

## ***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 2<sup>a</sup> 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.

José Rocha dos Santos  
Outorgante



## **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

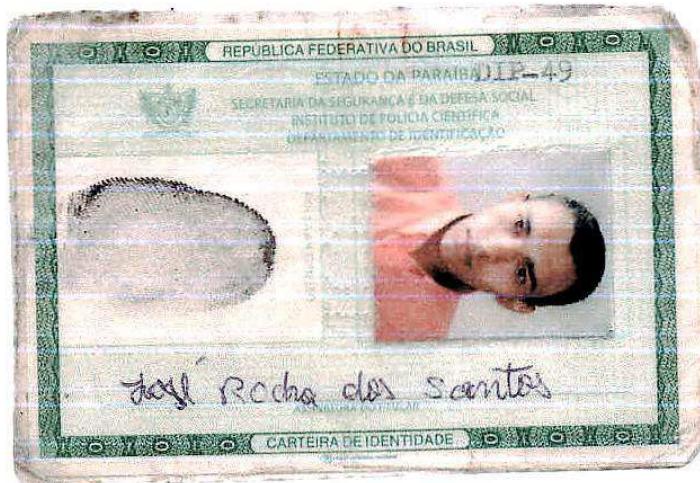
**Eu, JOSE ROCHA DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob nº 070.217.414-99, portador da Carteira de Identidade de nº 2.712.151 2ª via SSP/PB, residente e domiciliado no Rua João Batista Leite, s/n, na Cidade de Barra de Santa Rosa - PB, DECLARO que, em razão de minha condição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

João Rocha dos Santos





Assinado eletronicamente por: ALYSSON WAGNER CORREA NUNES - 13/05/2019 23:01:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051323013842700000020554264>  
Número do documento: 19051323013842700000020554264

Num. 21140665 - Pág. 1

## 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: José Rocha dos Santos





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

**ATESTADO**

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINOS QUE O(A) SR. (A): Yuri Paiva de Souza  
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 01/03/13 À 01/10/13 NECESSITANDO DE  
02 (dois) dias DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.  
Campina Grande 04/10/13 *Yury 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





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente <i>José Rocha dos Santos</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>02/07/17</i>	Enf. <i>Orbital</i>	Leito <i>9.3</i>
Operador <i>Ds Fiduci</i>	1º Auxiliar <i>Dr Júlio César</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fr. trans femur c</i>		
Tipo de Operação <i>Osteossíntese</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>2 mob</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>Ø</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>S.m</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>1) Peciente em ORT sob anestesi</i>
<i>2) Assepsia e antisepsia</i>
<i>3) Afixação de canudos estériles</i>
<i>4) Revisão incutente de Fratura sob auxílio de escopos + fixação de fios giz</i>
<i>5) Incisão lateral quadri e pós planos + hemostasia + Fixação de can. + Fixação com placa giz DTS 3 furos + Parafuso sob escopos</i>
<i>6) Ler FRC / SF = 91</i>
<i>7) Evacuar pós planos</i>
<i>8) Curativo</i>
<i>Dr Júlio César - Ortopedia - CRM-PB 3805</i>

Mod. 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

José Reche dos Santos DN: 09.06.1985  
QI LEITE Sala 04 convênio IDADE 32 REGISTRO 1508414

CIRURGIA TSO. En Fratura  
Tronco Costeira

CIRURGÃO Drº Fidias

ANESTESIA

Raque Andre

ANESTESIA

Des Flanessa + Yana

INSTRUMENTADORA

Andre DATA 02.10.17

INICIO

11:10

FIM 12:10

Qtd. MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qty.

FIOS

Adrenalina amp.

Calel. p/ Oxo.

Catgut cromado Sertix

Atropina amp.

Calet. De Urinar Sist. Fech.

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp.

Compressa Grande

Catgut cromado Sertix

01 Diclidon

Compressa Pequena

Catgut Simples

Dolantina amp.

Colonoide

Catgut Simples Sertix

01 Eptanil

Dreno 4x8

Catgut Simples Sertix

Fenegam amp.

Dreno Kerr n°

Cera p/ osso

Fentanil ml

Dreno Penrose n°

Ethibond

01 Novocaina

Dreno Pezzer n°

Ethibond

Ketalar ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

01 Nitrina

Equipo de Sangue

Fio de Algodão Sertix

Pavulon amp.

Equipo de PVC

Fio de Algodão Sertix

Proitigmine amp.

Espasadrapo Larco cm

Fio de Algodão Sulupak

Protóxido l/m

Furacim ml

Fio de Algodão Sutupak

Quelicin ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

Fila cardíaca

Rapifén amp.

