

PROCURAÇÃO

AUTORGANTE: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, brasileiro, solteiro, atendente CPF: 047.542.614-29, RG: 2.872.483 SSP/PB, residente e domiciliado a Rua Augusto Vieira,155 Centro-Sape- - PB, (83) 98611-0196,, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu procurador:

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, ADVOGADO inscrito na OAB/PB 11086, Maria Odir de Sousa Monteiro Neta, brasileira, ESTAGIARIA inscrito na OAB/PB 11216-E, Houseman Rocha, brasileiro, solteiro, ADVOGADO inscrito na OAB/PB 13.534, Lilian Maria Duarte Souto, brasileira, solteira, ADVOGADA inscrito na OAB/PB 11490, Wellington Nóbrega Vilar, brasileiro, casado, ADVOGADO inscrito na OAB/PB 15024 e Herika Coeli Da Silva Clementino, brasileira, ADVOGADA inscrita na OAB-PB 18925, todos estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa – PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa,16/03/ 2017.

X Derivaldo Luciano de Lima

OUTORGANTE



Declaração de Hipossuficiência

Eu, **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, atendente CPF: 047.542.614-29, RG: 2.872.483 SSP/PB, residente e domiciliado a Rua Augusto Vieira, 155 Centro-Sape- - PB, (83) 98611-0196, declaro que, em função 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.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

João Pessoa, 16 de março de 2017.

X Derivaldo Luciano de Lima





MARTINHO CUNHA MELO FILHO

Advocacia e Assessoria Jurídica S/C

Rua João Luís Ribeiro de Moraes, 66, Centro, J. Pessoa/PB,
9986-1011 e 3262 - 0162, EMAIL: martinhocmfilho@bol.com.br

CONTRATO DE SERVIÇO ADVOCATÍCIO

OUTORGANTE: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, brasileiro, solteiro, atendente CPF: 047.542.614-29, RG: 2.872.483 SSP/PB, residente e domiciliado a Rua Augusto Vieira, 155 Centro-Sape- - PB, (83) 98611-0196, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu procurador, como **Contratante e Contratados os Drs. MARTINHO CUNHA MELO FILHO**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PB 11.086 e **MARIA ODIR DE SOUSA MONTEIRO NETA**, brasileira, ESTAGIARIA inscrito na OAB/PB 11216-E, estabelecido na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB, pelo presente instrumento particular de **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS**, contratante e contratados, acordam sobre as seguintes cláusulas contratuais:

1. **PODERES:** a quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber intimações, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, substabelecer, com ou sem reserva de poderes, tudo precedido de expressa autorização do outorgante, dando tudo justo, perfeito, firme e valioso.
2. Em remuneração desses serviços, o advogado **CONTRATADO** perceberá, a título de honorários advocatícios a quantia relativa a 30% (Trinta por cento do interesse econômico) a serem pagos no recebimento do valor em seu favor, descontando, ainda, os valores despendidos antecipadamente com despesas necessárias, tudo mediante recibo.
3. No caso de rescisão do presente contrato por parte da **CONTRATANTE**, ficarão os mesmos obrigados a ressarcir o (a) **CONTRATANTE** pelos prejuízos advindos da desistência, devendo estes serem concretamente provados;



4. Elegem as partes o foro desta Cidade para o fim de dirimirem qualquer questão oriunda do presente contrato;

5. Por se acharem de pleno acordo, sendo capazes, assinam o presente instrumento, consciente e espontaneamente, perante duas testemunhas, em duas únicas vias, sem rasuras e sem espaços, somente anverso, para maior validade Jurídica.

João Pessoa, quinta-feira, 16 de março de 2017.

