

## *Duarte e Silva Advogados Associados*

Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 06 - Mangabeira, João Pessoa/PE  
(83) 98832-9676. (83) 99105-5363. (83) 98660-2858.

### PROCURACÃO "AD - JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

CONTRATANTES:

NOME Renato Pontes Peixoto TELEFONE 98854-6992  
ESTADO CIVIL Casado PROFISSÃO Estagiário - Promotor de Justiça  
CPF 081.676.274-03 RG 3.368-810 ENDEREÇO Rua Felipe  
dos Santos, 289, Mandacaru, João Pessoa 103 58027-320

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, **JOSÉ EDUARDO DA SILVA OAB/PB 12.578, e ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438** com escritório profissional sito à Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 06, Mangabeira, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de econômica mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

### GRATUIDADE JUDICIÁRIA

*Declara ainda o outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.*

João Pessoa, 23 de Abri de 2020

(OUTORGANTE) x Renato Pontes Peixoto

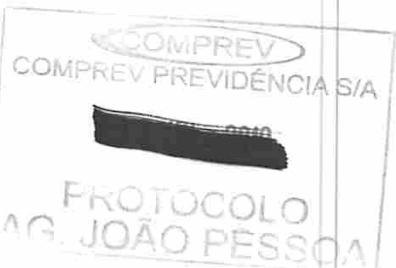




COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

30 AGO. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



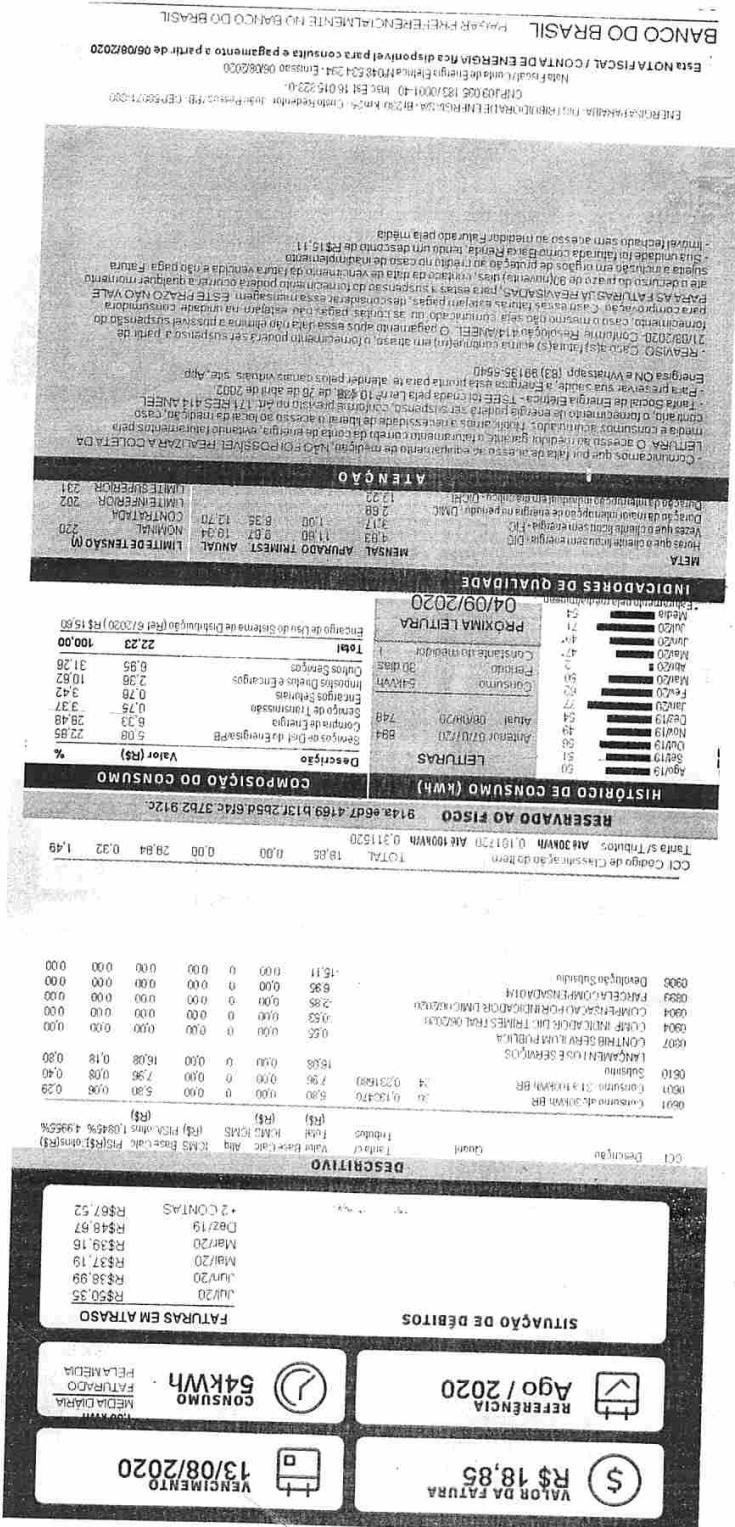
Assinado eletronicamente por: JOSE EDUARDO DA SILVA - 22/09/2020 11:10:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211102565800000033074944>  
Número do documento: 20092211102565800000033074944