H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ml

Mononylon 2.0

Thionembutal ml

Intracath Adulto

Mononylon

Tracrium amp.

Intracath Infantil

Prolene Sertix

Qtd. MEDICAÇÕES

01 Lâmina de Bisturi nº 24

Prolene Sertix

Aqua Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

Prolene Sertix

01 Decadron amp.

Lâmina de Bisturi nº 15

Prolene Sertix

02 Dipirona amp.

Luvas 7.0

Vicryl Sertix

Flaxidol amp.

Luvas 7.5

Vicryl Sertix

02 Rofecoxib amp.

Luvas 8.0

Vicryl Sertix

Geramicina amp.

Luvas 8.0 p/ procedimento

01

02 Glucosamina

Oxigênio l/m

Heparema ml

Poliflux

Kanakion amp.

PVPI Degamente ml

SOROS

Lasix amp.

PVPI Tópico ml.

SG Normotérmico fr 500 ml

Medrotinazol.

Saco coletor

SG Gelado fr 500 ml

Piasil amp.

Seringa desc. 10 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

Prolamina

Seringa desc. 20 ml

SG Ringr fr 500 ml

Revivan amp.

Seringa desc. 05 ml

SG fr 500 ml

Stupitanon amp.

Sonda folley

Cefalotina 1g

Sonda Nasogárica

Sonda Uretral nº

Sterydrem ml

Torneirinha

Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES

Vaselina ml

02 Agulha desc 20 x 12

Gelcon 18

Aguilha desc. 28 x 28

Latese

Aguilha desc. 3 x 4,5

01 Agulha p/ raque nº 27

05 eletrodos

Oxímetro de Pulso

Álcool de Enfermagem 70%

25 gelcondutor

( ) Foco Auxiliar

Álcool Iodado ml

( ) Serra

04 Ataduras de Crepon

( ) Desfibrilador

Ataduras de Gessada

( ) Foco Frontal

Azul metílico amp.

( ) Fonte de Luz

Benzina ml

( ) Foco Auxiliar

Eletrocautério

Oxicapiôgrafo

Cardiomonitor

Perfurador Elétrico

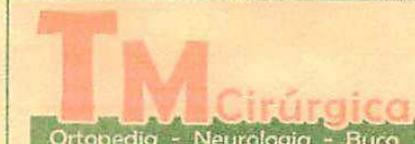
Samara A. Freitas

TEC. EM ENFERMAGEM

COREN-PB 1011665

RECOLANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE  
CEP.: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com  
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

18 Via Chesta / 28 Via Empressa / 38 Via Elisa

N° 3627

## PEDIDO DE FATURAMENTO

**NOME DO HOSPITAL**

HOSPITAL DE FRANCO  
TEL / FAX / E-MAIL

TELEFAX/E MAIL

**NOME DO PACIENTE**

José Karina Dos Frutos

Nº 00 PRONTUÁRIO

NOAH H.

### CÓD. PROCEDIMENTO

CONVENIO

PROCEDIMENTO BEAN

**DATA DA UTILIZAÇÃO.**

DATOS DE COMUNICACIÓN

**WIRTSCHAFTS-RESPONSABILITÄT**

مکالمہ

*P* D<sub>45</sub> D<sub>55</sub> P: 19  
*P* D<sub>45</sub> D<sub>55</sub> P: 19

ASSINATURA E CARIMBO DO PESQUISADOR

*Carlos André da Silva Lima*  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
COREN-PB 116.838

