



Número: **0823231-02.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **28/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 11900.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	FRANCISCO PINTO DE OLIVEIRA NETO
AUTOR	DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18510 856	28/12/2018 12:03	<a href="#">DOCS. IDENTIFICAÇÃO</a>	Procuração
18510 875	28/12/2018 12:03	<a href="#">DOCS. COMPROVAÇÃO 1.</a>	Documento de Comprovação
18510 881	28/12/2018 12:03	<a href="#">DOCS. COMPROVAÇÃO 2.</a>	Documento de Comprovação
18510 888	28/12/2018 12:03	<a href="#">DOCS COMPROVAÇÃO 3.</a>	Documento de Comprovação
18762 553	24/01/2019 14:19	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

**OUTORGANTE: DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, motorista, portador do CPF nº 116.105.784-65, e RG nº 4.042.529 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua: Virgílio Pereira da Silva, Nº 40, Bairro: Liberdade, Campina Grande-PB.

**OUTORGADOS: FRANCISCO PINTO DE OLIVEIRA NETO**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 7547 e **FÁBIO JOSÉ DE SOUZA ARRUDA**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 5883, **BÁRBARA LEÔNIA FARIAS BATISTA GOMES**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 20740, ambos com o escritório profissional na Rua Vidal de Negreiros, nº 48, sala 101, Centro, Campina Grande-PB, onde recebem avisos e intimações. Telefone: (83) 9874-8828.

**PODERES:** Os da cláusula "Ad Judicia" e para o foro em geral, e especialmente para representar o outorgante em qualquer ação ou repartição, seja ele autor ou réu, requerer o que for de direito, acordar, discordar, dar quitação, bem como receber Alvará e tudo mais que se faça necessário ao bom desempenho deste mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte.

**PODERES ESPECIAIS: REPRESENTAR O (A) OUTORGANTE EM AÇÕES PENAIS, CÍVEIS, TRABALHISTAS OU PREVIDENCIÁRIAS, ONDE O (A) MESMO (A) FOR AUTOR (A) O RÉU, EM QUALQUER COMARCA OU DELEGACIA DO PODER JUDICIÁRIO, JUNTO AO MINISTÉRIO PÚBLICO, AO INSS, BEM COMO A PBPREV.**

### CONTRATO DE HONORÁRIOS:

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos contratantes, fica obrigado (a) outorgante a pagar aos outorgados, honorários advocatícios à base de 30% sobre o valor da condenação ou acordo realizado entre as partes litigantes, independentemente de haver condenação em honorários sucumbenciais, ficando o MM. juiz autorizado a reter a verba honorária contratual.

Campina Grande, PB, 04 de Maio de 2018.

  
**OUTORGANTE**



Francisco Caralino dos Santos

**AUTENTICACAO**

Certifico que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Data: 25/10/2017

CPF: 032.111.80-01

Carilino Grande-PA 25/10/2017

Solo Digital: AF8E15D1-5281

1083376663

**FRANCISCO CARALINO DOS SANTOS**

CPF: 032.111.80-01

25/10/2017

Carilino Grande-PA

Solo Digital: AF8E15D1-5281

1083376663

Francisco Caralino dos Santos

**FRANCISCO CARALINO DOS SANTOS**

CPF: 032.111.80-01

25/10/2017

Carilino Grande-PA

Solo Digital: AF8E15D1-5281

1083376663

**FRANCISCO CARALINO DOS SANTOS**

CPF: 032.111.80-01

25/10/2017

Carilino Grande-PA

Solo Digital: AF8E15D1-5281

1083376663



**AUTENTICACAO**

Certifico que a presente copia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Data: 25/10/2017

Carilino Grande-PA 25/10/2017

Solo Digital: AF8E15D1-5281

1083376663

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO  
 1ª CÂMARA DE DIREITO PRIVADO  
 SÃO PAULO, SP, 25 de Maio de 2017.  
 O JUIZ DE DIREITO  
 ALBERTO CAMARGO DE FARIAS  
 POSSUIU HONORÁRIO DE FARIAS  
 CANTO GRANDE - SP  
 23.12.1977  
 2017  
 2017

