



Número: **0801248-80.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **02/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCENILDO FERNANDES DA SILVA (AUTOR)	THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26983 547	11/12/2019 17:05	<u>Petição</u>	Petição
26984 252	11/12/2019 17:05	<u>2665989_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02</u>	Outros Documentos
26984 253	11/12/2019 17:05	<u>2665989_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912111705411900000026049164>
Número do documento: 1912111705411900000026049164

Num. 26983547 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190208505 Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14076875



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:47
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117054443400000026049169>
Número do documento: 19121117054443400000026049169

Núm. 26984252 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190208505 Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01025/01026 - carta_04 - INVALIDEZ



00060513

Carta nº 14136774



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117054443400000026049169>
Número do documento: 19121117054443400000026049169

Num. 26984252 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL.	CPF da vítima.	Nome completo da vítima.	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012 Nome completo: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA CPF: 576 563-394-34			
Profissão: AUTÔNOMO	Endereço: RUA FRANCISCA MENDES DE SOUZA	Número: 108	Complemento: -
Bairro: JARDIM ROGÉRIO	Cidade: POMBAL	Estado: PB	CEP: 53940-000
E-mail: XTHAVAGO.CARNEIRO@HOTMAIL.COM	Tel.(DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (**ANEXAR CÓPIA**).

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **00007393**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(* Assinatura de quem assina A RODO

Lucenildo T. da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Suelio Moreira Torres

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

19 MAR 2019

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
18ª Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB
Delegacia de São Bento
Fone (83)3444-2804
Disque denúncia 197



GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 096/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data do fato: 21/01/2019 hora: 17:23 HRS

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , nascido em / / , documento:
, filho(a) de e de , endereço: ***** ,
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(ª): ANDERSON FONTES CAMPOS

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA, alcunha "CACHEADO",
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Pombal-PB, idade: 51 anos
, nascido em 10/05/1967, cor/raça: *****, Estado Civil:
União Estável, Profissão: autônomo, Escolaridade: alfabetizado,
documento: RG 002.735.634 SSP-RN, filiação: Severino Fernandes da
Silva e de Severina Regina da Conceição, endereço: Rua Francisca
Mendes de Sousa, 108, Jardim Rogério, Pombal-PB, referência:
Abrigo dos Idosos. Tel/Cel:(83) 99839-5412;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 21/01/2019 por volta das 17:23 hrs a vítima conduzia a Moto Honda CG 150 Titan, 2008/2008, cinza, chassi 9C2KC08108R266676, placa MOS-3906 de sua propriedade, mas licenciada em nome de Marivaldo Santana Trigueiro, quando pilotava pela Rodovia PB 293 no sentido Comunidade Maravilha/Paulista nas proximidades da comunidade do Sanharão, perdeu o controle da moto sozinho vindo a cair; Que em virtude do acidente sofreu traumas na cabeça e varias escoriações pelo corpo; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais a consignar.

São Bento, 29 de Janeiro de 2019. Às 08:23 horas.

Lucenildo F. da Silva

Notificante Testemunha Arrogada

Pedro Terceiro

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2

0012584-11-2019-0

19 MAR 2019



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para sempre pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 021.623.485



Luz - Mais que iluminação
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660
CNPJ 09.095.193 / 0001-49 Insc Est. 16.015.423-0

DADOS DO CLIENTE

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
RUA CEL JOAO CARNEIRO 5/N 1 AND
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAR/2019

12/03/2019

241

19/03/2019

R\$ 220,14

Acesse: www.energisa.com.br



PELAQUI AQUI

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
Roteiro: 06-227-000-6100
83690000002-4 20140054000-5 11063272019-6 03000227019-4



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
19/03/2019	R\$ 220,14	1106327-2019-03-0

19 MAR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117054443400000026049169>
Número do documento: 19121117054443400000026049169

Num. 26984252 - Pág. 5



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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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

² 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago Glayson L. Carneiro inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.614.794 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucenilob Fernandes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 576.563.394 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Lucenilob Fernandes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

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	Rua Coronel Joás Correia	Número	SIP	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	Pombal	1º Andar
Email	XTHYAGO.CARNEIRO@Hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	Estado	CEP
		(83) 99660-7071	PB	53840-000