*Dr. John Cesarini*



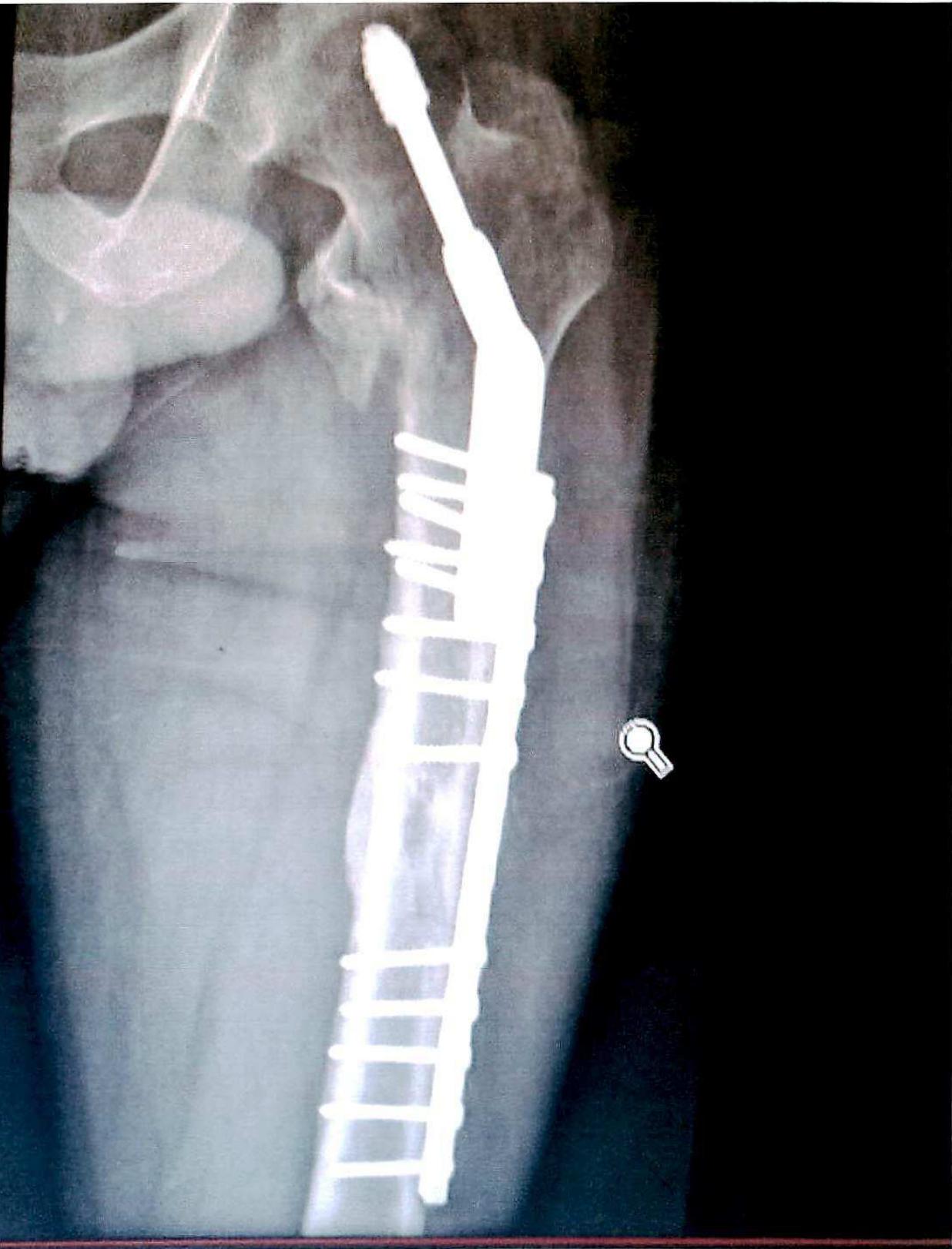


GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

MOD. 012





Pré-visualiza



Assinado eletronicamente por: ALYSSON WAGNER CORREA NUNES - 13/05/2019 23:01:39  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051323013908000000020554265>  
Número do documento: 19051323013908000000020554265

Num. 21140666 - Pág. 6

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
2ª Superintendência Regional de Polícia  
13ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Barra de Santa Rosa



# GOVERNO DA PARAÍBA



GABINETE DO DELEGADO

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO N° 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 (2<sup>a</sup>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):

1<sup>a</sup> - 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.

2<sup>a</sup> - 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, RENAVAN: 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 (dezesseis) 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.

Décio de Souza Lima Filho  
DELEGADO DE POLICIA  
Mat. 135.527-0 SSP/PB.

AUTORIDADE:

DÉCIO DE SOUZA LIMA FILHO

DELEGADO DE POLICIA

COMUNICANTE/VÍTIMA: José Rocha dos Santos



ECI - EME ERRE. DE CORREOS E TELEGRAPHOS  
A9-30300-1-A BARRA DE SANTA ROSA  
BARRA DE SANTA ROSA PB  
CNEU.: 402-344531 DE 151 10045500

《詩經》卷之三

Cliente : CLOROABRA LIDER CORREDURIA  
CNPJ/CTF : 00243006000104  
Doc. Prol. : 23340175  
Contrato : 20122006-6 Cod. Adm. : 11205009  
Cartao : 62267155

Movimento: 04/05/2016 hora: 09:56:06  
 Caixa: 0450023 Matrícula: 04670181  
 Lançamento: 006 Atendimento: 00006  
 Modalidade: A-Lançar IR-Tiquete: 146701163

