

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE ROCHA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob nº 070.217.414-99, portador da Carteira de Identidade de nº 2.712.151 2ª via SSP/PB, residente e domiciliado no Rua João Batista Leite, s/n, na Cidade de Barra de Santa Rosa - PB

OUTORGADO: ALYSSON WAGNER CORRÊA NUNES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 17.113, com escritório profissional na Rua Nossa Senhora da Conceição, 12, centro, na cidade de Barra de Santa Rosa-PB, Telefax: (083) 3376-1119 – (83) 91090768 e e-mail: adv.alyssoncorrea@gmail.com

PODERES: Amplos e ilimitados poderes, a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possa defender os interesses e direitos do(s) outorgante(s), nesta cidade ou onde se apresentar, perante qualquer Juízo ou administração, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, em qualquer pleito iniciado ou por se iniciar, em que for autor (a) ou réu(é), oponente ou assistente, propondo ação competente contra quem de direito, requerer benefícios, variar, renovar, desistir e assinar desistência de ações, reconvir, firmar acordo, remir dívidas, prestar compromissos, transigir receber citação, receber valores e dar quitação, prestar declarações, inclusive aqueles que dependam de delegação especial e que não estejam, aqui, expressamente, mencionados, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo, também, substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes, podendo inclusive requerer inventário, praticando todos os atos concernente a este fim, podendo inclusive renunciar ao valor que ultrapasse o teto de 60 (sessenta) salários mínimos, podendo ainda prestar declarações.

Barra de Santa Rosa - PB, 10 de novembro de 2018.

Jose Rocha dos Santos
Outorgante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOSE ROCHA DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob nº 070.217.414-99, portador da Carteira de Identidade de nº 2.712.151 2ª via SSP/PB, residente e domiciliado no Rua João Batista Leite, s/n, na Cidade de Barra de Santa Rosa - 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 e da Lei nº 1.060/50.

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

Barra de Santa Rosa - PB, 10 de novembro de 2018.

Jose Rocha dos Santos





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ROCHA DOS SANTOS,

RG nº 2.712.151, data de expedição 31 / 07 / 2007, Órgão SSDS-PB,

CPF nº 070.217.414-99, 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)	RUA JOÃO BATISTA LEITE
Número	S/N
Apto / Complemento	_____
Bairro	CENTRO
Cidade	BARRA DE SANTA ROSA
Estado	PARAÍBA
CEP	58.170-00
Telefone de Contato	(83) 99109-0768
E-mail	adv.alyssoncorrea@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barra de Santa Rosa - PB, 03 de maio de 2018

Assinatura do Declarante: Jose Rocha dos Santos





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Yuri Nogueira dos Santos
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 572 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 19 / 09 / 13 A 06 / 10 / 13 NECESSITANDO DE
02 (dois) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 06 / 10 / 13

Yuri de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB-10907
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente Jose Rocha dos Santos		Nº Prontuário	
Data da Operação 02/10/17	Enf. Orbq I	Leito 9.3	
Operador Dr Fichas		1º Auxiliar Dr Julio Cesar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório fx trans femur e			
Tipo de Operação ortossintese			
Diagnóstico Pós-Operatório 2 membros			
Relatório Imediato da Patologia Ø			
Exame Radiológico no Ato Sim			
Acidente Durante a Operação Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Redução em DDIT sob anestesia
- 2) Assepsia e antissepsia
- 3) Aplicação de campos estéril
- 4) Redução imediata de fratura sob auxílio de escopio + fixação de fio giriz
- 5) Incisão lateral quadril e por planos + hemostasia + fixação de canal + fixação com placa 9,5 DITS 3 furos + parafusos sob escopio
- 6) Lavar Fx c/ SF = 9/1
- 7) Sutura por planos
- 8) Curativo