Pombal , 18 de Maio de 2019
Local e Data

Thiago Glayson L. Carneiro
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marivaldo Santana Trigueiro,
RG nº 199.556.7, data de expedição 15/12/93,
Órgão SSP / PB, portador do CPF nº 027.138.314-31, com
domicílio na cidade de Pombal, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Newton Seixas, nº 510,
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víma Luzivaldo Fernandes da Silva, cujo o condutor era
Luzivaldo Fernandes da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS

Ano: 2008

Placa: M05 3906 / FB

Chassi: 9CK2KCO5100F266675

Data do Acidente: 21/01/2019

Local e Data: Pombal, 13 de Março

Marivaldo Santana Trigueiro

Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROZ
RUA CÉL JOSE FERNANDES, 483 - CENTRO
Tel: 83 3431-3085 e-mail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de MARIVALDO
SANTANA TRIGUEIRO e doc. nº:
POMBAL-Paraíba, 1/03/2019.

JOANA D'ARC ELIANE DE QUEIROGA
Selos Digitais de Fiscalização Tipo Normal B-AH38539-106L
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabelião Público
CPF: 675.687.584-52

19 MAR 2019



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL. Acidente de Moto
"SENADOR RUI CARNEIRO"



SAUH 1-7-30

CÓDIGO DA UNIDADE: 00734/0 NPI (P): 06.778.268/0004-03

AZUL VERDE AMARELA ARANJA VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: José Gildo Francisco da Silva

COR: Roxo DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1963 IDADE: 56 SEXO: M

NOME DA MÃE: Severina Bezerra da Silva PROFISSÃO: Mecânico de Moto

CARTÃO DO SUS: 203 3332 5960 000511 RC/CNH: _____

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Rua das Asas, 108

ESTADO: PB CEP: 58840-001 CIDADO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATENDIMENTO: 19/12/2019

SINAIS VITAIS:

PA: 140/80 SPC: _____ F: _____ R: _____ HGT: 58 kg

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, MOQUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SÍMPLÍCIO: Exame de exames. Exame de exames.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS:

RESULTADOS: Exames de exames - ISSe

PREScrição MÉDICA/MATERIAIS UTILIZADO:

1º Depilatório - 20g - 14,25 - 08/01/2020

2º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

3º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

4º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

5º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

6º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

7º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

8º Depilatório - 20g - 14,25 - 08/01/2020

9º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

10º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

11º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

12º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

13º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

14º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

15º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

16º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

17º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

18º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

19º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

20º Colírio - 10ml - 14,50 - 08/01/2020

DR. (c) Domingos de Sousa Neto
CRM-PB 132.550-V445
Cirurgia Geral

19 MAR 2019



GOVERNO DA PARAÍBA

GOVERNO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"**

DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID

OBSERVAÇÕES DA ENFERM. (EM):

Brachyrhynchus sp. nov. sp. n. - Brachyrhynchus sp. nov. sp. n. - Brachyrhynchus sp. nov. sp. n.
não que sejam - Brachyrhynchus sp. nov. sp. n. - Brachyrhynchus sp. nov. sp. n. - Brachyrhynchus sp. nov. sp. n.
que seja curto ou longo, com o corpo curto ou longo, com o corpo curto ou longo, com o corpo curto ou longo,
ou pelo anátero. Tarc [S] Formiga-Faria
C 576-PE 176973

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAC):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

TÍPO DE ATENDIMENTO:

- TIPO DE ATENDIMENTO:**

 - 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
 - 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
 - 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
 - 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EXERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
 - 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
 - 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PERTICULARES);
 - 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
 - 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
 - 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

83 - CON

- | | | | | |
|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MEDICAGAO | <input type="checkbox"/> 1- PRESCRIÇÃO | <input type="checkbox"/> DESCRIVENDO | <input type="checkbox"/> RESIDENCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| | <input type="checkbox"/> 2- APLICADA | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> OBST | <input type="checkbox"/> OUTROS |

SERVICIOS REALIZADOS:

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE (S) - CARRIUE (S)

www.sociedad-acompañamiento.com RESPOND. VER.