Num. 34592345 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: JOSE EDUARDO DA SILVA - 22/09/2020 11:10:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211102565800000033074944>  
Número do documento: 20092211102565800000033074944

Num. 34592345 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: JOSE EDUARDO DA SILVA - 22/09/2020 11:10:25  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=200922110256580000033074944>  
Número do documento: 200922110256580000033074944

Núm. 34592345 - Pág. 4



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 06960.01.2019.1.00.401

**CERTIFICO**, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06960.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:50 horas do dia 26 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Renato Pontes Pequeno**, CPF nº 081.676.274-03, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Promotor de Vendas, filho(a) de Sonia Maria Pontes Pequeno e Enildo Barros Pequeno, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 29/07/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Luiza Ramalho, Nº 28, complemento CASA, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98854-6992.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Celerina Paiva, Xx, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/03/19 00:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 25/03/2019, POR VOLTA DAS 00:00, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2018/19, PLACA QGD-2181/PB, CHASSI 9C2KC2200KR103330, REGISTRADA EM NOME DE SONIA MARIA PONTES CANDIDO, NA AVENIDA CELERINA PAIVA, MANDACARU, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU COM UM CACHORRO QUE PASSAVA PELA PISTA VINDO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S52.9, CONFORME LAUDO MEDICO ASSINADO PELO DR. GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE E EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS NEVES, ONDE FOI ATENDIDO NO DIA 29/03/2019, COM CID S52.4 SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME ATESTADO MEDICO ASSINADO PELO DR. BRUNO GUEDES WANDERLEY.

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, 26 de junho de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
30 AGO. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

RENATO PONTES PEQUENO  
Noticiante  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
Procedimento Nº 06960.01.2019.1.00.401  
1/1



COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISO DORRIDA  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DI ARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Hora: 12:43:27  
Recepção: GEOVANA DO SANTOS  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: RENATO PONTES PEQUENO  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3368810 Fone: 988546992  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 29/07/1989 Id: 29 ano(s)  
End.: RUA MANOEL SILVA DE LACERDA, 390APTO 102 PACIENTE SEM DOCUMENTO INFORMACOES DADAS PELO  
Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF :PB  
Mae: SONIA MARIA PONTES Pai: ENILDO BARROS PEQUENO  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: PROMOTOR DE VENDAS Estado Civil: CASADO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp.: RENATO PONTES PEQUENO  
Tel/Doc. Responsavel: 988546992 / IDENTIDADE: 3368810  
Procedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA  
Vitima de acidente por: MOTO  
Vitima de violência por: NAO  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

Queixa Principal

F INTE ENCAMINHADO DO HETSH, L COM TRAUMA DE  
ABRACO D CONFORME PACTUACAO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| [ ] Aparentemente Bem | [ ] Grave     |
| [ ] Politraumatizado  | [ ] Convulsao |
| [ ] Hemorragia        | [ ] Dispneia  |
| [ ] Diarreia          | [ ] Agitado   |
| [ ] Regular           | [ ] Chocado   |
| [ ] Vomito            |               |

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente com queixa de fractura de  
diáfrago do lado direito ocoado cl. nulo.

