

Num. 26543494 - Pág. 1



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04229.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04229.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:24 horas do dia 17 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Orlanez Nunes Padilhas**, CPF nº 161.889.694-68, RG nº 1489920 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Aposentado, filho(a) de Carolina Justino dos Santos e Rivaldo Nunes Padilha, natural de Recife/PE, nascido(a) em 10/02/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Adalberto Florentino de Castro, Nº 88, complemento Casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Próximo Ao Hospital do Valentina, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98865-4290.

Dados do(s) Fatos:

Local: Na Br do Município de Camalaú, Camalaú/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 28/08/17 04:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O noticiante informa, que no dia 28/08/2017 às 04:40 da manhã, saiu da cidade de Camalaú-PB em direção a João Pessoa-PB acompanhado de sua esposa, Sra. Antonizete Pereira da Costa, e mais 2 amigos; que o mesmo conduzia o veículo, modelo Fox de marca Volkswagen, de Placa: OFA – 8348. Informa que ao entrar na Rodovia, colidiu com um veículo que vinha na mesma, sendo o referido veículo de modelo veraneio da marca Chevrolet. Que os passageiros do Fox ficaram aguardando aproximadamente por 40 minutos a chegada da ambulância no acostamento; Que quando a ambulância chegou o condutor do veículo e os demais passageiros foram removidos para o Hospital da cidade de Sumé – PB. Que ao chegar no referido hospital os responsáveis pelo mesmo informaram que devido a gravidade das lesões do condutor o mesmo teria que ser removido para cidade Campina Grande-PB, sendo assim, direcionados todos os passageiros para Campina Grande – PB, onde receberam os primeiros atendimentos e foram constatadas fraturas.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de abril de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


ORLANEZ NUNES PADILHAS
Noticiante

Procedimento Policial: 04229.01.2019.1.00.401

1/1



28/08/2017

HTCC-Painei Administrativo



GOVERNO DA PARAÍBA

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

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1494530

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/08/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Andreza Da Silva Araújo

PACIENTE: ORRANEIS NUNES

CEP: 58010000

Nascimento: 10/02/1958

PADILHAS

Sexo: M

Telefone: 88085271

Endereço: ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO

Idade: 059

Bairro: VALENTINA

Cidade: João Pessoa

RG:

Nº: 88

Nome da Mãe: CAROLINA JUSTINIO DOS SANTOS

CPF:

Profissão: APOSENTADO

Responsável: ANTONIZETE PEREIRA

Data de Atendimento: 28/08/2017

CNS: 70410949840950

Estado Civil: Casado(a)

Hora: 07:41:14

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE CARRO

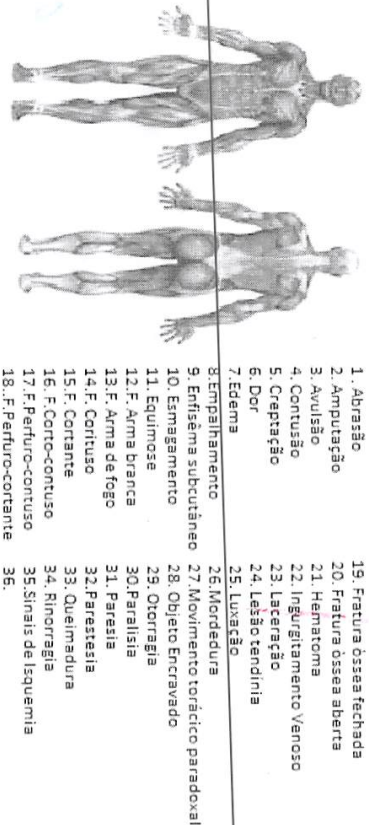
CRM:

Especialidade:

Médico FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = 7% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Clinico

Went to hospital with brother
with a very bad fracture
in the right leg - badly
swollen and painful