O J PÓDE GAR DIREITO

~~X~~ Planning Standardized Exams

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CABINHO

[View all posts by admin](#) | [View all posts in category](#)

19 MAR 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB 12

- IDENTIFICAÇÃO DO CORRÊNTE

DATA: 20/11/2019	HORA: 02:55	RCID: 025	PACIENTE/UBIÁRIO: Lourenildo Ferreira Soares	IDADE: 51	SEXO: M / F
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PB 293			BOMBO: Curitiba	MÉDICO REGULADOR: Dr. Fábio	
LIGAÇÃO DE DESTINO: PRONTO-SOCORRO			APOIO LOCAL: PM / RESGATE BOMBEIROS / PRF / CPTM/AM	CUTRO:	
QTA: NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL / RECUSOU ATENDIMENTO / SOCORRIDO PELO BOMBEIRO / LOCAL NÃO ENCONTRADO					
QTB: QUITO NO LOCAL / FÓSITO NO TRANSPORTE / CANCELADO / OUTRO:					

MOTIVO DA ATIVADA:

Lourenildo Ferreira Soares

EXAME	ESTADO INICIAL	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE
		INSTAVEL	ESTAVEL	SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS	
PELE: <input checked="" type="checkbox"/> PÁLIADA / <input type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> ICTERÍCO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input type="checkbox"/> CORADA UMBIDA / <input type="checkbox"/> FRIA / <input type="checkbox"/> PEGAGOSA					
VIAS AÉREAS: <input type="checkbox"/> NORMAL / <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNEIA / <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA / <input type="checkbox"/> APNEIA / <input type="checkbox"/> DISPNEIA / <input type="checkbox"/> TREPI RUIDOSA / <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO / <input type="checkbox"/> HEMOPTISE / <input type="checkbox"/> TOSSE PRODUTIVA VENTILAÇÃO: <input type="checkbox"/> ESPONT. / <input type="checkbox"/> VENT. ASSIST. AUSC. PULM: <input type="checkbox"/> MV / <input type="checkbox"/> RA / <input type="checkbox"/> CRESTOS / <input type="checkbox"/> SIBILOS / <input type="checkbox"/> RONCOS					
CARDI: <input type="checkbox"/> NORMOCARDICO / <input checked="" type="checkbox"/> BRACARDICO / <input type="checkbox"/> TAQUICARDICO / <input type="checkbox"/> BCFN / <input type="checkbox"/> BCHE / <input type="checkbox"/> PRECORDIALGIA / <input type="checkbox"/> KORTIOTENSO / <input type="checkbox"/> HIPOTENSO / <input type="checkbox"/> HIPERTENSO / <input type="checkbox"/> PCR / <input type="checkbox"/> EDERA - LOCAL: EICH CAP: <input type="checkbox"/> > 28 / <input type="checkbox"/> < 28 CHOQUE: <input type="checkbox"/> HIPOV / <input type="checkbox"/> ANAFIL / <input type="checkbox"/> SEPTICO / <input type="checkbox"/> CARDIOG					
DIGES: <input type="checkbox"/> NORM / <input type="checkbox"/> EPIGASTRALGIA / <input type="checkbox"/> HDA / <input type="checkbox"/> HEMATÉMESIS					
ABDÓ: <input type="checkbox"/> NORM / <input type="checkbox"/> DISTENDIDO / <input type="checkbox"/> DOLOROSO - LOCAL:					
NEUR: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE / <input checked="" type="checkbox"/> DESORIENTADO / <input type="checkbox"/> CONFUSO / <input type="checkbox"/> DESORIENTANDO / <input type="checkbox"/> HIDRIASE / <input type="checkbox"/> MOBSE / <input type="checkbox"/> ANISOCO / <input type="checkbox"/> ISOCORICA / <input type="checkbox"/> DEFÍCIT MOTOR / DEFÍCIT SENSITIVO / <input type="checkbox"/> CONVULSAO					
GINEC: <input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO / <input type="checkbox"/> ABORTAMENTO / <input type="checkbox"/> DOR PÉLVICA METRORRAGIA / <input type="checkbox"/> INASCIM / <input type="checkbox"/> BOLSA ROTA CONTRACÔNEOS/MMN: BCF / <input type="checkbox"/> HORNOFO / <input type="checkbox"/> HIPOFON					
OUTR: <input type="checkbox"/> CAB / <input type="checkbox"/> PESO / <input type="checkbox"/> TANT / <input type="checkbox"/> TPOS / <input type="checkbox"/> PERI / <input type="checkbox"/> SBD / <input type="checkbox"/> IMB / <input type="checkbox"/> MID / <input type="checkbox"/> MIR					
ANTECEDENTES: <input type="checkbox"/> DIABETES / <input type="checkbox"/> HAB / <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA / <input type="checkbox"/> TABAGISTA / <input type="checkbox"/> ETILISTA / <input type="checkbox"/> ALERGIAS MEDICAMENTOS EM USO: ANTECEDENTES FAMILIARES: QUERIAS: <i>Lourenildo Ferreira Soares</i>					