Dr. J. Cesar
Ortopedia
CRM 10.000

Mod 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>José Rocha dos Santos</u>						DN: <u>09.06.1985</u>			
QI : <u>-</u>		LEITE : <u>Sala 04 Suo</u>		CONVÊNIO : <u>Gus</u>		IDADE : <u>32.3</u>		REGISTRO : <u>1508414</u>	
CIRURGIA : <u>Tto. em Fratura Transversária da tíbia</u>					CIRURGIÃO : <u>Dr. Fidio</u>				
ANESTESIA : <u>Raque</u>					ANESTESISTA : <u>Dra. Vanessa + Yana</u>				
INSTRUMENTADORA : <u>Annie</u>		DATA : <u>02.10.17</u>		INÍCIO : <u>11:10</u>		FIM : <u>12:10</u>			
Qtz.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Bolsa Colostoma	Qtz.	FIOS			
	Adrenalina amp.			Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix			
	Atropina amp.			Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix			
	Diazepam amp.			Compressa Grande		Catgut cromado Sertix			
01	<u>Morcedon</u>			Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix			
	Dolantina amp.			Colonioide		Catgut Simples Sertix			
01	<u>Elaenil</u>			Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix			
	Fenegam amp.			Dreno Penrose nº		Cera p/ osso			
01	<u>Hecaina</u>			Dreno Pezzet nº		Ethibond			
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas		Ethibond			
	Mercaina % ml			Equipo de Macrogotas		Ethibond			
01	<u>Naloxona</u>			Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix			
	Pavulon amp.			Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix			
	Protigmine amp.			Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutapak			
	Proloxido l/m			Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak			
	Quelicin ml			Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca			
	Rapien amp.			H ₂ O ₂ ml	05	Mononylon 2.0 ...			
	Thionembutal ml			Intracath Adulto		Mononylon			
	Tracrüm amp.			Intracath Infantil		Prolene Serfix			
Qtz.	MEDICAÇÕES			Lâmina de Bisturi nº 24		Prolene Serfix			
01	Água Destilada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix			
02	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix			
	Dipirona amp.			Luvas 7.0		Vicryl Serfix			
	Flaxidol amp.			Luvas 7.5 ..		Vicryl Serfix			
02	<u>Clotazepina</u>			Luvas 8.0 ..	01				
	Gerambicina amp.			Luvas 8.4 p/ procedimentos					
02	<u>Glucose amplexan</u>			Oxigênio l/m					
	Glucon de Cálcio amp.			Poliflix					
01	<u>Heptamedron</u>			PVPI Degemante ml					
	Heparina ml			PVPI Tópico ml.	Qtz.	SOROS			
	Kanakion amp.			Sabão Antisséptico		SG Normotermico fr 500 ml			
	Lasix amp.			Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml			
	Medrotilazol.			Seringa desc. 10 ml *		SG Hipertermico fr 500 ml			
	Plasil amp.			Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml .			
	Promamina			Seringa desc. 05 ml *		SG fr 500 ml .			
	Revivan amp.			Sonda					
	Stuptanon amp.			Sonda folley	Qtz.	ORTESE E PRÓTESE			
	Cefalotina 1g			Sonda Nasogática		<u>materiais usados da TM (Annie)</u>			
				Sonda Uretral nº					
				Sterydrem ml					
				Torneirinha					
Qtz.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Vaselina ml					
02	Agulha desc. 25 x 12			Gelcon 18					
	Agulha desc. 28 x 28			Latece					
	Agulha desc. 3 x 4,5								
01	Agulha p/ raque nº 27								
QN	Alcool de Enfermagem 70%								
	Alcool Iodado ml								
04	Ataduras de Crepon								
	Ataduras de Gessada								
	Azul metileno amp.								
	Benzina ml								

EQUIPAMENTOS

X Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	A Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxicapnógrafo
X Foco Frontal fixo	X Cardiomonitor
X Fonte de Luz	X Perfurador Elétrico