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS

Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

PA

HGT: 112

Sat02

RAIO X
REALIZADO EM:
28/08/17

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

BME

/

às

às

Dia

/

/

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

SCS. 7. 100015 60/17

foto

20

2

BME 100017

foto

20

3

BME 100017

foto

20

4

BME 100017

foto

20

5

BME 100017

foto

20

6

BME 100017

foto

20

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. João Sales Couto
Cirurgião - CRM 216919

TOMOGRAFIA
REALIZADA EM:
28/08/17

But

Parti viti no de Aera Autodidactos

can now perform on
TCE. As a result,
these two PMT, can be ① +

$\frac{1}{\sqrt{2}}$

8 Nov - 21. 10000

③ Intentional self-harm as punishment

Ados os pontos

17:00h Paciente mobilizada pela enfermeira para o quarto sem necessidade de oxigênio.

momento Círculo. ~~Exato~~ Diferença para a terceira cas

concurrent aliquot and as such in the

Ca: *Hyphomys*. (2011: 06/03/11)

SERVIÇOS REALIZADOS:

Dr. Felipe Guedes
CRM-PR 7451
201025

() Alta hospitalar
() A revelia
() Decisão Médica

Obito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário) _____

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Orrameis Nemes Paolilhas</u>	
End: <u>R. Adolberto Florentino de Castro</u>	Bairro: <u>88 - João Pessoa</u>
Data de Nascimento: <u>20/02/1958</u>	Documento de Identificação: <u>P.B.</u>
Queixa: <u>Ac. Cardio</u>	Data do Atend.: <u>28/08/17</u> Hora: <u>7:34</u> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Estratificação

Clínica
☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Branco - atendimento ambulatorial

Enfermeira Duarte
COREN-PB 28274

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616420993500000025633344>

Número do documento: 19112616420993500000025633344

Num. 26543498 - Pág. 3





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: ORRANEIS NUNES PADILHAS

DATA DO EXAME: 28.08.2017

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura do terço médio da clavícula.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Fraturas de arcos costais esquerdos.
- Redução da transparência pulmonar à esquerda.
- Obliteração do seio costofrênico esquerdo (hemotórax).

30

RADIOGRAFIA DE COL. CERVICAL

- Coluna cervical sem alterações relacionadas a mecanismo traumático evidentes ao método.
- Sinais de espondilose cervical.

Dr. Arquimedes A B Lira
CRM/PB: 7197

Dra. Miriam Albino
CRM/PB: 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485


Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165317/19

Número do Sinistro: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF: 161.889.694-68

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 28/08/2017

Titular do CPF: ORRANEIS NUNES
PADILHAS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO : 067.056.964-00

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 23/05/2019
Nome: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO
CPF: 067.056.964-00

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO


Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0165317/19
Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS
CPF: 161.889.694-68
Seguradora: Investprev Seguradora S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/08/2017
Titular do CPF: ORRANEIS NUNES
PADILHAS

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

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO : 067.056.964-00

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

ORRANEIS NUNES PADILHAS : 161.889.694-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Sinistro nº 3190328483

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: 16/05/2019
Nome: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO
CPF: 067.056.964-00

JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/05/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221590392
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 20170000285207 Exercício 2017
0034783690-9 00/00000000

NOME
ORRANEIS NUNES PADILHAS

CPF / CNPJ
16188969468

PLACA
OFA8348/PB

PLACA ANT. / UF
NOVO PB

CHASSI
9BWAB45Z7C4056436

ESPÉCIE TIPO
PAS/AUTOMOVEL/

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
VW/FOX 1.6 PRIME GII

ANO FAB. ANO MOD.
2011 2012

CAP. / POT. / CIL.
5 P/104 /CV

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
BRANCA

COTA ÚNICA
I P V A

VENC. COTA ÚNICA
00/00/0000

VENC. / COTAS
1ª 2ª 3ª

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO, COTAS
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO
31/07/2017

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-RB

42692


Agamenon Vieira da Silva
Diretor Suplente de Detran/PB

DATA
31/07/2017

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221590392 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2017

