hipotônico ☐ Hipertônico

SINUS: ☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Presente ☐ Ausente

DEBILIDADE: ☐ Sim ☐ Não

FC: \_\_\_\_\_ bpm PR: \_\_\_\_\_ mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

CC: \_\_\_\_\_

##### AMOSTRA:

#### DEFEIT NEUROLÓGICO

Pupila: ☐ Responsiva ☐ Paralisada ☐ Anisocórica ☐ Anisocórica (diferença: \_\_\_\_\_ mm)

#### Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (-4 anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Spontânea	4. Consciente / Palavras apropriadas, sem esforço, fluente e coerentes	4. Obedece aos comandos
A solicitação verbal	3. Confuso / Chora mas é consolável	3. Localiza a dor
À continuação estímulo	2. Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3. Retira o Membro
Nenhuma	1. Sons incompreensíveis / Inquieto	2. Resposta anormal (vermuntado)
	Nenhuma / Nenhuma	1. Extensão Anormal (muntado)
		Nenhuma
TOTAL		

PNCP-CC-01



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274275200000026316424>

Número do documento: 19122613274275200000026316424





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



100005107055 ME: 977098  
FARMILIO DE SILVA NORRES  
DT. NASC. 14/08/1993  
RMO - LUCIENE NORRIS DE SILVA  
END. 008 COL. SHIRAZ  
N. 105 - MARACANELAS  
CIDAO PESSOA  
FONE 11  
CELEBRAR 11 SANTO ANTONIO  
CASA 20  
27 CATANDUVA

NOME DO PACIENTE

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

27  
11  
11

30/11

Atendimento realizado em 27/11/2019 às 14h30min.

Atendimento realizado em 28/11/2019 às 14h30min.

Atendimento realizado em 29/11/2019 às 14h30min.

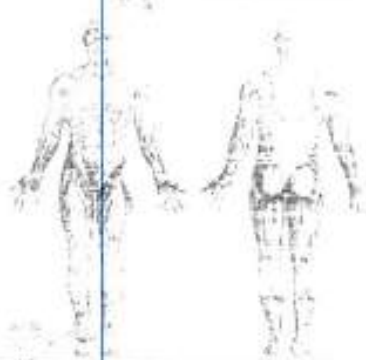
Atendimento realizado em 30/11/2019 às 14h30min.

Atendimento realizado em 01/12/2019 às 14h30min.







EXAME SECUNDÁRIO			
ALERGIA:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
IMUNIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
DOENÇA	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →	1. Abrasão 2. Amputação 3. Avulsão 4. Contusão 5. Crepitação 6. Dor 7. Edema 8. Emplacamento 9. Eritema subcutâneo 10. Escoriação 11. Equimose 12. F. Arma Branca 13. F. Arma de Fogo 14. F. Contusão 15. F. Cortado 16. F. Corto-Contuso 17. F. Perfuro-Cortado 18. F. Perfuro-Cortante	19. Fratura Óssea Fechada 20. Fratura Óssea Aberta 21. Hematoma 22. Injúria Nervosa 23. Laceração 24. Lesão-Tendão 25. Luxação 26. Mordedura 27. Movimento torácico paradoxal 28. Objeto Encaixado 29. Osmose 30. Paralisia 31. Perforação 32. Parestesia 33. Queimadura 34. Ruptura 35. Sinal de Isquemia 36
			
OBS:			
QUEIMADURA:			
Superfície corporal lesada (região da palma da mão)		% Grau de queimadura:	<input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau
EXAMES SOLICITADOS			
<input type="checkbox"/> Radiografia <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada		<input type="checkbox"/> Exame peritornal <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
CONDUTA E PROCEDIMENTOS		CODIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. Exame físico		1	
2. Exame físico		2	
3. Exame físico		3	
4. Exame físico		4	
5. Exame físico		5	
6. Exame físico		6	
7. Exame físico		7	
8. Exame físico		8	
9. Exame físico		9	
10. Exame físico		10	
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO			
Solicitado por: _____		do dia: ____/____/____	
Solicitado por: _____		do dia: ____/____/____	
DESTINO DO PACIENTE			
DATA	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico		
ORA	<input checked="" type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde)		
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Internado (setor)		
HORAS	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Desistência		
	<input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Ace 48 hs <input type="checkbox"/> Ace 48 hs <input type="checkbox"/> Ace 48 hs <input type="checkbox"/> Ace 48 hs <input type="checkbox"/> Ace 48 hs		
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	





SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 709/098, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1584552, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente IVANILDO DA SILVA SOARES idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 27/01/2017, na Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Bairro: Mangabeira VII - João Pessoa - aproximadamente às 20:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Setembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto  
CREIS

**SAMU 192 JP**

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





**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, Lirida da Silva Macedo

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.212.453

EXPEDIDO POR ADS/PB

EM 17/11/2019 E

CPF 06905416440 /CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO Aplicador de pintura

E RENDA MENSAL DE R\$ 431,60 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Lirida da Silva Macedo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos 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 comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos a 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 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0470 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00043422-6

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.

Lirida da Silva Macedo 07 de dezembro de 2019  
LOCAL E DATA

Lirida da Silva Macedo  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01971.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01971.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:52 horas do dia 30 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ivanildo da Silva Soares**, CPF nº 709.597.674-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Ivonete Moreira da Silva e João Aprição Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/06/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Hermanno Toscano L. Cavasin, complemento QD. 35, LT. 10, bairro Portal do Sol, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro de Hipismo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-9040.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Próximo Ao Shopping Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/17 20:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia o CICLOMOTOR DE MARCA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, COR VERMELHA, 2013/2014, PLACA OEU6851/PB, CHASSI LXVXCBL04E0257519, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANO DA SILVA DIAS, quando ao passar por um cruzamento colidiu na dianteira esquerda de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 01.06.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de outubro de 2017.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
IVANILDO DA SILVA SOARES  
Noticiante



Processamento Policial: 01971.01.2017.1.00.420





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanilda de Silva Soares,

RG nº 4.216.453, data de expedição 14 / 01 / 2014, Órgão SSP / PB,

CPF nº 409.798.874-40, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Hermínio Teixeira L. Calmon</u>
Número	<u>501</u>
Apto / Complemento	<u>QD 01 / LT 10</u>
Bairro	<u>Parque do Sol</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>57046-533</u>
Telefone de Contato	<u>(51) 98750-4063</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 15 de dezembro de 2018

Assinatura do Declarante: Ivanilda de Silva Soares





Hospital Policial de Emergência e Trauma  
Governador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 977098



### Identificação do paciente

ID 1133446	Nome IVANILDO DA SILVA SOARES	Sexo Masculino
Data de nascimento 14/06/1993	Idade 23 anos 7 meses 13 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe IVONETE MOREIRA DA SILVA	Religião NAO INFORMADA	Prontuario
Escolaridade	Pai JOAO APRIGIO SOARES	
DDD Móvel	Responsável (Parentesco) LUCIANO DA SILVA - ACOMPANHANTE	
Fone Móvel 987569063	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Numero documento 4218453	Nº Cns
Local de procedência MANGABEIRA VII	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBC/R

### Endereço

CEP 58059772	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DAS COLONIAS
Número 103	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

### Admissão

Data e Hora 27/01/2017 21:35:31	Número da pulseira 100005197155	Convênio SUS
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente SAMU	
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO SE APLICA		

### Sinais Vitais

PA x mmHg	Fulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

CID

Tempo  
02min 43seg

Imprimir







## Primeiro Atendimento



100006197155 BE : 977098  
IVANILDO DA SILVA SOARES  
DT. NASC.: 14/06/1982  
MRE: IVONETE MOREIRA DA SILVA

### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: IDADE:

END.: DAS COLÔNIAS  
N. 105 - MANGABEIRA  
JORO PESSOA  
FONE: ( )  
CELULAR: ( ) 987569063  
IDADE: 23  
DT. ENTRADA:

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

#### EXAME PRIMÁRIO

##### VIAS

☐ Pêrvias ☐ Obstruídas

##### AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

##### VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

##### AUSCULTA PULMONAR:

##### 1 - MURMÚRIO VESICULAR

☐ Presente e normal

HTC ☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

☐ Presente e normal

HTE ☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

##### 2 - RUÍDOS

☐ Sim

☐ Não

HTD ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

HTE ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp

SeO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

#### CIRCULAÇÃO

##### COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Palida ☐ Cianótica

☐ Pleotônica ☐ Ictérica

##### TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

##### PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

##### AUSCULTA CARDÍACA

##### RÍTIMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

##### QUANTIDADE

☐ Normotônicas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipertônicas ☐ Ausente