Samara A. Freitas
Téc. EM ENFERMAGEM
COREN-PB 1011655



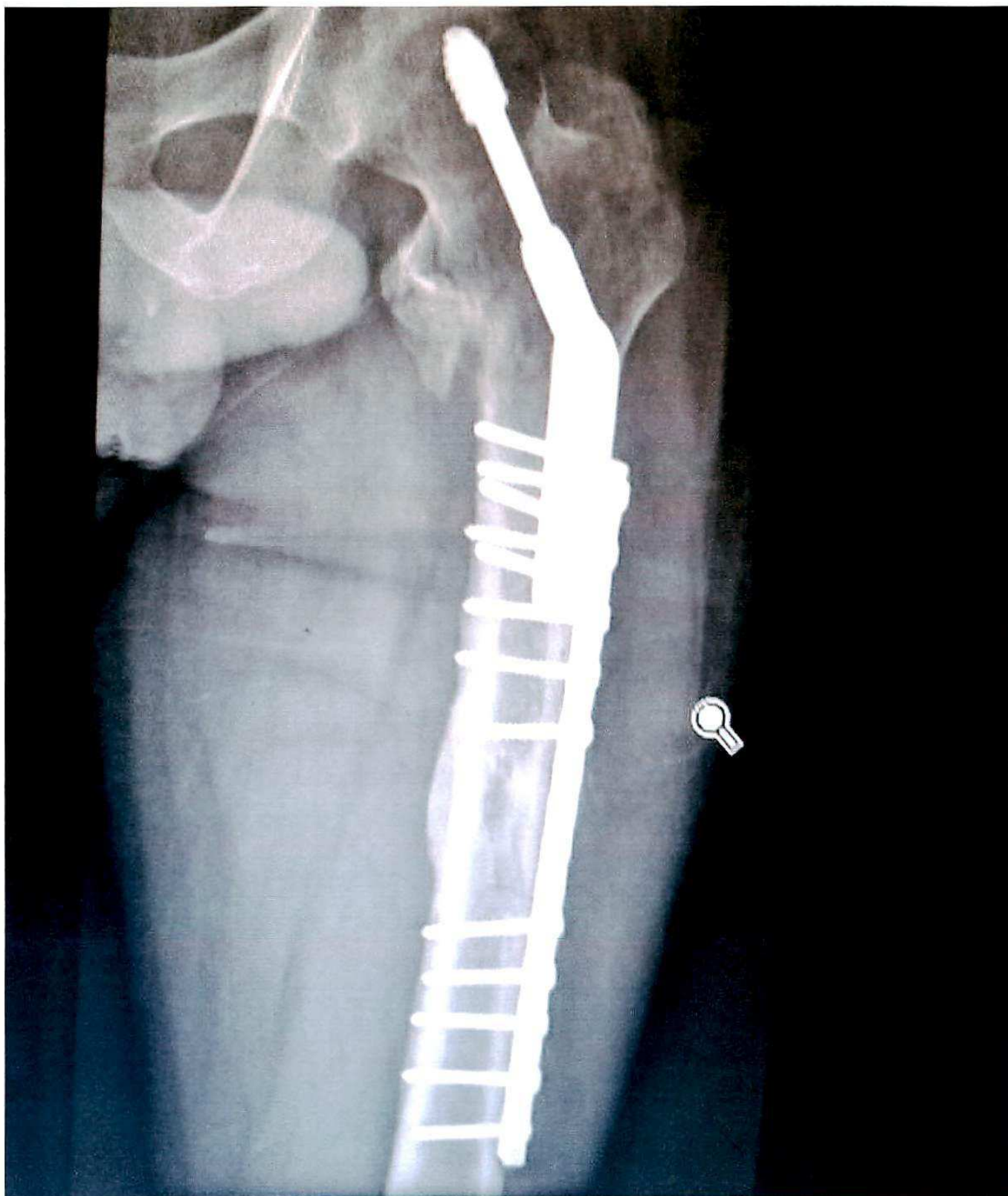


EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

MOD. 012





Pré-visualiza





GABINETE DO DELEGADO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO Nº 04/2018

DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: 19/09/2017, ÀS 12h00, NA RODOVIA PB-133, NA ENTRADA DO SÍTIO FECHADO, BARRA DE SANTA ROSA-PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO: 23/01/2018, AS 17H00.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSÉ ROCHA DOS SANTOS, brasileiro, casado, 32 anos de idade, nascido em 09/06/1985, natural de Barra de Santa Rosa/PB, filho de João Francisco dos Santos e Maria do Socorro Rocha do Nascimento, Ensino Fundamental Incompleto, RG: 2.712.151 (2ª via) SSDS/PB, e CPF: 070.217.414-99, residente e domiciliado na Rua João Batista Leite, S/N, Centro, Barra de Santa Rosa/PB, fone: 9 9193-1528.

TESTEMUNHA (S):

1ª - DAMIÃO FREIRE SILVA, residente na Rua Manoel Ezequiel de Medeiros, S/N, Barra de Santa Rosa/PB, RG: 26092263 SSP/PB e CPF 039.485.844-19.

2ª - SEBASTIÃO AZEVEDO DE SOUTO, residente na Rua Pedro Justino de Oliveira, S/N, Barra de Santa Rosa/PB, RG: 1033106 SSP/PB e CPF 436.394.794-87.

NARRATIVA: QUE no dia 19 (dezenove) de Setembro do ano de 2017, por volta das 12h00, o comunicante encontrava-se pilotando a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 KS, PLACA: KUY 7197/RN, RENAVAL: 00981895492, CHASSI: 9C2KC08108R280956, ANO E MODELO: 2008/2008, COR: PRETA, na Rodovia PB 133, nas proximidades da entrada do Sítio Fechado, zona rural, Barra de Santa Rosa/PB, quando ao pisar no freio, a motocicleta derrapou, tendo o piloto perdido o controle do veículo, vindo a cair ao solo; QUE com o impacto da queda sofreu uma fratura no fêmur esquerdo, tendo sido socorrido por um veículo da prefeitura local até a cidade de Remígio, onde foi transferido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, local em que permaneceu internado por um período de 16 (dezesesseis) dias, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE a vítima veio à Delegacia de Polícia desta cidade para Registrar o ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

Bel. Décio de Souza Lima Filho
DELEGADO DE POLÍCIA
Mat. 135.521-0 SSP/PB.

AUTORIDADE:

DÉCIO DE SOUZA LIMA FILHO

DELEGADO DE POLÍCIA

COMUNICANTE/VÍTIMA: Jose Rocha dos Santos



ECT - EMISSÃO DE CUPONS E TELEGRAFOS
Av: 30/00 - 14/000 DE SANTA ROSA
BANCA DE SANTA ROSA
CNPJ: 08.042.314/0001-01 Ins. Est. 100645500

CONFERENTE DO CLIENTE

Cliente: SEGUROVIDA 110R CONSOR SEGU
CNPJ-CT: 0624340300104
Doc. Post: 20040435
Contrato: 990220066 Cod. Adm: 11205709
Cartão: 6236055

Movimento: 04.05.2016 Hora: 08:26:06
Caixa: 16291275 Matrícula: 3469181
Lancamento: 006 Atendimentos: 00005
Modalidade: A Lateral ID Tiquete: 146701163

DESCRIÇÃO	QTD	FREQUÊNCIA
SEGURO DE VIDA - AN 20	1	21/75
Valor do Portador	21/75	
Peso real (kg)	364	
CNPJ Remetente	090.100000	
Nome Remetente	RECEITA DE SANTA ROSA	
Endereço Remetente	600 1000 000 000 000 000 000	
Cont. Endereço	000 000 000 000	
Cep Remetente	000 000 000	
Cidade Remetente	00000000 SANTA ROSA	
UF Remetente	RS	
POSTAL RESPOSTA 000	1	25.000
Valor da Postal Resposta	25.000	
Cep Destinatário	000 000 000 000	
Peso real (kg)	114	
QTD	000000000000	

Postagem ocorrendo após o horário limite de postagem (11h) será acrescentado 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega.