DATA EMISSÃO
31/07/2017

VIA 1

CPF / CNPJ
16188969468

PLACA
OFA8348/PB

RENAVAM
00347836909

MARCA / MODELO
VW/FOX 1.6 PRIME GII

ANO FAB.
2011

CAT. TARIF.
1

Nº CHASSI
9BWAB45Z7C4056436

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
P A G O

S
COTA ÚNICA

PAGAMENTO
PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO
31/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

761-1110353-20170731



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1289169622

PROIBIDO PLASTIFICAR
1289169622

NOME
 ORRANEIS NUNES PADILHAS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 1489920 SSP PE

CPF
 161.889.694-68

DATA NASCIMENTO
 10/02/1958

FILIAÇÃO
 RIVALDO NUNES PADILHA
 CAROLINA JUSTINO DOS SANTOS

PERMISSÃO
 []

ACC
 []

CAT. HAS
 B

Nº REGISTRO
 05438079667

VALIDADE
 07/06/2021

1ª HABILITAÇÃO
 07/03/2012

OBSERVAÇÕES

Orlaneis Nunes Padilha
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
 08/06/2016

Assinatura
 Assinatura Maria da Silva
 ASSINATURA DO EMISSOR

25681652710
PB032714718

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ORRANEIS KUNES PADILHAS

PORTADOR(A) DO RG Nº 3489920 EXPEDIDO POR SSP. PE EM 05/07/1976 E

CPF 363089694-68 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO APOSENTADO

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.953,64 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1234-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 144.958-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO. DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PESSOA 03 de AGOSTO de 2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente em vigor no momento da indenização) e de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a legislação vigente no momento da indenização).



Assinado eletronicamente por: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO - 26/11/2019 16:42:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112616420484400000025633609>

Número do documento: 19112616420484400000025633609


DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ORRANEIS NUNES PAZILHA,
portador da carteira de identidade nº 1489920 SS-PB e inscrito no
CPF nº 161889694-68, residente e domiciliado na
RUA ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO, 88
VALENTINA I,
Cidade JOÃO PESSOA, Estado PB, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a
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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.


Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 03 DE AGOSTO 2018
Local e data



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ORRANEIS NUNES PADILHAS,

RG nº 1489920, data de expedição 05/07/1976,

Órgão SSP. PE, CPF nº 161889694-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. ADALBERTO FLORENTINO DE CASTRO</u>
Número	<u>88</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>VALENTINA I</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58064-070</u>
Telefone de contato	<u>(83) 98803-5547</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 03/08/2018.

Orraneis Nunes Padilhas
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ORRANEIS NUNES PADILHAS,
RG nº 1489920, data de expedição 05/07/1976,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 161.889.694-68,
com Domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. ADALBERTO FLORENTINO
DE CASTRO nº 88, complemento, VALENTINA I, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
_____, cujo o condutor
era _____.

Veículo.....: FOX
Ano.....: 2011
Modelo.....: 2012
Placa.....: OFA 8348/PB
Chassi.....: 9BWAB 4577C 4056436
Data do acidente.: 28-08-2017

Local e data: JOÃO PESSOA, 03-08-2018

X


Cortório Azevedo Bastos

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X


Cortório Azevedo Bastos

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 08.432-0-01
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro Dois Estados - João Pessoa/PB - CEP 53030-000 - www.azevedobastos.net.br - Tel: (81) 3244-5404 - Fax: (81) 3244-5405

Reconheço por Semelhança a assinatura de
ORRANEIS NUNES PADILHAS
e qual confere com o padrão registrado, nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, três de Agosto de dois mil e dezoito
Em Teor da verdade.
Ruberiana Cristina Costa dos Santos, Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.13)