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos: Anæsia / Capacidade adaptativa insuficiente / Comunicação verbal prejudicada / Confusão aguda / Desorientação prejudicada / Débito sanguíneo diminuído / Desobstrução ineficaz de vias aéreas / Disartria autonômica / Dor aguda / Hipotensão / Hipotermia / Integridade da pele prejudicada / Integridade ossular prejudicada / Medo / Inolerância / Inabilidade / Mucosidade oral prejudicada / Padrão respiratório irregulares / Risco de Perda de consciência / Perda de Perfilaxia cerebral ineficaz / Perfilaxia tisular cardiopulmonar ineficaz / Risco de Perfilaxia tisular gastrintestinal ineficaz / Risco de Perfilaxia tisular renal ineficaz / Termorregulação ineficaz / Trica de gases / Inabilitação prejudicada / Volume de líquidos deficientes / Volume de líquidos excessivo / Náusea / Retenção urinária / Insegurança social prejudicada / Insonnolência intestinal / Eliminação urinária prejudicada / Constipação / Outras:

Intervenções: *- Apoio ao paciente*
- Encaminhamento para pronto-socorro e seguimento
- Acesso à unidade de emergência

Implementações de assist. / revolução de enfermagem: *Paciente consciente, orientado, confuso. Corpo desidratado, com sotaque de suor e micturíca. Respiração regular, com sotaque de suor e micturíca. Paciente em ótimo quadro clínico, sem alterações de humor ou humor patológico. Paciente em ótimo quadro clínico, sem alterações de humor ou humor patológico.*

TERAPÉUTICA INSTITUÍDA					
REPÓSITO VOLUNTÁRIA	VOLUME	MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	800 ml				
SOLUÇÃO FÍSIOLOGICA 0.9%					
SOLUÇÃO GLICOSADA 5%					
OUTRO					



ENFERMEIRO	Flaviana Alves de Enfermeira CUREMPE 12286	COREN:	EQUIPE	José Souto da Silveira Condutor - Socorrista CNH: AB4 RG: 7.349.201
LOCAL DE OBRIGAÇAO	H R Pernambuc	RESPONSÁVEL	<i>J. Rechel</i>	PERIODO: 01/03/2019 - 01/04/2019

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU / PAULISTA - PE, NESTA OPORTUNIDADE ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL.

TESTEMUNHA 01:

RG:

TESTEMUNHA 02:

PERTENÇESES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO:

NOME DO RECEPTOR:

FUNÇÃO:

ASSINATURA DO RECEPTOR

19 MAR 2019





Documentado: 21.01.19 - 17:03
Nome do cliente: euamido fernandes da silva
~~Endereço: Rua das palmeiras, 1000 - Centro - RJ~~
Cidade: Ribeirão das Neves - MG
Documentado: Euamido Fernandes
Endereço: Rua das Neves
Bairro: Hosp da Penha
Número: 104 - Meto

que ha suportado el hospital.

R-X is being used as fermentor

19 MAR 2019

various in country at

M.ºº Sancho Pérez Gómez
COMÉDIA
CAM-PB 70A3





Paciente: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Data de Nascimento: 20/05/1967

Data do Exame: 21/01/2019

Sexo: M

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação após trauma.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

O parênquima cerebral apresenta forma, posição, dimensões e densidade usuais.

Sulcos corticais, cissuras de Sylvius, sistema ventricular supratentorial e cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Estruturas da linha média centradas.

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Calcificações parietais nos sifões carotídeos.

Ausência de fraturas desalinhadas na calota craniana e/ou coleções hemáticas intracranianas.

Hematoma subgaleal fronto-parieto-temporal direito.

Traço de fratura sem desalinhamento no arco zigomático direito e na parede lateral da órbita deste lado.