O JUIZ DE DIREITO  
 ALBERTO CAMARGO DE FARIAS  
 POSSUIU HONORÁRIO DE FARIAS  
 CANTO GRANDE - SP  
 23.12.1977  
 2017  
 2017

AUTENTICAÇÃO  
 O presente documento foi autenticado eletronicamente pelo sistema de autenticação digital do Poder Judiciário do Estado de São Paulo.  
 CANTO GRANDE - SP  
 25/10/2017  
 Selo Digital - QFV51302-JFRN  
 O JUIZ DE DIREITO  
 ALBERTO CAMARGO DE FARIAS  
 POSSUIU HONORÁRIO DE FARIAS  
 CANTO GRANDE - SP  
 23.12.1977  
 2017  
 2017











# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cerqueira, 250 - Jardim do João Pessoa - PB  
CEP: 55.015-870 - CNPJ: 03.123.884/0001-07

PARÁBOLA DE CATEGORIA  
BRANCA E PRETA  
N.º 12028738  
N.º CSP

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO 18418594

PAULO SERGIO G DE FARIAS  
RUA VERGILIO PERRIRA SILVA 40  
JD PALLISTANO 58414-218  
CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Paralela	Transv.	Transv. Lata	Lata	
018.02.166.0232	0	1	0	0	0	12028738

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A12B102870	11/03/2014	1	LIGADO	LIGADO

Constam em nosso(s) registro(s) pendência(s) de pagamento de contas anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver sido pago, há mais de 5 dias, desconsidera-se este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou call center (133) gratuito.

REFERENCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
100/2017	27/04/2017	76,27

*Handwritten: 720,20*

EMISSÃO: 17/10/2017 Total a Pagar: R\$76,27

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 20h. 54950732 0

17/04/2017 HORA DE: 16:50:42

LOT: 19.24638-6 TERM: 018183  
LOCALIDADE: CAMPINA GRANDE  
RD. VENCIDA: 0737

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
CAGEPA CIA. AG. ESG. PARAIBA

VALOR DO PAGAMENTO: 76,27

120122880207 702755109007  
120287308162 418594000000

290 5405AA729 0

REPTÓRIO DE NOTAS  
Rua da Bandeira - 125 - CEP: 55015-870

**AUTENTICAÇÃO**

Certificação que a presente cópia é reprodução fiel do original, que se foi exibido. Doc. nº 18418594 - III do CPC

Campina Grande - PB - 24/10/2017  
Selo Digital: 4F761351-509A  
Registro nº 11561100477 (total: 004) - 11561100477  
Data: 2017.10.24 16:50:42 - Página: 001 de 001





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ASSISTIDO CEP/AL	DATA DE EXPIRAÇÃO
1.813.272 -2 VIA	03/12/2012
ADUF MARINEIDE BARBOSA DOS SANTOS FARIAS	
TITULAR JOSÉ FRANCISCO DOS SANTOS	
ALBANIZA BARBOSA DOS SANTOS	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
CAMPINA GRANDE-PB	28/02/1959
OUT. ORIGEM	
NASC.N. 67691 PLS.135V LIV.106	
CP SANTUÁRIO CAMPINA GRANDE	
941.273.534-20	
ASSISTIDO DIRETOR	
LEI Nº 7.10 DE 1969	





ESTADO DA PARAIBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que **DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS**, de 24 anos, vítima de Capotamento no Sítio Picadas de Umbuzeiro próximo a ponte do Rio Paraíba, ocorrência de ID 1572955, onde foi socorrido pela equipe da Unidade Básica 48 do SAMU 192 de Aroeiras/PB, no dia 03 de Julho de 2017 as 00:02 e que de acordo com a Regulação Médica foi encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

Atenciosamente,

  
**ALEXANDRE JOSÉ GOMES MEDEIROS**  
Enfermeiro e Coordenador do SAMU 192 de Aroeiras/PB

Aroeiras 02 de Outubro de 2017

Rua: José Pedro de Melo 5/N – Centro – CEP 58.489-000, Aroeiras/PB

Telefone: OXX83 3396-1593

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: **HAT**  
CNPJ: 08034137/0001-93  
Endereço: Rua Domínio Grande, 447 - Capim Grosso  
CEP: 48428-016  
Estado: BAHIA UF: BA  
Telefone: (0\*\*83) 3102-0101