Selo Digital de Fiscalização Tipo-AHH97612-2D8A
Endereço do ato: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ORRANEIS NUNES PADILHAS
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: APOSENTADO **Nº DO RG:** 3489920
ORGÃO EMISSOR: SSP/PE **DATA DE EMISSÃO:** 05/07/1976
Nº CPF: 161.889.694-68 **ENDEREÇO:** R. ADALBERTO FLORENTINO
DE CASTRO, 88 VALENTINA I JOAO PESSOA, PB

OUTORGADO: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 3194353
ORGÃO EMISSOR: SSP/PB **DATA DE EMISSÃO:** ___/___/___
Nº CPF: 061.056.964-00 **ENDEREÇO:** DI. MAXIMIANO FIEVEI-
REDO, 154, CENTRO JOAO PESSOA - PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário _____, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

JOAO PESSOA, 03 de AGOSTO de 2018.

 **Gertório Azevedo Bastos**

Orraneis Nunes Padilhas

Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação de 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, _____,
portador (a) do RG Nº _____, expedido por _____,
em ____/____/____, CPF/CNPJ Nº _____, na qualidade de
procurador(a)/intermediário(a) do beneficiários(a) _____



_____ do sinistro de DPVAT da natureza _____
da vítima _____,
e conforme determinação da Circular SUSEP Nº 445/12, declaro as informações
solicitadas:


Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

X _____
ASSINATURA – PROCURADOR(A)/ INTERMEDIÁRIO(A)



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 200.0.19.35830/01
			Data de emissão: 26/11/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2019
Número da guia: 200.2019.635830 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 Promovente: ORRANEIS NUNES PADILHAS - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.216,45
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000122 164509283184 520191130209 001935830016 			Valor final: R\$ 1.216,45

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 200.0.19.35830/01
			Data de emissão: 26/11/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2019
Número da guia: 200.2019.635830 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Promovente: ORRANEIS NUNES PADILHAS Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento:			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.216,45
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.216,45

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 200.0.19.35830/01
			Data de emissão: 26/11/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2019
Número da guia: 200.2019.635830 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.012,60 Promovente: ORRANEIS NUNES PADILHAS - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.216,45
			Desconto total: R\$ 0,00
866700000122 164509283184 520191130209 001935830016 			Valor final: R\$ 1.216,45





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2019.635830

Data Vencimento: 30/11/2019

Data Emissão: 26/11/2019

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: ORRANEIS NUNES PADILHAS

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 1.012,60

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.215,10

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

Data do Acidente: 28/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ORRANEIS NUNES PADILHAS

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. 00883/00684 - carta_04 - INVALIDEZ

00070342



Carta nº 14375098



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 445/2012

Nome completo: **ORRANEIS NUNES PADILHAS** CPF: **659.900.394-00**
Profissão: **APOSENTADO** Endereço: **R. ADALBERTO FLORENTINO DE ALMEIDA** Número: **88** Complemento: **CHC**
Bairro: Cidade: Estado: CEP: Tel.(DDD):
E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(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 Líder 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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **26/11/2019**
Nome: **ORRANEIS NUNES PADILHAS**
CPF: **161.889.694-68**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO**
CPF: **659.900.394-00**
Assinatura

2ª | Nome: **ADGEMILDA SOUZA DA SILVA**
CPF: **206.926.414-91**
Assinatura

houver)

maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO,

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS 1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - Código CNJ 06.870-0
Av. Presidente Epitácio Pessoa 1145 - Bairro Dos Estúdios - João Pessoa/PB - CEP 58030-000 - Tel.: (33) 3244-5404 - Fax: (33) 3244-5404

Reconheço por Semelhança a assinatura de
ORRANEIS NUNES PADILHAS
a qual confere com o padrão registrado nessa serventia, dou fé.
João Pessoa, vinte e nove de Janeiro de dois mil e dezanove
Em Teste da verdade.
Marcelo Timóteo de Oliveira, Escrevente - (Qtd: 1, Total: 12.7)
Selo Digital de Fiscalização Tipo AIC33317-78B
Assinatura em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190328483