Diagnóstico

Rx de HETSH L com envolvimento de fractura

Prescrição de diafragma D Horário da medicacão

D: Indiviso





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Renato Ribeiro Ribeiro 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: Doenças D

HDA: Doenças de acidente de moto, com quebra de fratura do esôfago, hérnia de hiato D + alterações para cima

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

**Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** Febre Astenia Anorexia Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ Prurido Sudorese Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: \_\_\_\_\_

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

**Cabeça e Pescoco:** 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: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: [ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco de Rio [ ]Casa de Trauma \_\_\_\_\_

[ ]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: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Ex alegre radio D*

Conduta: *Interveniente P/ TTO Criminoso*

Dra. Tibirica Medo  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PB 7200

25/09/2019





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

30104



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1151456



| Identificação do paciente  |  |                                      |                               |   |
|--|--|--------------------------------------|-------------------------------|---|
| ID<br>469034   | Nome<br>RENATO PONTES PEQUENO                    |                                      |                               | Sexo<br>Masculino                       |
| Data de nascimento<br>29/07/1989   | Idade<br>29 anos 7 meses 24 dias                 | Estado civil<br>CASADO(A)            | Religião<br>NAO INFORMADA     | Prontuário                              |
| Mãe<br>SONIA MARIA PONTES PEQUENO  |  |                                      |                               | Pai<br>ENILDO BARROS PEQUENO            |
| Escolaridade<br>MEDIO INCOMPLETO   |  |                                      |                               | Responsável (Parentesco)<br>A MAE - MAE |
| DDD Móvel<br>83  | Fone Móvel<br>987209955                          | DDD Fixo                             |                               | Fone Fixo                               |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)  | Número documento<br>3368810                      | Nº Cns<br>165451763160006            |                               |   |
| Local de procedência<br>MANDACARU  | Tipo<br>BAIRRO                                   |                                      | UF<br>PB                      |   |
| Email  | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                      | CBO/R                                |                               |   |
| Endereço   |  |                                      |                               |   |
| CEP<br>58027528  | Município de residência<br>JOAO PESSOA           | UF<br>PB                             | Logradouro<br>RODRIGUES ALVES |   |
| Número<br>208  | Complemento                                      | Bairro<br>ALTO DO CÉU                |                               |   |
| Admissão   |  |                                      |                               |   |
| Data e Hora<br>25/03/2019 00:49:32   | Número da pulseira<br>1000007134677              | Convênio<br>SUS                      |                               |   |
| Especialidade<br>CIRURGIA GERAL  | Clínica  |                                      |                               |   |
| Classificação de risco   |  |                                      |                               | Origem do paciente<br>RUA               |
| Caráter de atendimento   | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>MOTO X ANIMAL |                               |   |
| Indicadores e Transporte   |  |                                      |                               |   |
| Caso policial<br>Não   | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Não            | Trauma<br>Não                 |   |
| Meio de transporte<br>SAMU   | Quem transportou                                 |                                      |                               |   |
| Sinais Vitais  |  |                                      |                               |   |
| PA<br>X mmHg   | P脉   | Temperatura                          |                               |   |
| Exames complementares  |  |                                      |                               |   |
| Raio X []  | Sangue []  | Urina []                             | TC []                         | Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []     |
| Dados clínicos<br>→ Pj 00:50, PACIENTE ENTROU NO SETOR, CORPO ESCALFADO, OLHOS TORAO, COXA E CAVIARAS ROXAS, DOR NO MUSO (BASCOL, SERRUGES SENSIBILIZADAS P/ O C. O. E, H. VCA E VASO SÍGNE, ELCRADA E CORRIDA)  |  |                                      |                               |   |
| Diagnóstico  |  |                                      |                               | CID                                     |
| Atendido por<br>THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA  | Edvaldo R. V. Gomes<br>Enfermeiro                |                                      |                               | Tempo<br>06seg                          |
| <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>009/176708 Imprimir</p> <p>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>30 AGO. 2019</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div> <div style="margin: 0 20px;"> </div> <div style="text-align: center;"> <p>COMPREV</p> <p>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div> </div> |  |                                      |                               |   |