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

**Dr. Jario Clementino de Araújo**  
CRM-PB/3024  
CPF: 132.068.034-34

PACIENTE: Duque Santos Gomes Farias  
ENDEREÇO: R. Virgílio P. Silva, 40 Liberdade  
C. Grande - PB  
PRESCRIÇÃO: Aidental 100mg — 30x  
1cp — 12/12hs

18107117

C. Grande - PB  
**Dr. Jario Clementino de Araújo**  
CRM-PB/3024  
CPF: 132.068.034-34

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:  
Indente: org. Emissor:  
Cidade: UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO



- CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL
- CIRURGIA GERAL
- CIRURGIA PLÁSTICA
- CIRURGIA TORÁCICA
- CIRURGIA VASCULAR
- CIRURGIA COM VIDEO
- CLÍNICA MÉDICA
- ELETRORRENOLOGIA
- ENDOSCOPIA
- NEFROLOGIA
- NEUROCIRURGIA
- ORTOPEDIA
- OTORRINOLARINGOLOGIA
- RAIO X
- STENT
- TRAUMATOLOGIA
- UROLOGIA
- ANGIOGRAFIA DIGITAL
- ANGIOPLASTIA
- BRONCOFIBROSCOPIA
- ENDOSCOPIA
- ELETROCARDIOGRAMA
- TOMOGRAFIA CMP
- UTI MÓVEL

Diego Santos Jesus de  
Farias

WJT

Metilister 20g

Temp 12/12 h  
deute 5 dias  
Temp 12/12 h  
deute 5 dias  
WJT

Citomeccin Caps

Temp 12/12 h

**MELHORE SUA LETRA**  
Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba  
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br

10 y 10

Colúmbia laevis — h  
Uma 2, 10 10

E  
89 10 x  
215

→ Uma 10 10 10  
215 0 215

→ 10 10 10,  
10 10 10

→ 10 10 10 E  
10 10 10

→ 10 10 10

→ 10 10 10

Dr. Rafael R. Holanda  
NEUROLOGIA-NEUROCIRURGIA  
CRM, RJ 1291



RECEITUÁRIO CONTROLADO ESPECIAL

HAT HOSPITAL ANTONIO TARCINO

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: HAT  
CNPJ: 06694237/00019-3  
Endereço: Rua Delmiro Gouveia, 447 - Caruaru  
CEP: 48428-016  
Unidade: Y ADMINISTRACAO DE - PE  
TELEFONE: 071 3632102-0102

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

PACIENTE:

Diogo Santos Soares de Faria

ENDEREÇO:

PRESCRIÇÃO:

100g  
Dilatil 100g — 3xs  
Tup 12/12

18/7/12

Dr. Rafael R. Holanda  
NEUROLOGIA-NEUROQUIRURGIA  
CRM-PE 1284

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:  
Ident: org. Emissor:  
Cidade: UF:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: / /

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

# RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	CLÍNICA DE OLHOS
CRM:	4607 UF: PB
Endereço completo e telefone:	RUA TREZE DE MAIO, 265 - CENTRO - Fone: (83) 3343.5877
Cidade:	CAMPINA GRANDE UF: PB

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria  
2ª Via - Orientação ao Paciente

Dra. Niércia C. Braga  
MÉDICA OFTALMOLOGISTA  
CRM - PB 4607  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Acqg Santo Lourenço*  
Endereço: *Rua 13 de Maio, 265 - Centro - Campina Grande - PB*  
Prescrição:  
*1/ Aquafina 10ml - 2x/dia  
2/ Tobradex 10ml - 2x/dia  
3/ Probatol 10ml - 8x/dia*  
Data: *31/08/11*

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome:	_____
Ident:	_____ Órgão Emissor
End:	_____
Cidade:	_____ UF: _____
Telefone:	_____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	Data: / /