CONCLUSÃO:

Hematoma subgaleal fronto-parieto-temporal direito.

Traço de fratura sem desalinhamento no arco zigomático direito e na parede lateral da órbita deste lado.

Calcificações parietais nos sifões carotídeos.

NOTA: Discreta sinusopatia fronto-esfeno-etmoidal bilateral.

19 MAR 2019

Natalia Saralva Coelho

Assinado Eletronicamente por: Dra Natalia Saralva Coelho CRM 10667-ES | Médica-radiologista RQE 8837-ES CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 21/01/2019 19:39:23 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista ac pedigree, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relatório se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel Joaquim Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989 0097

Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237

Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114

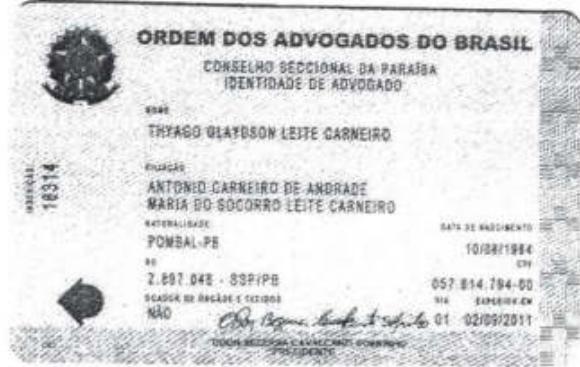


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117054443400000026049169>
Número do documento: 19121117054443400000026049169

Num. 26984252 - Pág. 13



19 MAR 2019



19 MAR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117054443400000026049169>
 Número do documento: 19121117054443400000026049169

Num. 26984252 - Pág. 15



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014200060635
CERTIFICADO DE PESO
2016 06/06/2016 3985 - VEICULO
002601189- 00/0000000 2018
VALIDO SANT'ANA TRIGUEIROS

MARCA/VALDO SANT'ANA TRIGEMETRO	027-1831431	NOVO	PB	922AC08108R266676	MOSS3906/PB
PAS/MOTOCICLE/NAO AELIC	MONZA/CG 150 TITAN	TITAN	PB	2008-2008	GASOLINA

2 P/149 /C1 PARTIC CINZA
00/00/0000 1°
00/00/0000 2°
00/00/0000 3°

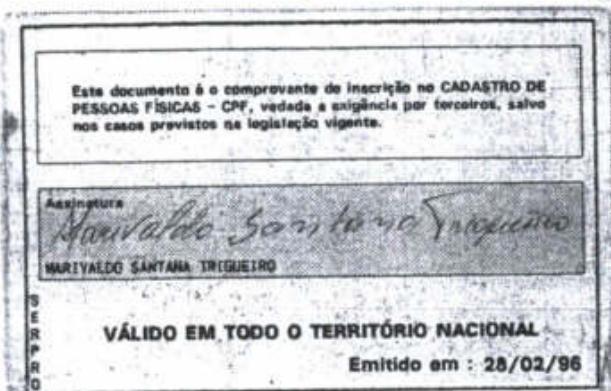
A.F. ADM DE CORC NACION HONDA LTDA

PONBAL-PB 03/07/2018 14796

9440

19 MAR 2019





19 MAR 2019





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA:
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÉCULA

597641049

REPERTEIRIA

FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIVALDO SANTANA TRIGUEIRO
RUA NEWTON SEIXAS, S/N - CENTRO POMBAL/PB
58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	
112.005.100.10016.000	1001			
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y005701001	26/02/2010	INT LACRE 100	POTENCIAL	

ANTERIOR / ATUAL / CONSUMO (L/M) / NÚM. DE DIAS / PRÓXIMA LEITURA
 1226 1230 4 31 10/03/2019
 HIST. CONS.: ANOR. LEIT. / QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 DS.
 JAN/2019 6 PARÂMETROS EXIG. ANAL. CONFORMES
 DEZ/2018 5 TURBIDEZ 46 46 46
 NOV/2018 3 CLORO 46 46 46
 OUT/2018 5 COL. TERMOT 0 0 0
 SET/2018 6 CCR 10 46 42
 AGO/2018 4 COL.TOTAIS 46 46 46
 MEDIACH 4 DADOS REFERENTES A DEZ/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2019	MORA DA IMPRESSÃO: 12:55:14
DESCRICAÇÃO	VALOR TOTAL (R\$)
ÁGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	4.115
CONSUMO DE ÁGUA	57,91
ESGOTO	0,76
ACRESCIMO(S) MÊS(E) ANO: 12/2018	0,21
JUROS DE MORA 12/2018	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 110,13 + ITR 17.243,17
VENCIMENTO: 24/02/2019 **Total a Pagar:** R\$ 38,88