25/03/2019 00:46





## CERTIDÃO

Nº. 1213/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº216115 e Prontuário Nº 2019.03.002956 pertencentes **RENATO PONTES PEQUENO** que foi atendido dia 25/03/2019 às 12H43min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço direito.

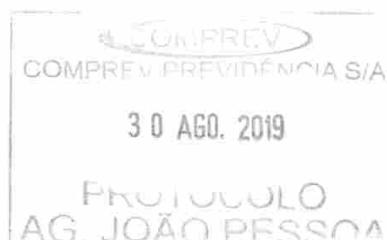
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da diáfise do rádio direito. Alta a pedido dia 29/03/2019.

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

João Pessoa, 29 de julho de 2019

Rosangela M. Escorel Almeida  
Médico Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





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

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1151456

PACIENTE: RENATO PONTES PEQUENO

DATA DE NASCIMENTO: 29.07.89

Data e Hora do Atendimento: 25.03.19

Horário: 0:49h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital trazido pelo SAMU vítima de acidente de motocicleta queixando de dor no ombro esquerdo, joelho esquerdo, mão direita e antebraço esquerdo, escoriações nos mmss e no joelho esquerdo, Glasgow 15. Atendido pelo Dr. José Helman Palitot de Oliveira CRM 3430, Dr. José Lavoisier Feitosa Neto CRM 7030, Dr. Igor Queiroz Cavalcante CRM 7733.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO CID 10 S 52 9**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx do ombro esquerdo AP e Perfil, Rx do antebraço direito e esquerdo AP e Perfil, Rx do joelho esquerdo AP e Perfil e encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pontuação.

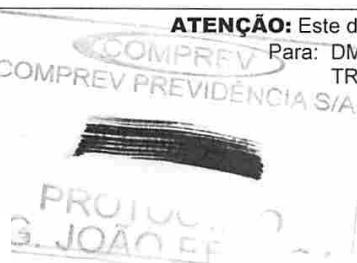
**ALTA HOSPITALAR:** Em 25.03.19 às 3:16h encaminhado para o ORTOTRAUMA conforme pontuação.

Data da Emissão: 29.05.19

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE  
AUDITOR CVBA/HEETSHL  
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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





(/)

Buscar no site

A COMPANHIA ▼ SEGURO DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS

SALA DE IMPRENSA

TRABALHE CONOSCO

CONTATO ▼

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Linha Direta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3200295385 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** RENATO PONTES PEQUENO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** RENATO PONTES PEQUENO

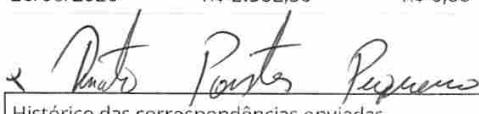
**CPF/CNPJ:** 08167627403

**Posição em 25-08-2020 16:44:23**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

26/08/2020 R\$ 2.362,50 R\$ 0,00 R\$ 2.362,50



Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência                         | Ver Carta  |
|---------------|------------------------------------|--|
| 22/08/2020    | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT | <br>( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/p76Nyv1QakHNbvDkI0g62A==/api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFNzKDZyJ9KOJI__zUxqV3JA=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/p76Nyv1QakHNbvDkI0g62A==/api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhFNzKDZyJ9KOJI__zUxqV3JA=</a> ) |

Chat



Assinado eletronicamente por: JOSE EDUARDO DA SILVA - 22/09/2020 11:10:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221102565800000033074944>  
Número do documento: 2009221102565800000033074944

Num. 34592345 - Pág. 12



## 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 FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

|                  |                 |                  |                    |
|------------------|-----------------|------------------|--------------------|
| Profissão: _____ | Endereço: _____ | Número: _____    | Complemento: _____ |
| Bairro: _____    | Cidade: _____   | Estado: _____    | CEP: _____         |
| E-mail: _____    |                 | Tel.(DDD): _____ |                    |

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

#### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  
 SEM RENDA  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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 Líder a creditar na conta bancária informada. Se 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.