IMPRESSOS E CARIMBOS CASTRO - 4892-4011





**HOSPITAL ANTONIO TARGINO**

CNPJ: 06834137/0001-53 Insc. Municipal: 2979  
Rua: Deluino Gouveia, 442 - Fone: 2102-010  
Campina Grande - PB

M  
Drogo Santos Farias

uso Anif

① Anonimix 11/2  
Formas 01 ap (VO)  
8/8/11

7/10/12

*[Handwritten signature]*  
Dr. José Cleonice de Almeida  
Médico Endocrinologista  
CRQ 3560 PB

Melhore sua letra,  
má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente  
campanha na ouvidoria da SES-PB e do Hospital Antonio Targino  
Fone da ouvidoria da SES/PB - 0998833880



**HOSPITAL**  
**ANTONIO TARGINO**  
 O HOSPITAL DO ACIDENTADO  
 RUA DELMIRO GULUM, 402 - CEP 63017-706 - FONE 331 341-3200 FAX 331 341-4112  
 CAMPINA GRANDE, P.B. - C.P.F. 06.614.1378001-83  
 WWW.HA.TCOLEBR

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para devidos fins que Diego Santos  
Gomes de Farias, portador da  
 carteira profissional Nº 1, esteve  
 internado nesse nosocômio de 09/07/12 à  
19/07/12, necessitando de 60 dias  
 dias de afastamento de suas atividades  
laborais a partir desta data por  
 motivo de doença: Tratamento de  
fraturas de tornozelo e  
fixação de fraturas  
 C.I.D.: S06  
 Campina Grande, 21/07/12 março  
 Dr. Rafael R. Holanda  
 Fonele 0661 - NEURO ORTOPEDIA  
 Ass. Médico - C.R.M.



ÓPTICA  
 AVIA  
 EM, 14, 09, 17



3343 5877

Marcação de consulta: (83) 3322-8424

9 8600-7107 - Diego

PRESCRIÇÃO DE ÓCULOS

Nome: Diego Santos Costa de  
Caris

Observações: Lentes em arma  
de 9/16 em 14/18 C/P  
autoperforáveis

Dra. Nierida C. Braga  
 MÉDICA - OFTALMOLOGISTA  
 CRM-PB 4607

Campina Grande: 31 de 08 de 2017

p/longe	ESF	CIL	EIXO	DIP
OD:	0,50	75		
OE:	0,50	180		

p/próximo	ESF	CIL	EIXO	DIP
OD:				
OE:				

## REQUERIMENTO

Eu Diego Santos Gomes de Farias, brasileiro, motorista, portador da carteira identidade de nº 4042529 SSP/PB inscrito no CPF de nº 106.105.784-65, vem mui respeitosamente solicitar ao Hospital Antônio Targino a liberação do prontuário de Diego Santos Gomes de Farias, paciente que deu entrada no Hospital de Trauma de Campina Grande, no dia 03 de Julho de 2017, e o mesmo foi transferido para o Hospital Antônio Targino, no dia 09 de Julho de 2017 e o referente paciente recebeu alta no dia 19 de Julho de 2017, vítima de acidente automobilístico, para resgate do seguro DPVAT.

Neste termos,

Pede Deferimento

Campina Grande, PB 15 de Agosto de 2017

  
**Diego Santos Gomes de Farias**

PACIENTE DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

EXAME Tomografia de Crânio

DATA 09.07.2017

Técnica: Foram realizados cortes axiais tomográficos computadorizados em aparelho multidetector sem a infusão endovenosa do meio de contraste iodado.

Indicação:

TCE

Análise:

- Extensos traços lineares de fraturas parietais temporais bilaterais estendendo-se inferiormente aos meatos acústicos externos, atingindo transversalmente as mastóides e ouvidos médios com desalinhamento de fragmentos (até 0.5 cm de desalinhamento).
- Há fraturas na base do crânio / paredes do seio esfenóide.
- Coleção hemorrágica extra-axial com foco gasoso em perimeio adjacente ao traço de fratura esquerdo com espessura de 1.5 cm.
- Raros focos gasosos extra-axiais destacando-se nos cornos frontais dos ventrículos laterais.
- Parênquima encefálico com morfologia e atenuação preservados ao exame sem contraste.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Tonsilas cerebelares tópicas.
- Aspecto anatômico das cisternas basais.
- Não há evidência de desvio de estruturas da linha média.

