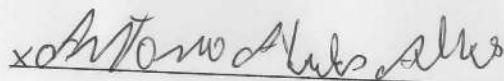


## PROCURAÇÃO PARA FORO EM GERAL

**Outorgante: ANTÔNIO AIRES ALVES**, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG nº 1.115.643, SSP/PB e do CPF nº. 491.753.864-53, residente e domiciliada na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 105, Centro, CEP: 58.735-000, Teixeira – PB.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu (s) bastante (s) procurador (es): **RENNAN CÁSSIO MAIA OLIVEIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB, sob Nº. 23153 e **JULIANO FERREIRA RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB, sob Nº. 24844 com Escritório Profissional situado na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 40, Centro de Teixeira – PB, CEP 58.735-000, aos quais confere poderes para o foro em geral, tais quais os da cláusula *ad judicia* e *et extra*, nos termos do artigo 38, inclusive parte final do Código de Processo Civil, podendo contestar, transigir, desistir, receber e dar quitação, receber intimações, notificações, firmar compromisso de inventariante, bem como de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventários e arrolamentos, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representando o outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas federais, estaduais e municipais, conjunta ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes, com poderes especiais para ofertar contestação, bem como pedido contraposto de ação de guarda.

Teixeira – PB, 14 de fevereiro de 2018.



- Outorgante -

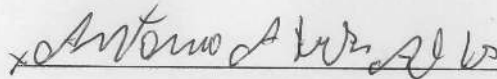


## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ANTÔNIO AIRES ALVES**, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG nº 1.115.643, SSP/PB e do CPF nº. 491.753.864-53, residente e domiciliada na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 105, Centro, CEP: 58.735-000, Teixeira – PB, declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Teixeira – PB, 14 de fevereiro de 2018.



- Declarante -




## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

**ANTÔNIO AIRES ALVES**, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG nº 1.115.643, SSP/PB e do CPF nº. 491.753.864-53, residente e domiciliada na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 105, Centro, CEP: 58.735-000, Teixeira – PB, **DECLARO** com base na Lei nº. 7.115/1983 (Lei da Desburocratização) que sou residente e domiciliado no endereço supra mencionado.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente para efeitos legais, aonde atesta que vive e reside verdadeiramente no endereço supra mencionado, assumindo qualquer responsabilidade cível e criminal.

Teixeira – PB, 14 de fevereiro 2018.



- Declarante -



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ANTONIO AYRES ALVES

DOC. ENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
1115643 SSP PB

CPF  
491.753.864-53 DATA NASCIMENTO  
08/01/1967

FILIAÇÃO  
SEVERINO FORTUNATO  
ALVES  
MARIA AYRES ALVES

PERMISSÃO ACC CAT/MAR  
AC

Nº REGISTRO  
00517386914 VALIDADE  
18/03/2019 1ª HABILITACAO  
30/12/1994

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL  
PATOS, PB DATA EMISSAO  
25/03/2014

Assinatura do Cessionário  
33257638528  
PB027974162

DETRAN - PB (PATOS)

VALIDA EM TODOS  
O TERRITORIO NACIONAL  
894374131

PROIBIDO PLASTIFICAR  
894374131





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: ANTÔNIO AYRES ALVES  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: MOTORISTA  
Identidade: 1115643 CPF: 491.753.864-53  
Endereço: RUA PE. VICENTE XAVIER, 105, CENTRO, TEIXEIRA-PB

### OUTORGADO:

Nome: RENNAN CÁSSIO MAIA OLIVEIRA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO  
Profissão: ADVOGADO  
Identidade: 3199470 CPF: 067.845.354-30  
Endereço: RUA JOSE JERÔNIMO, 33, CENTRO, TEIXEIRA-PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as 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 e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima ANTÔNIO AYRES ALVES

TEIXEIRA-PB, 18 DE DEZEMBRO DE 2017

Local e data

FIRMA

ANTÔNIO AYRES ALVES

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por aut:

AVASTI ROCHA  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Reconheço, com autenticidade e veracidade, a(s) firma(s) de: ANTÔNIO AYRES ALVES  
Em test. da verdade, Teixeira-PB 18/12/2017 16:20:06  
Mayana Maria Nunes Torres - Escrevente  
(2017-005325)EMP. nº 19, 21, FIMPEM nº 0, 27, FEPJ nº 1, 85  
SELLO DIGITAL: A007797-0006  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 14/02/2018 19:37:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18021419292174500000012260011>  
 Número do documento: 18021419292174500000012260011

Num. 12544248 - Pág. 4



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Rennan Cassio Maia Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.845.354 / 30  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Ayres Alves inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 491.753.864 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Involuntária da Vítima  
Antônio Ayres Alves inscrito (a) no CPF sob o Nº 491.753.864 / 53, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSA Renda: RECUSA e apresento os documentos comprobatórios:  
RECUSA

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua José Gervino</u>		Número <u>23</u>	Complemento <u>cada</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Tejupá</u>	Estado <u>PA</u>	CEP <u>58735-000</u>
Email <u>Recusa</u>	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD) <u>831 99958-2737</u>

Tejupá - PA, 02 de Junho de 2018  
Local e Data

Rennan Cassio Maia Oliveira  
Assinatura do Declarante





**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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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

491.753.864-53

Nome completo da vítima

Antonio Ayres Alves

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Antonio Ayres Alves	491.753.864-53	Recusou
Endereço	Número	Complemento
Rua Pe. Vicente Xavier	105	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Terexim	PA
Email	CEP	Telefone (DDD)
Recusa	58735-000	83 99958-2737

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADÉSCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
3356	8	8.096	9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		AGÊNCIA	DIV
		CONTA	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.

Terexim - PA 02 de Junho de 2018

Local e Data

Antonio Ayres Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Ayres Alves,

RG nº 1115643, data de expedição 02/04/1985, Órgão SSP/PB,

CPF nº 491.753.864-53, 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 Pe. Vicente Xavier</u>
Número	<u>105</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Caruaru</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58735-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99958-2737</u>
E-mail	<u>Reusa</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caruaru - 02 de Janeiro de 2018

Assinatura do Declarante: Antônio Ayres Alves



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Antonio Ayres Alves CPF da Vítima 491753.864-53 Data do Acidente 23/10/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Interado-18 de bruno de 2017

Local e Data

Antonio Ayres Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





CERTIDÃO

**CERTIFICO**, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 003/2017 constatei a Ocorrência Policial nº 515/2017 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezessete nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do **Bel.ADJUTO DIAS DE ARAÚJO NETO**, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a si por volta das 09h50min compareceu **ANTONIO AYRES ALVES**, brasileiro, casado, natural de Teixeira/PB, nascido aos 08/01/1967, filho de Severino Fortunato Alves e de Maria Ayres Alves, residente na rua Padre Vicente Xavier nº 105 – Teixeira/PB. Para informar a seguinte ocorrência: QUE na data de 23/10/2017 por volta das 10:00 horas, o noticiante conduzia o veículo M. Benz L 1620, cor vermelha, ano de fabricação e modelo 2006, placa MYW4630/PB, chassi 9BM6953046B501353, licenciado em nome Do Sr. ANTONIO AYRES ALVES, carregado com água; QUE seguia viagem de Barreiros/PE com destino ao Sítio Santa Fé, zona rural de Cacimbas/PB, quando nas proximidades do Distrito de Albuquerque Né/PE e TUPARETAMA/PE, perdeu o controle do veículo vindo a capotar; QUE sofreu fratura no punho direito; QUE foi socorrido pela ambulância de TUPARETAMA/PE e encaminhado ao Hospital Regional de Patos/PB, onde recebeu atendimento médico. E nada mais foi registrado. **TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL**, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos). -

Teixeira-PB, 29 de novembro de 2017.