##### SUPRAC

☐ Presente ☐ Ausente

##### DE OUBA

☐ Sim ☐ Não

##### FC:

\_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

##### CCC:

#### ABDOMEN:

#### DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fororreactante

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	5
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decorticação)	2
				Nenhuma	1
TOTAL					

F(NG).CC.OO. 1



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274357200000026316475>

Número do documento: 19122613274357200000026316475



## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

3.E/PRO



10000197156  
IVANILDO DA SILVA SOARES  
DT. NASC: 14/03/1992  
MRE: IVONETE MOREIRA DA SILVA

END: DAS COL ENTAS  
N. 105 - HANGARREIRA  
JOAO PESSOA  
PONE: ( )  
CELULAR: ( ) 987654321  
IDADE: 23  
DT. ENTRADA: ( )

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulatório de emergência ☐ Ambulatório

TIPO DE ACIDENTE: ☒ Queda ☐ Automóvel ☐ Combustível ☐ Bicicleta

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Enfisema ☐ Laceração ☐ Queimadura

LOCAL DA LESÃO: ☐ Mordedura ☐ Objeto enfiado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros

DADOS CLÍNICOS (Sintomas):

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

### EXAME FÍSICO

PA: mmHg P: bpm SpO2: % Tax: %

Sistema Neurológico:  
Nível de Consciência: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Comatado ☐ Desorientado  
Avaliação das pupilas: ☐ Simétricas ☐ Assimétricas Tamanho: ☐ Midriase ☐ Miosis

Sistema Respiratório:  
☐ Ventilação invasiva ☒ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas permeáveis

Sistema Circulatório:  
☐ Respiração ruidosa ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas

Sistema Digestório:  
☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial

Sistema Genito-urinário:  
☐ Polúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Disúria ☐ SVD ☐ Outros

### HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Intussuscepção ☐ Outros

Especificar: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

### USO DE MEDICAÇÃO:

☐ Sim ☐ Não Especificar:

### HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

☐ Sim ☐ Não

### IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim ☐ Não

### OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

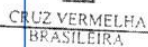
DESTINO:

ENFERMEIRO:

Inês Viana S. M. - Enfermeira  
COREN-PR 142216

PUNTO: ENF 022-1



[illegible]

100005197155 BE.: 977098  
IVANILDO DA SILVA SOARES  
DT. NASC.: 14/05/1993  
MÃE: IVONETE MOREIRA DA SILVA

END. DAS COL UNIAS  
N. 105 - MANGABEIRA  
JOAO PESSOA  
FONE ( )  
CELULAR ( ) 98750092  
IDADE 23  
DT ENTRADA:

NOME DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
27/01/2025		30/10
28/01/2025		30/10
29/01/2025		30/10
30/01/2025		30/10
31/01/2025		30/10
01/02/2025		30/10
02/02/2025		30/10
03/02/2025		30/10
04/02/2025		30/10
05/02/2025		30/10
06/02/2025		30/10
07/02/2025		30/10
08/02/2025		30/10
09/02/2025		30/10
10/02/2025		30/10
11/02/2025		30/10
12/02/2025		30/10
13/02/2025		30/10
14/02/2025		30/10
15/02/2025		30/10
16/02/2025		30/10
17/02/2025		30/10
18/02/2025		30/10
19/02/2025		30/10
20/02/2025		30/10
21/02/2025		30/10
22/02/2025		30/10
23/02/2025		30/10
24/02/2025		30/10
25/02/2025		30/10
26/02/2025		30/10
27/02/2025		30/10
28/02/2025		30/10
29/02/2025		30/10
01/03/2025		30/10
02/03/2025		30/10
03/03/2025		30/10
04/03/2025		30/10
05/03/2025		30/10
06/03/2025		30/10
07/03/2025		30/10
08/03/2025		30/10
09/03/2025		30/10
10/03/2025		30/10
11/03/2025		30/10
12/03/2025		30/10
13/03/2025		30/10
14/03/2025		30/10
15/03/2025		30/10
16/03/2025		30/10
17/03/2025		30/10
18/03/2025		30/10
19/03/2025		30/10
20/03/2025		30/10
21/03/2025		30/10
22/03/2025		30/10
23/03/2025		30/10
24/03/2025		30/10
25/03/2025		30/10
26/03/2025		30/10
27/03/2025		30/10
28/03/2025		30/10
29/03/2025		30/10
30/03/2025		30/10
31/03/2025		30/10
01/04/2025		30/10
02/04/2025		30/10
03/04/2025		30/10
04/04/2025		30/10
05/04/2025		30/10
06/04/2025		30/10
07/04/2025		30/10
08/04/2025		30/10
09/04/2025		30/10
10/04/2025		30/10
11/04/2025		30/10
12/04/2025		30/10
13/04/2025		30/10
14/04/2025		30/10
15/04/2025		30/10
16/04/2025		30/10
17/04/2025		30/10
18/04/2025		30/10
19/04/2025		30/10
20/04/2025		30/10
21/04/2025		30/10
22/04/2025		30/10
23/04/2025		30/10
24/04/2025		30/10
25/04/2025		30/10
26/04/2025		30/10
27/04/2025		30/10
28/04/2025		30/10
29/04/2025		30/10
30/04/2025		30/10
01/05/2025		30/10
02/05/2025		30/10
03/05/2025		30/10
04/05/2025		30/10
05/05/2025		30/10
06/05/2025		30/10
07/05/2025		30/10
08/05/2025		30/10
09/05/2025		30/