2017.07.09 14:10:00  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO EHC Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti  
Médico Radiologista  
CRM-PB 6320

2ª via  




Paciente: DIEGO SANTOS GOMES

Data do Exame: 03/07/2017

Exame: Tomografia Computadorizada de Crânio e Face

Técnica: Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodado.

Indicação: TCE.

Análise:

**OBS: Exame com artefato de movimento, de avaliação parcialmente limitada.**

- No osso parietal direito existe fratura, com extensão para a porção mastóide do temporal ipsilateral, se estendendo para a base do crânio, comprometendo o corpo do esfenóide, associando-se hemotimpano e hemossinus no seio esfenoidal.
- No osso parietal esquerdo existe fratura, com discreto desalinhamento ósseo e extensão para a porção mastóide do temporal ipsilateral, associando-se hemotimpano e hemossinus no seio esfenoidal.
- Na mandíbula evidenciamos fratura no corpo/ramo esquerdo, sem desalinhamento ósseo
- No seio maxilar esquerdo evidenciamos fratura na parede latero-posterior, sem desalinhamento, com pequeno hemossinus.
- Moderado pneumoencéfalo, com ar também no interior do sistema ventricular, sem efeito de massa.
- Duas coleções extradurais hiperdensas, com focos gasosos em permeio, uma em região temporal direita, laminar, com espessura de 0,4 cm e outra de maiores dimensões, em região parietal esquerda, com espessura de 1,3 cm, ambas sugestivas de hematoma extradurais.
- Apagamento difuso de sulcos entre os giros cerebrais na região supratentorial, sugerindo edema cerebral difuso
- Tonsilas cerebelares acima do forame magno.
- Aspecto anatómico das cisternas basais
- Não há evidência de processo expansivo neoplásico intracraniano, de desvio de estruturas da linha média, de hidrocefalia, de calcificações patológicas ou de lesões hemorrágicas agudas intraparenquimatosas supra ou infratentoriais.

Dr. Arthur José Ventura da Nóbrega  
CRM/PB: 6481

PACIENTE ATENDIDO PELA SUS  
NO HOSPITAL ATÓMIO TARRINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS

2ª Via  


LAUDO RADIOLÓGICO

INICIAL-FRATURA DE MANDIBULA  
CONTROLE-FRATURA DE MANDIBULA COM OSTEOSSINTESE

DATA 12 / 07 / 17

*Rosalei Anacleto dos Santos*  
CRM  
MÉD  
1508  
RIGIS

RECIBO DE RECEBIMENTO  
DE DOCUMENTOS  
EM 12/07/2017  
Pelo Dr. FRANCISCO PINTO DE OLIVEIRA NETO



Rua Nilo Peçanha, 568 | Prata | 58400-515  
Campina Grande | PB | 83 3201.1918

## PRESCRIÇÃO

**PACIENTE:** Diego Santos Gomes de Farias

1. ETNA \_\_\_\_\_ 2cx  
citidina 2,5mg/uridina 1,5mg/hidroxocobalamina 1mg

Tomar um comprimido Via Oral 8/8 hs, por 30 dias.

Campina Grande, 04/08/2017.