TOTAL DO ATENDIMENTO: 41,75

Valor declarado para fins de tributação

No caso de não ter esse valor

utilizar o mesmo valor declarado

ATENDENTE

Reconheço a prestação dos serviços aqui prestados com qualidade, pontualidade mediante apresentação de bilhete de valores constantes deste comprovante podendo sofrer variações de acordo com as alterações contratuais.

Nome: RBS

Ass. Responsável: _____

Postagem ocorrendo após o horário limite de postagem (11h) será acrescentado 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega.

SERV. POSTAIS DEBEM SER DEVIDAMENTE PAGOS

Encomenda com taxa ou extração
Implica cobrança adicional de R\$ 20,00

VIA-CLIENTE SARA 7.8.01





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE ROCHA DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 19/09/2017 CPF DA VÍTIMA 070.217.414-99
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA LEITE
Nº S/N COMPLEMENTO BAIRRO CENTRO
CIDADE BARRA DE SANTA ROSA UF PB CEP 58.170-000
E-MAIL adv.alyssoncorrea@gmail.com TELEFONE (83) 9 9109-0768

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/05/2018

IDENTIDADE 2.712.151 - SSP/PB

ASSINATURA des. r. santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 04/05/2018

NOME Jose Lucas Lima Tuto

ASSINATURA CH. ACP. Barra da Sta. Rosa/PB



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE ROCHA DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 19/09/2017 CPF DA VÍTIMA 070.217.414-99
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA LEITE
Nº SIN COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
CIDADE BARRA DE SANTA ROSA UF PB CEP 58.170-000
E-MAIL adv.alyssoncorrea@gmail.com TELEFONE (83) 9 9109-0768

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/05/2018

IDENTIDADE 2.712.151 - SSP/PB

ASSINATURA Jose R. Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

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

070.217.414-99

Nome completo da vítima

JOSÉ ROCHA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE ROCHA DOS SANTOS		CPF titular da conta 070.217.414-99	Profissão GARÇON
Endereço RUA JOÃO BATISTA LEITE		Número S/N	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade BARRA DE SANTA ROSA	Estado PARAIBA	CEP 58.170-000
Email adv.alyssoncorrea@gmail.com			Telefone (DDD)

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. **1668** D/V ☐
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. **00029028** D/V **6**
 (Informar dígito se existir)

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V ☐
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. D/V ☐
 (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.

BARRA DE SANTA ROSA - PB, 03 de MAIO de 2018
Local e Data

Jose Rocha dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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
JOSE ROCHA DOS SANTOS

CPF da Vítima
070.217.414-99

Data do Acidente
19/09/2017

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.

BARRA DE SANTA ROSA-PB, 03 de MAIO de 2018

Local e Data

Jose Rocha dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13050909

A/C: JOSE ROCHA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180228188
Vítima: JOSE ROCHA DOS SANTOS
Data do Acidente: 19/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE ROCHA DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 000000029028-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0027300274 - carta_15R - INVALIDEZ



Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única da Comarca de Barra de Santa Rosa

0800168-96.2019.8.15.0781

DESPACHO

1. Não havendo nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, DEFIRO o pedido de justiça gratuita, sem prejuízo de sua impugnação, na forma do art. 100, do NCPC.

2. Em que pese o contido no art. 334, do NCPC, tem-se que a prática forense tem revelado que a demandada não costuma promover autocomposição, antes da realização da prova pericial.

3. Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

4. Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias, apresente resposta.

Intimações necessárias.



Barra de Santa Rosa(PB), data e assinatura eletrônica.

FÁBIO BRITO DE FARIA

Juiz de Direito