Vítima: ORRANEIS NUNES PADILHAS

Data do Acidente: 28/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE ADAILSON DA SILVA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ORRANEIS NUNES PADILHAS

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, contatos 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 nº 14343238

Pag. 01205/01206 - carta_01 - INVALIDEZ

00020603





**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DA CAPITAL**

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

ATO ORDINATÓRIO (CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL - CGJ-TJPB)

Nº DO PROCESSO: 0811011-43.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

De acordo com as prescrições do Código de Normas Judicial da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, INTIMO a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, *juntar* documentos que comprovem a hipossuficiência financeira, necessários para análise do pedido de gratuidade, consoante §3º do art. 1º da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA GERAL nº 02/2018, datada de 28/11/2018, publicada no DJE de 30/11/2018. Na mesma oportunidade, INSERIR PROCURAÇÃO COM DATA ATUALIZADA, vez que a constante nos autos data mais de uma ano.

João Pessoa/PB, 28 de novembro de 2019.

SILVANA DE CARVALHO FERREIRA
Analista Judiciário





**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DA CAPITAL**

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

ATO ORDINATÓRIO (CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL - CGJ-TJPB)

Nº DO PROCESSO: 0811011-43.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

De acordo com as prescrições do Código de Normas Judicial da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, INTIMO a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, *juntar* documentos que comprovem a hipossuficiência financeira, necessários para análise do pedido de gratuidade, consoante §3º do art. 1º da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA GERAL nº 02/2018, datada de 28/11/2018, publicada no DJE de 30/11/2018. Na mesma oportunidade, INSERIR PROCURAÇÃO COM DATA ATUALIZADA, vez que a constante nos autos data mais de uma ano.

João Pessoa/PB, 28 de novembro de 2019.

SILVANA DE CARVALHO FERREIRA
Analista Judiciário



em anexo.





**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 4ª
VARA REGIONAL DE MANGABEIRA DA COMARCA DE JOÃO PESSOA- PB.**

Processo nº: 0811011-43.2019.8.15.2003

ORRANEIS NUNES PADILHAS, já devidamente qualificado nos autos da presente AÇÃO, que move em face de **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, igualmente qualificado, vem, a presença de V. Excelência, através de seu advogado que ao final assina, informar e requerer o que segue:

Diante do despacho proferido no ID nº: 26620418, vem o requerente, informar que os documentos solicitados para comprovação da hipossuficiência estão em andamento, assim, por ora, **requer dilação do prazo, por mais 20 (vinte), dias,** para que assim, a parte autora possa cumprir a determinação judicial.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa PB, 28 de janeiro de 2020.

JOSÉ ADAILSON DA SILVA FILHO.: ERICK SOARES FERNANDES GALVÃO

OAB/PB 22.043

OAB/PB 20.190



Av. Maximiano de Figueiredo, Empresarial Oliver Von Sohsten, Centro, João
Pessoa-PB - CEP: 58.013-470. Contato: (83) 4141-5601.





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE JOÃO PESSOA
4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

D E C I S ã O

[SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

PROCESSO Nº 0811011-43.2019.8.15.2003

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para o dia **22 de abril de 2020, às 14:00h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. 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 C.P.C fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do C.P.C.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato

atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do C.P.C, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos**, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do C.P.C).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJ/PB.

P.I.

Cumpra com urgência.

João Pessoa, 10 de fevereiro de 2020

Fernando Brasilino Leite

Juiz de Direito



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE JOÃO PESSOA
4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

D E C I S ã O

[SEGURO]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

PROCESSO Nº 0811011-43.2019.8.15.2003

AUTOR: ORRANEIS NUNES PADILHAS

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para o dia **22 de abril de 2020, às 14:00h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. 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 C.P.C fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do C.P.C.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato

atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do C.P.C, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita nos presentes autos**, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do C.P.C).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJ/PB.

P.I.

Cumpra com urgência.

João Pessoa, 10 de fevereiro de 2020

Fernando Brasilino Leite

Juiz de Direito