**Dr. Jeová Clementino de Almeida Júnior**

Cirurgião Bucomaxilofacial

Especialista em Traumatologia Maxilofacial e Implantodontia/Pós-Graduação em Cirurgia Ortognática  
Mesurado em Implantodontia





Janaina Benicio Marques

Fonoaudiologia Clínica e Ocupacional  
Clínica de Otorrino Dr. Luciano Lobo  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 1054 - Centro - Campina Grande - PB  
Tel: 83- 3343-1280 / 9.8897-9868

Data do Exame: 25/09/2017

Marca/Modelo do Audiômetro: Vibrasom - AVS 500

Última calibração: 04/08/2017

Cliente: Diego Santos Gomes de Farias

Repouso Acústico: 14 hora(s)

Sexo: Masculino Data de Nascimento: 15/09/1993 Idade: 24 anos e 0 meses

RG: 4042529-SSDS/PB

Atendimento: Particular

Imitanciômetro: AT - 235 Interacoustics

Fonoaudiólogo(a): Janaina Benicio Marques

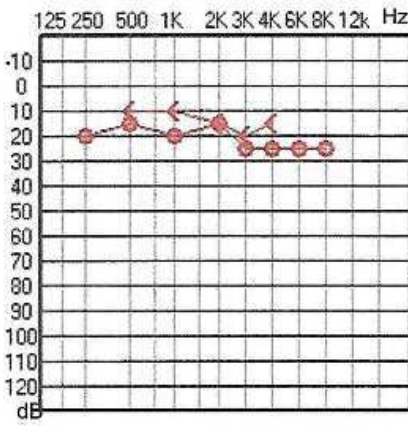
CRFa: 8926

Médico(a): Drº Igor Guilherme Barros Lobo

CRM: 7324

### Avaliação Audiológica

#### Orelha Direita

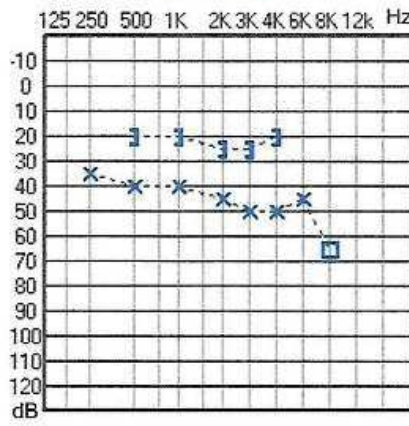


SRT: 20 dB LDV: dB

#### I.P.R.F.

O.D.	61 dB	100 % Monossílabos
		% Dissílabos
O.E.	86 dB	100 % Monossílabos
		% Dissílabos

#### Orelha Esquerda



SRT: 50 dB LDV: dB

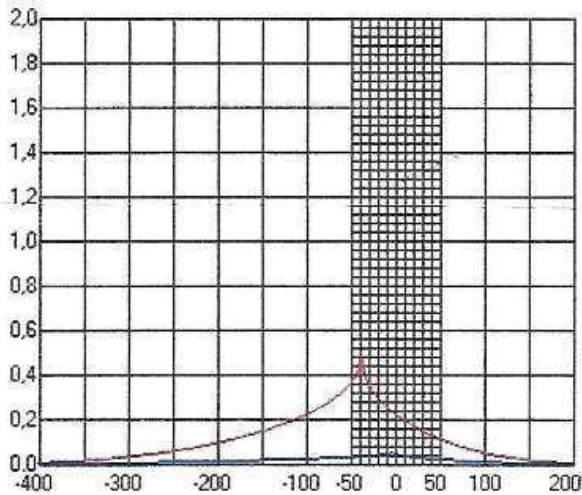
#### Mascaramento

O.D. V. A.:	dB	V. O.:	dB	Logo:	dB
O.E. V. A.:	dB	V. O.:	dB	Logo:	dB

#### Legenda

	Normal		Ausente	
	OD	OE	OD	OE
Via Aérea s/ masc.	○	×	♀	♂
Via Aérea c/ masc.	△	□	♂	♀
Via Óssea s/ masc.	<	>	↘	↙
Via Óssea c/ masc.	┌	┐	└	┘

### Imitância Acústica



#### Complância

	Pressão	Compl.
O. D.	-38da Pa	0,47 cc
O.E.	-3da Pa	0,05 cc

#### Pesquisa de Função Tubária

1ª Deglutição	da Pa
2ª Deglutição	da Pa
3ª Deglutição	da Pa
4ª Deglutição	da Pa

### Reflexo Acústico

Freq. Hz	Limiar O.D.	Contra O.D.	Dif.	IPSI O.D.	Limiar O.E.	Contra O.E.	Dif.	IPSI O.E.
500	15 dB	↓ dB	dB	80 dB	40 dB	↓ dB	dB	↓ dB
1000	20 dB	↓ dB	dB	85 dB	40 dB	↓ dB	dB	↓ dB
2000	15 dB	↓ dB	dB	85 dB	45 dB	↓ dB	dB	↓ dB
4000	25 dB	↓ dB	dB	80 dB	50 dB	↓ dB	dB	↓ dB