EXAME SECUNDÁRIO																																				
ALERGIA:	( ) Não	( ) Sim:																																		
MEDICAMENTOS:	( ) Não	( ) Sim:																																		
IMUNIZAÇÃO	( ) Não	( ) Sim:																																		
PAATOLOGIA	( ) Não	( ) Sim:																																		
ALIMENTOS INGERIDOS:	( ) Não	( ) Sim:																																		
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Erisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encastrado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parosteia 33 Queloidadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36																																	
OBS.: _____																																				
<b>QUEIMADURA:</b> Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau																																				
<b>EXAMES SOLICITADOS</b> ( ) Radiografias ( ) Lavado peritoneal ( ) Ultrassonografia (FAST) ( ) Gasometria arterial ( ) Tomografia computadorizada ( ) Tipagem sanguínea																																				
<b>PROCEDIMENTOS REALIZADOS</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CODIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CODIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1. Exame físico			2. Exame físico			3. Exame físico			4. Exame físico			5. Exame físico			6. Exame físico			7. Exame físico			8. Exame físico			9. Exame físico			10. Exame físico		
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CODIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																		
1. Exame físico																																				
2. Exame físico																																				
3. Exame físico																																				
4. Exame físico																																				
5. Exame físico																																				
6. Exame físico																																				
7. Exame físico																																				
8. Exame físico																																				
9. Exame físico																																				
10. Exame físico																																				
<b>SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO</b> Solicito parecer da _____ As _____ do dia _____ Solicito parecer da _____ As _____ do dia _____																																				
<b>DESTINO DO PACIENTE</b> DATA DA SAÍDA _____ HORAS: _____ ( ) Centro cirúrgico (X) Transferência (unidade de saúde) ( ) Internado (setor) _____ ( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A reavalia ( ) Desistência ( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) JIML ( ) SVC																																				
ASSIN. _____ ATURAVENCAO		ASSIN. _____ ASSIN. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL																																		

5/10/2019



08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 709/098, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1584552, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **IVANILDO DA SILVA SOARES** idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 27/01/2017, na Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Bairro: Mangabeira VII - João Pessoa - aproximadamente às 20:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Setembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto  
CRE 15.717

**SAMU 192 JP**

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





**Poder Judiciário da Paraíba  
15ª Vara Cível da Capital**

Fórum Des. Mário Moacyr Porto - Av. João Machado, s/n - Centro - João Pessoa - PB CEP: 58.013-520

E-mail: [jpa.15varacivel@tj.pb.gov.br](mailto:jpa.15varacivel@tj.pb.gov.br) - Fone: (83) 3208-2497

Processo Nº:0884568-69.2019.8.15.2001

Ação:[SEGURO]

AUTOR: IVANILDO DA SILVA SOARES

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

**CERTIDÃO**

**ATO ORDINATÓRIO**

Certifico que a vista obrigatória às partes, através de seus Advogados, é ato meramente ordinatório devendo, portanto, ser praticado de ofício pelo servidor, independentemente de despacho nesse sentido. Desta forma, de ordem do MM Juiz de Direito da 15ª Vara Cível, e com fundamento no art. 203 § 4º do CPC, art. 93, XIV, da CF e Provimento nº 04/2014 da Corregedoria Geral de Justiça, publicado no DJ de 1º/08/2014, dando ciência a parte promovente, através de seu advogado, **para. Juntar comprovante de rendimentos (contracheque, declaração de IRPF e IRPJ, se houver) e guia de simulação de custas no prazo de 15 dias.** O referido é verdade. Dou fé.