CONTRATANTE: X Dérivado lucrativo de bens

CONTRATADOS: MARTINHO CUNHA MELO FILHO – OAB/PB 11.086

-E

TESTEMUNHAS: X _____

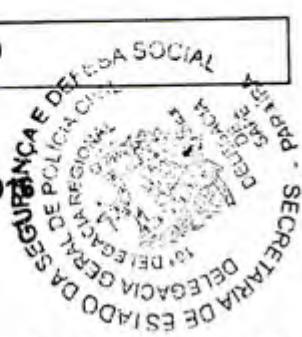


SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DA COMARCA DE SAPE/PB
TELEFONE: 3283-5949

NATUREZA DA OCORRENCIA; ACIDENTE DE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 1614/2016

(Acidente de Motocicleta)

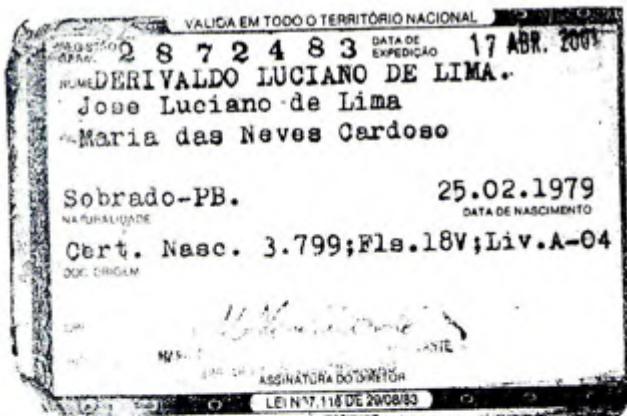
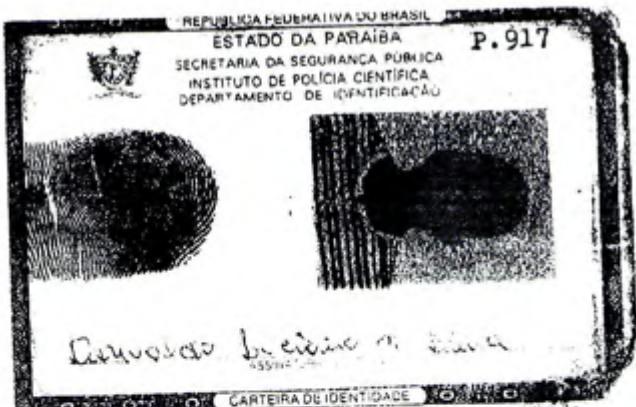


Aos (25) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Policia Civil, Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 10h25min, compareceu, DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, RG; 2872483/PB, -SSP/SP. brasileiro, solteiro, natural de Sobrado/PB, com 37 anos de idade, nascido aos 25/02/1979, Atendente, filho de José Luciano de Lima e de Maria das Neves Cardoso, residente na rua Augusto Vieira – 155- Centro- Sapé-PB.(Tel.986110196) O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 19/10/16, por volta das 14:40m, fora vítima de um acidente quando conduzia uma Moto de MARCA HONDA CG-160-TITAN- EX, DE COR BRANCA- DE PLACA OEX3971/PB, ANO 2015/1016- CHASSI 9C2KC2210GR025551 de propriedade do senhor CARLOS EDUARDO DE SOUZA LIMA-RG; 4180019-SSP/PB. QUE nas proximidades da rua Raniere Mazzile, próximo a Pizaria Dinapolis, o mesmo colidiu na traseira de um veículo que não sabe identificar os dados do mesmo; QUE após o ocorrido, o mesmo fora socorrido por populares daquela localidade para o Hospital Trauminha em Mangabeira; QUE o declarante sofrera lesões e fora cirurgiado no quarto dedo da mão direita, conforme Laudo apresentado nesta Delegacia de Policia. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

Sapé, 25 de Outubro de 2016.