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DE FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

- * * ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DÍNHEIRO ***
- ** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAÇÕES NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12.007/09

19 MAR 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208505 **Cidade:** Pombal
Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO PARIETAL TEMPORAL À DIREITA.
TRAÇO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDE DE ÓRBITA LATERAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208505 **Cidade:** Pombal
Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM ESTRUTURA CRANIO FACIAL COM HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO PARIETAL TEMPORAL À DIREITA. TRAÇO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDA DE ORBITA LATERAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %
				R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lucenildo Fernandes da Silva
RG: 002735634 Orgão Emissor: SSP/PIAN CPF: 576.563.394-34
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Homem Físico Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Francisco Mento da Silva Nº 108
Bairro: Centro Pombal Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: (83) 99660-7071 () _____ () _____

OUTORGADO:

Nome: Thyago Clayton Lete Correia
RG: 29970493 Orgão Emissor: SSE/PR CPF: 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Adolescente
Endereço: Rua General Juarez Correia Nº S/N
Bairro: Centro Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal
Telefone: (83) 99660-7071 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às 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 DPVAT** referente à

Vítima: Lucenildo Fernandes da Silva

CPF: 576.563.394-34 Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente () DAMS () Morte

19 MAR 2019

Pombal, 13 de Março de 2019.

Local e data



x Lucenildo F. da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



2º TABELIONATO DE REGISTRO DE TÍTULOS/DOCUMETOS
NOTAS E PROTESTO POMBAL
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

LUCENILDO AVELINO ABREU DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES 463 - CENTRO
Tel: 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÉNTICA a firma e letra de LUCENILDO
FERNANDES DA SILVA e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 13/03/2019.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lucenildo Fernandes da Silva
RG: 002735634 Orgão Emissor: SSP/PIAN CPF: 576.563.394-34
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Homem Físico Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Francisco Mento da Silva Nº 108
Bairro: Centro Pombal Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal / PB
Telefone: (83) 99660-7071 () _____ () _____

OUTORGADO:

Nome: Thyago Clayton Lete Correia
RG: 2997043 Orgão Emissor: SSE/PR CPF: 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Adolescente
Endereço: Rua General Juarez Correia Nº 518
Bairro: Centro Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal
Telefone: (83) 99660-7071 () _____ () _____

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às 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 DPVAT** referente à

Vítima: Lucenildo Fernandes da Silva

CPF: 576.563.394-34 Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

19 MAR 2019

Pombal, 13 de Março de 2019.

Local e data



x Lucenildo F. da Silva

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



2º TABELIONATO DE REGISTRO DE TÍTULOS/DOCIMENTOS
NOTAS E PROTESTO POMBAL
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

LUCENILDO AVELINO ABREU DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES 463 - CENTRO
Tel: 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÉNTICA a firma e letra de LUCENILDO
FERNANDES DA SILVA e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 13/03/2019.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093179/19

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

CPF: 576.563.394-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCENILDO FERNANDES DA SILVA : 576.563.394-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

JANE APARECIDA COSTA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117054443400000026049169>
Número do documento: 19121117054443400000026049169

Num. 26984252 - Pág. 23

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093179/19

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

CPF: 576.563.394-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCENILDO FERNANDES DA SILVA : 576.563.394-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

JANE APARECIDA COSTA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117054443400000026049169>
Número do documento: 19121117054443400000026049169

Num. 26984252 - Pág. 24



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE POMBAL/PB

Processo: 08012488020198150301

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCENILDO FERNANDES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.^o 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

POR TANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912111705472700000026049170>
Número do documento: 1912111705472700000026049170

Num. 26984253 - Pág. 1

ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Reita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POMBAL, 9 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912111705472700000026049170>
Número do documento: 1912111705472700000026049170

Num. 26984253 - Pág. 2

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912111705472700000026049170>
Número do documento: 1912111705472700000026049170

Num. 26984253 - Pág. 3