NOTICIANTE:

*Antonio Ayres Alves*

**PETRUCIA CIRILO DE CARVALHO**  
Agente de Investigação  
Mat. 168.205-9



AVASTI ROCHA  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

AVASTI ROCHA - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Rua Francisco Sales, 12 - Centro - Teixeira - Paraíba  
55110-000  
Fone: (33) 3321-1121  
E-mail: Maria.Avasti@avastirocha.com.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que me  
apresentado. Em testemunho da verdade.  
Teixeira-PB 28/12/2017 17:45:27  
Rayana Maria Nunes Torres - Escrevente  
(2017-002939) EMUL-PA 2.34 TORRES-0.07-EX-PA 0.46  
SELO DIGITAL: A608074-P16L  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>









**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB Nº 013748141555

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDE RENAVAM R.A.D.C. EXERCÍCIO

1 0089511501-8 34/00000049 2017

NOME

ANTONIO AYRES ALVES

OFF - CNH

49175386453

PLACA

MYW4630/PB

PLACA ANT. UF

MYW4630 RN

CHASSI

9BM6953046B501353

ESPECÍFICO

CAR/CAMINHÃO/TANQUE

COMBUSTÍVEL

DIESEL

MARCA / MODELO

M.BENZ/L 1620

ANO FAB. ANO MOD.

2006 2006

CAP / POT / CL

16.46T/231 /CV

CATEGORIA

ALUGUEL

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

00/00/0000

VENO / COTAS

1º

2º

3º

PREMIO TARIFÁRIO (R\$)

2.000,00

IOF (R\$)

0,00

PREMIO TOTAL (R\$)

2.000,00

DATA DE PAGAMENTO

31/10/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. BV FINANCEIRA S.A.

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

3 ETX08

LOCAL

TEIXEIRA PB

DATA

01/11/2017

36994

36939

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

PB Nº 013748141555 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

01/11/2017

VIA

1

CPF / CNPJ

49175386453

PLACA

MYW4630/PB

RENAVAM

00895115018

MARCA / MODELO

M.BENZ/L 1620

ANO FAB.

2006

CLASSE

10

Nº CHASSI

9BM6953046B501353

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

FHE (R\$)

\*\*\*\*\*

DETRAN (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL DO BILHETE (R\$)

PAGO

PAGAMENTO

SEDA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO

31/10/2017

**SEGURODORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.348.000/0001-04

36839-1252590-20171101








**ESTADO DO PERNAMBUCO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE TUPARETAMA**  
**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**ATENDIMENTO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Declaro para os devidos fins de comprovação, que a Secretária Municipal de Saúde atendeu no dia 23.10.2017, por volta das 10h00min, o Sr. **ANTÔNIO AYRES ALVES**, após sofrer um acidente de trânsito ocorrido na rodovia PE 275, entre o distrito de Albuquerque Né – PE e Tuparetama –PE, onde o mesmo era o condutor do veículo. A vítima foi socorrida pela ambulância deste município e levada até o Hospital Regional de Patos.

Tuparetama – PE, 27 de dezembro de 2017.

  
Alex Gomes Amorim  
Secretário de Saúde  
Matrícula: 1717

**ALEX GOMES AMORIM**  
- SECRETÁRIO DE SAÚDE -





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuário: 102342  
Ocorrência: URGENCIA

Data/Hora: 23/10/2017 15:42:43

Servidor do Dr.:

Paciente: ANTONIO AYRES ALVES

Idade: 50 Sexo: M

Filiação:

Pai: SEVERINO FORTUNATO ALVES  
Mãe: MARIA AYRES ALVES

Endereço:

Cidade: TEIXEIRA - PB - 58735-000 - 2516706  
Endereço: PADRE VICENTE XAVIER  
Bairro: CENTRO  
Naturalidade: TEIXEIRA - PB  
Fone: (83)99858-0855

N.: 105

Documentos:

CNS:  
Identidade: 1115643 SSP PB  
CPF:  
Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 8/1/1967  
Cor: BRANCA  
Estado Civil: CASADO(A)  
Profissão: MOTORISTA

Responsável: *RENAN CASSIO MAIA OLIVEIRA*

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Dores no punho (D) após trauma.*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*Dores  
de form. dorsal  
de ombro.*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*RX  
BT*

*Angelo*

Diagnóstico:

*Fx punho (D)*

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Suiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recepção: LIGIA CLEA





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Artur Dyrer Muel</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>21/05/17</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. José Sureson</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Marcelo Serato</u>	
Anestesiista: <u>Dr. Augusto Melo</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Furto de osso do antebraço (P)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Osteossintese com placa (P)</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>O Membro</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidur: Durante a Cirurgia		