JOÃO PESSOA, em 30 de dezembro de 2019,

LUCRENILDE RAMALHO NOGUEIRA



Chefe de Cartório







EM ANEXO.



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 200.4.20.10663/01
			<b>Data de emissão:</b> 06/02/2020
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 29/02/2020
<b>Número da guia:</b> 200.2020.610663 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,51
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.030,20 <b>Promovente:</b> IVANILDO DA SILVA SOARES - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.234,05
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866100000128 340509283180 520200229208 042010663013 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.234,05

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 200.4.20.10663/01
			<b>Data de emissão:</b> 06/02/2020
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 29/02/2020
<b>Número da guia:</b> 200.2020.610663 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,51
<b>Promovente:</b> IVANILDO DA SILVA SOARES <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Detalhamento:</b>			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.234,05
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.234,05

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 200.4.20.10663/01
			<b>Data de emissão:</b> 06/02/2020
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 29/02/2020
<b>Número da guia:</b> 200.2020.610663 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,51
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.030,20 <b>Promovente:</b> IVANILDO DA SILVA SOARES - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.234,05
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866100000128 340509283180 520200229208 042010663013 			<b>Valor final:</b> R\$ 1.234,05







Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 200.2020.610663

**Data Vencimento:** 29/02/2020

**Data Emissão:** 06/02/2020

**Comarca:** Joao Pessoa

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** IVANILDO DA SILVA SOARES

**Promovido:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**Valor da Causa:** R\$ 13.500,00

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 1.030,20

**Taxa:** R\$ 202,50

**Total da Guia:** R\$ 1.232,70

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 06/02/2020 16:03:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020616032541300000027051525>

Número do documento: 20020616032541300000027051525

Num. 28044578 - Pág. 2



# Carteira de Trabalho Digital

## Dados Pessoais

Nome Completo: **IVANILDO DA SILVA SOARES**

CPF: **709.597.674-01**

Data de Nascimento: **14/06/1993**

Sexo: **Masculino**

Nacionalidade: **Brasileiro**

Nome da Mãe: **IVONETE MOREIRA DA SILVA**

---



**EXCELENTÍSSIMO JUÍZO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB**

**Proc. Nº: 0884568-69.2019.8.15.2001**

**IVANILDO DA SILVA SOARES**, já qualificado no processo em epígrafe, vem à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu patrono, **APRESENTAR** guia de custas e comprovante de rendimentos nos termos requeridos no Despacho expedido de id. 27277149, a fim ser apreciado a hipossuficiência financeira alegada na exordial.

Destaque-se que o autor nunca teve vínculo trabalhista e, atualmente, está desempregado, possuindo apenas uma conta na Caixa Econômica Federal que, inclusive, estava bloqueada por falta de movimentação (anexa).

Sendo assim, ratifica que não possui condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio de sua família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República. Reitera-se o pedido de gratuidade judiciária, uma vez que atende os requisitos dispostos no art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Termos em que,

**Pede DEFERIMENTO.**

João Pessoa/PB, 06 de fevereiro de 2020.

**LÍRIDA MACEDO**  
**OAB/PB 11.279**





**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
15ª Vara Cível da Capital**

Processo nº 0884568-69.2019.8.15.2001

AUTOR: IVANILDO DA SILVA SOARES

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

**DESPACHO**

Deixo de designar audiência de conciliação, nos termos do art. 334 do CPC, ante a natureza da demanda, que indica ser inviável o acordo entre as partes, pela experiência comum. Não se deve ocupar indevida e desnecessariamente a pauta de audiências, já repleta, com atos inócuos e que mais retardam o andamento do processo do que promovem a sua solução.

Defiro a gratuidade.

CITE-SE pela via postal, para apresentação de contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia.

João Pessoa, 11 de agosto de 2020.

Assinatura Digital