Derivaldo Luciano de Lima
NOTICIANTE





DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

25/02/1979



Assinado eletronicamente por: MARTINHO CUNHA MELO FILHO - 17/05/2019 10:11:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051710115492500000020662388>
Número do documento: 19051710115492500000020662388

Num. 21256114 - Pág. 1



01

CERTIDÃO

Nº. 0041/2017

Atendendo solicitação de ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de Nº 897349 e Prontuário Nº 2016.10.001890 pertencente à **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA** que foi atendido dia 19/10/2016 às 14H52min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em mão e perna direitas.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura exposta do 4º quirodáctilo da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/10/2016 com alta médica dia 21/10/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de Janeiro de 2017

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

01



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
G. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 897349 Atd: Nao Regulado
Data: 19/10/2016
Hora: 14:52:06
Recepçionista: CRISTIANE DE FRANCA FLOR
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.10.001890

CNS: 209668053420002 Sexo: M IDENTIDADE: 2872483 Fone: 986110196

Natural: SOBRADO/PB Data Nasc.: 25/02/1979 Id: 37 ano(s)

End.: RUA ARISTACO PESSOA ,161RG (PB) ATENDENTE DE TELE MARTING

Bairro: JAGUARIBE Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Pai: JOSE LUCIANO DE LIMA

Mae: MARIA DAS NEVES CARDOSO

Ocupação: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Ref.: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Tel. doc. Responsavel: 986110196 / IDENTIDADE: 2872483

Procedencia: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DETECEIROS VITIMA DE COLISAO
Vitima de acidente por: DE MOTO X CARRO NO CRISTO PROX A PIZZARIA DINAPOL

Vitima de violência por: LIS AS 14:40 CONDUTOR M COMPLETO (SIC PCTE)

[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRM-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco:

| | | | |
|-----------|---------|-----------------------|---------------|
| PA: | FR: | [] Aparentemente Bem | [] Grave |
| FC: | TP: | [] Politraumatizado | [] Convulsao |
| Peso: | Altura: | [] Hemorragia | [] Dispneia |
| Glicemia: | IMC: | [] Diarreia | [] Agitado |
| Cir; Abd: | O2%: | [] Regular | [] Chocado |
| | | [] Vomito | |

Observacao

Queixa Principal

Colisao muito e correto paciente apresente contusao
em deambulante de mao D + escoriações em MCD

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico) Acidente de moto c/
trauma em mao D e perna D. Ao exame: ferimento
ento-contuso no 3º e 4º quimodáctilo e dor em
perna D.

Diagnóstico

Otomed

- | Conduta ① 1º atendimento
② RX de mao / perna
③ Avaliação de Ortopedia

Prescrição

Defuncional a 4000
c/ deb em moto

Lentes 8, M. Anelida
Traumatologia
-29 -48

Dr. Robert Chancalide
CRM-PB 100

03



FISCAL JOSE LUCIANO DE LIMA
6-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Recepção: CRISTIANE DE FRANCA FILHO

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Num. Prontuario: 2016.10.001890

CNS: 209668053420002 Sexo: M IDENTIDADE: 2872483 Fone: 986110196

Natural: SOBRADO/PB Data Nasc.: 25/02/1979 Id: 37 ano(s)

End.: RUA ARISTACO PESSOA ,161RG (PB) ATENDENTE DE TELE MARTING

Bairro: JAGUARIBE Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Pai: JOSE LUCIANO DE LIMA

Mae: MARIA DAS NEVES CARDOSO

Ocupação: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Rel.: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Tel. doc. Responsavel: 986110196 / IDENTIDADE: 2872483

Procedencia: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DETECERIOS VITIMA DE COLISAO

Vitima de acidente por: DE MOTO X CARRO NO CRISTO PROX A PIZZARIA DINAPOL

Vitima de violência por: LIS AS 14:40 CONDUTOR M COMPLETO (SIC PCTE)

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PAR FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Ci; Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

Colisao muito e correto paciente apresenta lesao
em deambulacao de mao D + escoriações em MCD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Acidente de moto c/
trauma em mao D e perna D. Ao exame: ferimento
corto-contuso no 3º e 4º quimiodactilo e dor em
perna D.