### Parecer Audiológico

#### Clínico:

O. D.: Limiares auditivos dentro dos padrões de normalidade

O. E.: Perda Condutiva de grau moderado

#### Parecer:

##### Imitanciometria:

OD - Curva A com R.E ipsilaterais presentes.

OE - Curva B com R.E contra e ipsilaterais ausentes.

Janaina Benício Marques

Fonoaudióloga

CRFa - 8926

Fonoaudiólogo(a): Janaina Benício Marques

CRFa.: 8926

Diego Santos Gomes de Farias

Médico(a): Drº Igor Guilherme Barros Lobo

CRM: 7324



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

116.105.784-65

Nome completo da vítima

DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>DIEGO SANTOS GOMES DE FARIAS</b>		CPF titular da conta <b>116.105.784-65</b>	Profissão <b>MOTORISTA</b>
Endereço <b>RUA VIRGÍLIO PEREIRA DA SILVA</b>		Número <b>40</b>	Complemento <b>NASA</b>
Bairro <b>Liberdade</b>	Cidade <b>CAMPINA GRANDE</b>	Estado <b>PARAIBA</b>	CEP <b>58914-218</b>
Email <b>dforte09@gmail.com</b>			Telefone (DDD) <b>33.98500-7107</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- RECUSO INFORMAR     
  SEM RENDA     
  ATÉ R\$ 1.000,00     
  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00     
  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00     
  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00     
  ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237)   
  BANCO DO BRASIL (001)   
  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. <b>59291</b>	DIV. <b>013</b>	CONTA NRO. <b>35965</b>	DIV. <b>29</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
DIV.	DIV.
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Campina Grande de Outubro de 2017  
Local e Data

Diego Santos Gomes de Farias  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
Ag: 424571 - ACF BAIRRO PRATA

CAMPINA GRANDE - PB  
CNPJ...: 03010674000172 Tel...:  
Ins Fcl.: 1620450000

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SCSU  
CNPJ/CPF.....: 09248603000104  
Doc. Post.....: 256893263  
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
Cartao...: 62267655

Movimento...: 10/11/2017 Hora.....: 16:43:51  
Caixa.....: 83001598 Matrícula...: 06504\*\*\*\*\*  
Lancamento...: 091 Atendimento: 00084  
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1385275176

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT - ADIM	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)...	21,75	
Peso real (G).....	405	
CNPJ/CPF Remet.: 11610576465		
Nome Remetente...: DIEGO SANTOS LOMES DE FARI		
Cont. Nome.....: AS		
Endereço Remet...: RUA Rua Virgilio Pereira d		
Cont Endereço...: a Silva,40 A - Liberdade		
Cep Remetente...: 56414-210		
Cidade Remet...: CAMPINA GRANDE		
Uf Remet.....: PB		
SEDEX DPVAT ESPELHO	1	61,40+
Valor do Porte(R\$)...	61,40	
Cep Destino...: 28051-205 (RJ)		
Peso real (KG).....	0,487	
Peso Tarifado.....	0,487	
OBJETO.....: 0Y7142935826R		

(Ob) Postado após horário lim post ag. DH (Depois da Hora)

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 83,15

Valor declarado não solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor,  
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentação de fatura, os valores constantes deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:

Ass. Responsável.....

(Ob) Postado após horário lim post ag. DH (Depois da Hora)

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES LEI 0530/76

Os prazos de entrega poderão sofrer atrasos.  
CAC Capitais e Reg Metropolitana NUN/Seleto  
Demais localidades: 0600/257282

VIA-CLIENTE SARA 7,7,08

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marineide Barbosa dos Santos Farias,  
RG nº 1872772, data de expedição 03/12/2017  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 964.773.534-2, com  
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Virgínia Pereira da Silva, nº 40,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Dilza Santa Gertrudes de Paula cujo o condutor era  
Suelvia Gomes de Farias.