#### 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 a avaliação médica as custas da Seguradora Líder 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.

#### MORTE

#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 Líder 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

Local e Data, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: JOSE EDUARDO DA SILVA - 22/09/2020 11:10:25  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211102565800000033074944  
Número do documento: 20092211102565800000033074944

Num. 34592345 - Pág. 13



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
8ª VARA CÍVEL DA CAPITAL**

**PROCESSO N.º:** 0846960-03.2020.8.15.2001

**Vistos, etc**

DEFIRO a assistência judiciária gratuita.

1. CERTIFIQUE a escrivania a existência de outra ação idêntica a presente, envolvendo as mesmas partes, eventualmente distribuída para vara cível diversa ou comarca.
2. Caso negativa a certidão, CITE-SE a parte ré, para ofertar defesa, no prazo de 15 dias, uma vez que a audiência de conciliação/medição prevista no art. 334, do CPC/2015 mostra-se inoportuna no presente caso.
3. Apresentada contestação, INTIME-SE, para impugnar, no prazo de 15 dias.

João Pessoa, 22 de setembro de 2020.

**RENATA DA CÂMARA PIRES BELMONT**

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: RENATA DA CAMARA PIRES BELMONT - 22/09/2020 14:11:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092214112185600000033084625>  
Número do documento: 20092214112185600000033084625

Num. 34603354 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba  
8ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0846960-03.2020.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [Acidente de Trânsito]  
Polo ativo: AUTOR: RENATO PONTES PEQUENO  
Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

### CERTIDÃO

Certifico que não encontrei outras ações DPVAT em nome do autor. Dou fé.

JOÃO PESSOA, 23 de setembro de 2020  
WEZALY DE MEDEIROS MEIRA



Assinado eletronicamente por: WEZALY DE MEDEIROS MEIRA - 23/09/2020 20:42:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092320422288900000033159100>  
Número do documento: 20092320422288900000033159100

Num. 34683780 - Pág. 1

8ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA

---

0846960-03.2020.8.15.2001 [Acidente de Trânsito]

Nome: **RENATO PONTES PEQUENO**  
Endereço: **R FELIPE DOS SANTOS, 284, MANDACARU, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58027-320**

Nome: **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**  
Endereço: **R SENADOR DANTAS, 74, - até 56 - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-203**

### MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, CITO a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, situado na **R SENADOR DANTAS, 74, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-203**, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da ação supra, bem como para **integrar a relação processual apresentando sua defesa no prazo de 15(quinze) dias**, nos termos do art. 238, do NCPC. Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor. (art. 344, NCPC).

JOÃO PESSOA-PB, 23 de setembro de 2020.

De ordem, **WEZALY DE MEDEIROS MEIRA**  
Téc. Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ e DEMAIS DOCUMENTOS ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO

Documentos associados ao processo

| Título                        | Tipo                     | Chave de acesso**             |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Petição Inicial               | Petição Inicial          | 20092211102498400000033074936 |
| INICIAL RENATO PONTES PEQUENO | Documento de Comprovação | 20092211102551000000033074940 |
| RENATO PONTES PEQUENO         | Documento de Comprovação | 20092211102565800000033074944 |
| Despacho                      | Despacho                 | 20092214112185600000033084625 |
| Certidão                      | Certidão                 | 20092320422288900000033159100 |



Assinado eletronicamente por: WEZALY DE MEDEIROS MEIRA - 23/09/2020 20:45:09  
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092320450820300000033159108](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092320450820300000033159108)  
Número do documento: 20092320450820300000033159108

Num. 34683788 - Pág. 1