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
<p>1) Pat. ant. dos ossos do antebraço</p> <p>2) Osteossíntese com placa e parafusos</p> <p>3) Lavagem e drenagem - lavagem com solução fisiológica</p> <p>4) Ponto de sutura com fio 4/0</p> <p>5) Limpeza do S.O. e antebraço + gesso</p>
<p>João H. Sousa e Silva Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 7417</p>







GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Armando Ayres Alves</u>	
DA CLÍNICA <u>Emergência</u>	ENFERMARIA <input type="checkbox"/>
A CLÍNICA <u>Pré-Hospitalar - TRAUMA</u>	LEITO <input type="checkbox"/>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO) <u>Trauma de cabeça</u>	
<u>23/10/17</u> DATA	<u>[Assinatura]</u> ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER:  <u>Ex. físico OK</u> <u>Após trauma</u>  <u>CF: Dor, como</u> <u>de fratura</u>  <u>Co. inf. 11/2017</u> <u>O.C. a 11</u>  <u>23/10/17</u> DATA	
<u>[Assinatura]</u> ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL				
<b>PACIENTE</b> <i>Antonio Aguiar Alves</i>				<b>GOVERNO DA PARAIBA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE</b>  <b>HOSPITAL REGIONAL</b> <b>DR. JANDUHY CARNEIRO</b>
<b>ID</b> 98	<b>LEITO</b> 06	<b>COMARCA</b> SUS	<b>IDADE</b> 50	
<b>CIÊNCIA</b> <i>Trocantismo</i>		<b>CHIRURGIA</b> <i>Ampliação</i>		
<b>ANESTESIA</b> <i>Sedação</i>		<b>ANESTESISTA</b> <i>Dr. J. M. T.</i>		
<b>NUTRICIONISTA</b> <i>gelan</i>		<b>DATA</b> 24/10/17	<b>HORA</b> 12:30	

## MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
x	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	L	Luzes Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
1	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
x	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
x	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
x	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain	L	Atadura de Crepom 10cm
1	Halotano <i>Depoed</i>		Atadura de Crepom 20cm
	Thionombutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelclín		Senda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
L	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%	2	Espandrapo
	Etomidate		Xilocalina Gel
	Ketalar	2	Álcool 70%
	Piubicovina 0,5%	2	PVPi Tintura
	Dimorf	2	Gaseo
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar - n		Algodão Ortopédico
	Foran		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazopan	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 18g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilail		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amikocina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		









ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
DEP. JANDUHY CARNEIRO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS



Paciente: ANTONIO AYRES  
Medico: DIEGO S. SANTIAGO  
Laboratorio: INTERNO  
Enfermaria: SAO JOSE

Nascimento: 08/01/1967 Idade: 50 Sexo: M  
Cod. Pac.: 16992 Protocolo: 38266  
24/10/2017 11:47:25  
Leito: 4

### HEMATOLOGIA

#### HEMOGRAMA

Material: SANGUE  
Metodo: AUTOMATIZADO

#### SÉRIE VERMELHA

		Masculino > 13 anos 4.4 - 6.1 milhões/mm <sup>3</sup>	Feminino > 13 anos 4.2 - 5.4 milhões/mm <sup>3</sup>
Eritrócito:	5.580.000 /mm <sup>3</sup>		
Hemoglobina:	15,2 g%	13.5 - 18.0 g%	11.5 - 16.0 g%
Hematócrito:	46,5 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	85,0 u <sup>3</sup>	80 - 98 u <sup>3</sup>	80 - 98 u <sup>3</sup>
H.C.M.:	28,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	33,0 %	31 - 36 %	31 - 36 %
R.D.W.:	15,1 %	11.5 a 14.5 %	11.5 a 14.5 %
Observação Série Vermelha:			

#### SÉRIE BRANCA

			Maiores de 13 anos 4.000 a 10.000 /mm <sup>3</sup>
Leucócitos Totais	9.000		
Mielócitos	0	0	0 - 0
Metamielócitos	0	0	0 a 1 - 0 a 100
Bastonetes	3	270	0 a 5 - 0 a 500
Segmentados	69	6210	40 a 70 - 1.600 a 7.000
Eosinófilos	1	90	0 a 5 - 0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1 - 0 a 100
Linfócitos			
Típicos	22	1980	20 a 35 - 800 a 3.500
Atípicos	0	0	-
Monócitos	5	450	2 a 10 - 80 a 1000
Observação Série Branca:			

#### CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 200.000  
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

Morfologia  
Metodo: AUTOMATIZADO

*[Assinatura]*  
Jair Antonio de Sousa  
Biotecnologia  
CRM 1281







SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE  
ESTADO DA PARAIBA  
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
DEP. JANDUHY CARNEIRO  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS



Paciente:	ANTONIO AYRES	Nascimento:	08/01/1967	Idade:	50	Sexo:	M
Médico:	DIEGO S. SANTIAGO	Cod. Pac.:	16992	Protocolo:	38268		
Laboratório:	INTERNO			24/10/2017	11:47:25		
Enfermagem:	SÃO JOSE	Leito:	4				

**BIOQUIMICA I**

<b>GLICOSE</b>		73,0 mg/dL
Material:	PLASMA	Referência: -
Método:	ENZIMATICO AUTOMATIZADO	

  
Rennan Cassio Maia Oliveira  
CRP 1084





**H.R.P.**  
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SUS  Sistema  
Único  
de Saúde

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)  
Sr.(a) Patricia Ayres portador(a) da  
identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi  
atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S52.4, devendo permanecer  
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60  
(seis) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 24/01/17

  
SILVIO CASSIO MAIA OLIVEIRA  
CRM 10.123/15432  
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO SELO HORIZONTE  
PATOS - PARAÍBA

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

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

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



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
02/01/2018 AUTO-ATENDIMENTO 15.25.17  
115601156 007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
DA CONTA CORRENTE PARA POUpança

-----  
DEBITADO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 13.809-6  
CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO

AGENCIA: 1156-8 CONTA: 8.096-9 VAR: 51  
CLIENTE: ANTONIO AYRES ALVES  
VALOR: 1,00

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão  
disciplinados pela Lei 12.703.



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO AYRES ALVES**

Nº Sinistro: **3180014401**  
Vitima: **ANTONIO AYRES ALVES**  
Data do Acidente: **23/10/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180014401**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12204119

Pag. 01669/01670 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO AYRES ALVES  
Nº Sinistro: 3180014401  
Vítima: ANTONIO AYRES ALVES  
Data do Acidente: 23/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180014401**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01405/01406 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12205532



## DESPACHO

Vistos *etc.*

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, NCPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício, aptos a autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, NCPC).

Observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas, mesmo tendo a parte autora manifestado seu interesse na composição consensual, verifica-se que eventual conciliação só seria obtida após a produção da prova técnico-pericial, afigurando-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, *caput*, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF)) a designação exclusiva de **audiência de conciliação**, quando já se anuncia infrutífera sua realização. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como **fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, NCPC)**, motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, NCPC).

Cite-se a parte acionada para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 231, NCPC, devendo constar ainda do mandado ou carta, além dos requisitos do art. 250, NCPC, a ressalva do art. 344, NCPC, no sentido de que, “*se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor*”.

Cumpra-se.

Teixeira/PB, data e assinatura digitais.

**Carlos Gustavo Guimarães Albergaria Barreto**

**Juiz de Direito**



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**Vara Única de Teixeira**  
**Rua Cel. Manoel de O. Lira, S/N, Centro, TEIXEIRA - PB - CEP: 58735-000**  
**TEIXEIRA**  
**()**

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

**Nº DO PROCESSO:** 0800133-79.2018.8.15.0391

**CLASSE DO PROCESSO:** PROCEDIMENTO COMUM (7)

**ASSUNTO(S) DO PROCESSO:** [ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO, INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL]

**AUTOR:** ANTONIO AYRES ALVES

**Nome:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A  
**Endereço:** R SENADOR DANTAS, 74,5º andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do Vara Única de Teixeira, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 231, NCPC, devendo constar ainda do mandado ou carta, além dos requisitos do art. 250, NCPC, a ressalva do art. 344, NCPC, no sentido de que, "*se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor*".

TEIXEIRA, em 11 de abril de 2019.

MIRLANY KHIVIA NUNES DE OLIVEIRA  
Servidor

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:** <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

**NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:** 18032713303363300000012972261 E  
18021419071138600000012259873