Veículo: CAR / CAMINHÃO / CARP. ABERT  
Modelo: M. BENZ / L 1513  
Ano: 1983  
Placa: MTD 903/PB  
Chassi: 34500872618582  
Data do Acidente:  
Local e Data: Campina Grande

Marineide Barbosa Santa D. Farias  
Assinatura do Declarante

Suelvia Gomes de Farias


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

15102  
15103  
15104  
15105  
15106  
15107  
15108  
15109  
15110  
15111  
15112  
15113  
15114  
15115  
15116  
15117  
15118  
15119  
15120

2ª Cartório de Notas de Campina Grande - PB  
Rua do Brasil, 195, Centro - 5.º andar - PB  
(35) 3321-9881 - 3166-9371

Cartório de Notas  
Tabelionato de Notas

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
MARINEIDE BARBOSA DOS SANTOS FARIAS  
Dou fé. Campina Grande/PB - 16/01/2018  
Escrevente: LUCIANA CAROLINO DOS SANTOS  
Selo Digital: AGH97340-C8WH  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,48 ISS R\$ 0,47 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,74



Luciana Carolino dos Santos  
Escrevente Autorizada

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Diego Santos Gomes de Farias, portador da carteira de identidade nº 4.042.589 e inscrito no CPF/IMF sob o nº 116.105.724-65 residente e domiciliado na Rua Virgílio Pereira da Silva, 40-Imbandade Cidade Campina Grande, Estado Pernambuco, 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.

Diego Santos Gomes de Farias

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Campina Grande, PB.

Local e data



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Diego Santos Gomes de Farias,  
RG nº 9.042.529, data de expedição 12/04/2012 Órgão SS 05/03

CPF nº 916.705.789-63 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>Via R. P. Sousa da Silva</u>
Número	<u>48</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Liberdade</u>
Cidade	<u>Campina Grande</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58414-278</u>
Telefone de Contato	<u>98600-7104</u>
E-mail	<u>mjartep@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Campina Grande

Assinatura do Declarante: Diego Santos Gomes de Farias



**Poder Judiciário da Paraíba  
6ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0823231-02.2018.8.15.0001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Recebo a inicial, porque satisfeitos os requisitos.

Considerando o advento do novo CPC, que tem em sua essência privilegiar a mediação e a conciliação entre as partes, entendo que, infelizmente, desde que passou a vigorar, em março de 2016, as partes, principalmente, as empresas, não estão ancoradas no mesmo espírito conciliador dos legisladores. Por estas razões, a conciliação prévia, prevista no novo CPC, está se tornando inócua e onerosa às partes e ao Poder Judiciário, atentando, inclusive, aos princípios da celeridade e da razoabilidade duração do processo, razão porque postergo sua designação para futura data, a requerimento das partes, até porque, em outros casos semelhantes, envolvendo seguro DPVAT, os acordos porventura realizados somente costumam ocorrer após a realização de perícia.

Destarte, considerando, ainda, não haver quaisquer prejuízos às partes, determino a citação da parte promovida, nos termos do art. 344 do CPC, no prazo e termos legais.

Contestada a ação, dê-se vista ao autor, para no prazo de 15 dias, impugnar a contestação.

Contestada e impugnada a ação, intimem-se as partes para que informem se há a possibilidade de acordo; caso contrário, que especifiquem as provas que ainda pretendem produzir, justificando a necessidade de sua produção, no prazo de 15 (quinze) dias, com a advertência de que o silêncio importará o julgamento antecipado da lide.

Nos termos do art. 98 do CPC/15, **defiro o pedido de gratuidade** judiciária.

**Havendo qualquer incidente processual, retornem-me os autos conclusos, para adoção das medidas cabíveis.**

**CUMPRA-SE.**

CG, 22 de janeiro de 2019.

Juiz(a) de Direito