Diagnostico

Otomed

Conduta 1 1º atendimento
2 RX de mao / perna
3 Avaliação de Ortopedia

Sutura

Prescrição

Definição de Loco
c/ deb em MCD

Horário da medicamentação

Dr. Roberto Cunha Melo Filho

CRM-PB 1002

Dr. Heisler C. M. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 6229
CNS: 200416277284148

cd: An CT.

05



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em SS sob bloqueio
- 2) Lavar o suco
- 3) Antissepsico
- 4) Localizar limpo

Incisão:

- 5) Debridamento
- 6) Fixar com 4x + 1.5m em extratos

Achados:

- 7) Fix controlado
- 8) Artro
- 9) Artro
- 10)

Conduta:

GRANDE

Com bala + operado
+ 07-2017

Fechamento:

SA

OBS:

Dr. Martinho B. M. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB: 6229
tel: 980016277284148

MÉDICO/CRM

Data: 19/10/16

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

08





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

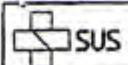
| | | | | | |
|--|---------------------------------|---|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| NAME <i>Dra. Valéria Andrade da Cunha</i> | | | | PRONTUÁRIO N° | |
| IDADE | SEXO | COR | CLÍNICA | ENF. | LEITO |
| 19 | M | | ent | | |
| DATA DE ADMISSÃO <i>19/10/16</i> | DATA DE ALTA <i>21/10/16</i> | TEMPO DE PERMANÊNCIA | | | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fx Exponer os 1º e 2º Dentes expostos.</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i> | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx + Exame físico</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>RIFI</i> | | | | | |
| TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO F.O. | <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | COLETA DE MATERIAL | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA | MELHORADO | REMOVIDO | A PEDIDO | CURADO | ÓBITO |
| RESUMO CLÍNICO <i>Paciente admitido em tratamento ambulatorial devido à exposição incompleta (excluindo o dente central).</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

| | |
|--|---|
| DIETA: | <i>leve</i> |
| REPOUSO: | Relativo em casa por <i>30</i> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias. |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA : Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. | |
| MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>colírio</i> | |

| | |
|---------|---|
| RETORNO | Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão. |
|---------|---|

| | |
|--|--------------------------------------|
| DATA <i>21/10/16</i> | ASS. MÉDICO / CRM <i>DR. LIMA</i> |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | |



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

| | |
|--|----------|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE | 2 - CNES |
|--|----------|

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Jércio de Luciano Lima

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - TELEFONE DE CONTATO

(DDD) (Nº DO TELEFONE)

10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTDE.

Histero laparotomia b

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE.

oteto de ADM 40D(D)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CID10 PRINCIPAL 35 - CID10 SECUNDÁRIO 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

37 - OBSERVAÇÕES

Receb. H.O.C

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO

40 - DOCUMENTO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO

() CNS () CPF

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

50 - NOME FANTASMA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - CNES

| | | |
|---|---|--|
| 38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO | 40 - NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO |
| 40 - DOCUMENTO | 41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 42 - NÚMERO DO REGISTRO DO CONSELHO |
| () CNS () CPF | 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR |
| 45 - DOCUMENTO | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 49 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC) |
| () CNS () CPF | 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| 50 - NOME FANTASMA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | 51 - CNES | |



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Denival L. Lima 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 S66, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 dias, a partir desta data.

João Pessoa 15/12/16

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 ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 6/N, CEP 58055-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2017

Carta n°: 10733588

A/C: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Sinistro: 3170091258 ASL-0053166/17
Vitima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
Data Acidente: 19/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDIO

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: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
Valor: R\$ 675,00

Banco: 104
Agência: 000000922
Conta: 0000054125-1
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|--------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 675,00 |

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

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_0197501976 - carta_15R





**Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital**

Vistos, etc.

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderáservir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.