DESCRICAÇÃO	QTD.	PREÇO UNITÁRIO
SEGURADO DEVAL ALI-30	1	21,75
Valor do Envelope	21,75	
Peso real (gr)	304	
CEP L.C.P. Recife	5000-10000	
Nome Remetente	BRUNO BOCCA DO CARVALHO	
Endereço Remetente	Rua São João Batista 16 - 1º P	
Cont. Endereço	3111-1111	
Cep Remetente	5000-1000	
Cidade Remetente	RECIFE	
UF Remetente	PE	
POSTAL RESPOSTA SIM	1	5,00
Valor do Envelope	5,00	
CEP Destinatário	5000-10000	
Peso real (gr)	104	
Cont. Endereço	3111-1111	

Posteriormente, a partir da mesma, o leitor irá encontrar uma lista de possíveis ações (fatores) que podem contribuir para a realização das metas de projeto, para a realização das estratégias.

TOTAL (Excluding 1990) 1,111,760

第(2)款(2)項の規定による

utilizing various different methods.

六、行政赔偿

Recomenda-se que o valor das "cobranças" seja prestado com maior qualidade, fazendo mediante apresentação de tabela de valores correntes, desse modo evitando poderão sofrer variações de acordo com as circunstâncias.

Name: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

### Ass. Response

### Posterior morphology after 6 months

asem-*lib* - *soo-ka-twa-ka* - *ku*

REV. DE LA TÉLÉVISION FRANÇAISE 111 07/88 16

**José Luis Vázquez** (1931-2010)

MIA-01-1591E - 5006

VIA CITTADINA - 2 - SANT'AGOSTINO



Assinado eletronicamente por: AI YSSON WAGNER CORREIA NUNES - 13/05/2019 23:01:40

[http://pie.tibp.ijs.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView\\_seam?y=19051323013986300000020554266](http://pie.tibp.ijs.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam?y=19051323013986300000020554266)

Número do documento: 100512320120863000000020554266

Num. 21140667 Pág. 1



**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 parentesco com a vítima é

Endereço do Portador RUA JOÃO BATISTA LEITE

Nº S/N COMPLEMENTO 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**

(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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) 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 INVALIDEZ 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 - INVALIDEZ PERMANENTE**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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) 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 RECEITÁRIO 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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) 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 (Reembolsos) este valor varia conforme o total de despesas provadas.

- 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue gratuitas SAC DPVAT 0800 022 1204

Portador da documentação entregue

Nome	P. B. José Lucas Lima Tufu	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data	03/05/2018	Data
Identidade	2.712.151 - SSP/PB	Nome
Assinatura		Assinatura
	Mat. 8.476.918-1	CH ACCP Barra da Serra Rosarinho
	Atendente Comercial	



**IDENTIFICAÇÃO**

<b>VÍTIMA</b>	<b>JOSE ROCHA DOS SANTOS</b>		
<b>DATA DO ACIDENTE</b>	<b>19/09/2017</b>	<b>CPF DA VÍTIMA</b>	<b>070.217.414-99</b>
<b>PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO</b>			
<b>QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR</b>	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É	
<b>ENDERECO DO PORTADOR</b>	<b>RUA JOÃO BATISTA LEITE</b>		
<b>Nº S/N</b>	<b>COMPLEMENTO</b>	<b>BAIRRO</b>	<b>CENTRO</b>
<b>CIDADE</b>	<b>BARRA DE SANTA ROSA</b>	<b>UF</b>	<b>PB</b>
<b>CEP</b>	<b>58.170-000</b>	<b>CEP</b>	
<b>E-MAIL</b>	<b>adv.alyssoncorrea@gmail.com</b>		
	<b>TELEFONE</b>	( <b>83</b> )	<b>9 9109-0768</b>

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 CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CERTÍDIO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 CONFIRME 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, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CERTÍDIO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 RECEITÁRIO 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, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CERTÍDIO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

<b>PONTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE</b>	<b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA</b>
<b>DATA</b>	<b>DATA</b>
<b>IDENTIDADE</b>	<b>NO ME</b>
<b>ASSINATURA</b>	<b>ASSINATURA</b>



## 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	Nome completo da vítima
	070.217.414-99	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

<input 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 type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Name _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. 1668	CONTAS NRO. 00029028	(Informar dígito se existir)	(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

José Rocha dos Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

José 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 n°: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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



Assinado eletronicamente por: FABIO BRITO DE FARIA - 27/05/2019 22:40:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052409144232500000020830991>  
Número do documento: 19052409144232500000020830991

Num. 21436968 - Pág. 2