

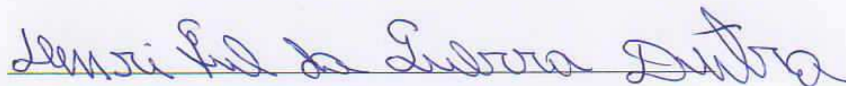
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: HENRIQUE DA GUERRA DUTRA, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF/FM sob nº 063.068.494-40, portador do RG nº 2891825 SSP/PB, residente e domiciliada no Sítio Pereiros de Baixo, s/n, cep. 58910-000, Zona Rural, São João do Rio do Peixe/PB.

POUTORGADO: Dr. Marcelo Bezerra Dantas, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB, nº 21.085, com escritório estabelecido na Rua Travessa Antônio Gonçalves, nº111, Térreo, Sala 01, Centro, São João do Rio do Peixe / PB, fone (83)9.98081976, e-mai: marcelobezerra.mb95@gmail.com.

Pelo presente instrumento o (a) outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais dispostos no art.105 do NCPC, quais sejam: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromisso ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, para fim especial de propor **AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT** em face da SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT SA.

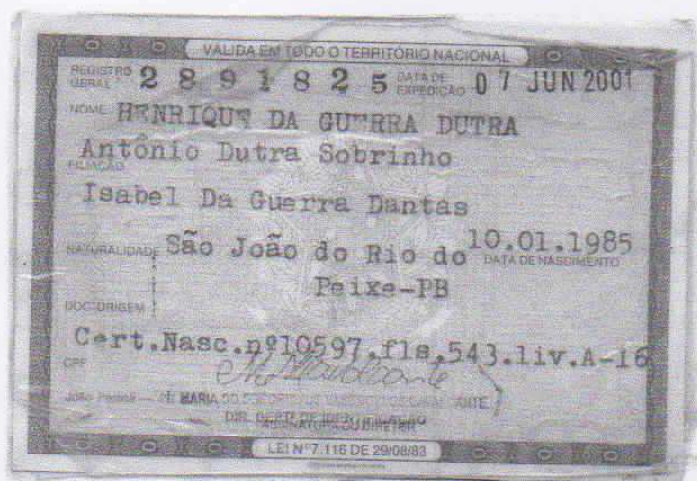
São João do Rio do Rio do Peixe - PB, 18 de janeiro de 2019



Outorgante

Rua Tabelaão José Cândido Dantas, nº 653, 1º andar, Centro, São João do Rio do Peixe/PB, CEP.: 58910-000, e-mail: marcelobezerra.mb95@gmail.com, Tel. (83)98081976.





DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: Nº 017.584.741



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

HENRIQUE DA GUERRA DUTRA
SIT PEREIRO S/N PEREIRO DE BAIXO
SAO JOAO DO RIO DO PEIXE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1677207-1

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

21/12/2018

CONSUMO

196

VENCIMENTO

26/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 139,12

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

HENRIQUE DA GUERRA DUTRA

Roteiro: 14-197-899-0840

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/12/2018

VENCIMENTO

26/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 139,12

MATRÍCULA

1677207-2018- 12-6



Assinado eletronicamente por: MARCELO BEZERRA DANTAS - 23/01/2019 15:11:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19012312023982600000018274170>

Número do documento: 19012312023982600000018274170

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**

Nº Sinistro: **3180139570**

Vítima: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**

Data do Acidente: **18/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180139570**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **18/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00863/00864 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13309278



Relatório Médico

Paciente Henrique da Guerra Dutra,
35a, com Recado de Queda de moto
há 24 dias, sobre o ombro direito.
Ao exame radiográfico apresenta
Fratura-Luxação posterior da
1/3 proximal do úmero, associado
a Head split. (Lesão gravíssima e
com prognóstico reservado).

Paciente necessita de tratamento
cirúrgico de urgência, com osteo-
síte com placa bloqueada.

09/11/17

Dr. Ulisses Silva Pereira
Traumato - Ortopedista
Cirurgia e Artroscopia do Ombro
CREMEC: 11317 TEOT 14491





Nome: HENRIQUE DA GUERRA DUTRA

LAUDO MÉDICO

O(a) paciente acima identificado encontra-se em seguimento contínuo neste consultório médico de especialidade em Ortopedia e Traumatologia, submetendo-se a tratamento para sequela de trauma no membro superior direito, trata-se de uma Fratura-Luxação posterior do Ombro direito, **não submetida a tratamento cirurgico.**

Foi indicado tratamento cirurgico com placa bloqueada de urgencia, porem o procedimento não foi realizado. Evoluiu com sequela grave.

Atualmente faz uso de analgesicos sob demanda, evolui com limitação grave do movimento, hipotrofia grave de musculatura, dor a qualquer movimento.

No momento tem indicação de artroplastia total/reversa de ombro direito para melhora da qualidade de vida.

Últimos Exames: com o(a) paciente.

Foi por mim avaliado nesta data e relata difícil controle algico apesar das medidas instituídas.

Sem mais, despeço-me respeitosamente e encaminho o paciente para Avaliação Médico-Pericial.

CID10:

S42.1 / T92.1

Cajazeiras, 01 de Agosto de 2018

Dr. Jamacir Ferreira Moreira
Ortopedista e Traumatologista
Título de Especialista pela SBOT
CRM-PB 8344

JAMACIR FERREIRA MOREIRA
CRM PB 8344

Rua Castro Alves, 38 - Centro (em frente ao Hospital Regional) Cajazeiras - PB
Agendamento de consultas: (83) 3531-7034 / 99112-9889 / 99628-7561
contato@clinicaortop.com.br - www.clinicaortop.com.br / ortopclinica



Nome: HENRIQUE DA GUERRA DUTRA

LAUDO MÉDICO

O(a) paciente acima identificado encontra-se em seguimento contínuo neste consultório médico de especialidade em Ortopedia e Traumatologia, submetendo-se a tratamento para sequela de trauma no membro superior direito, trata-se de uma Fratura-Luxação posterior do Ombro direito, **não submetida a tratamento cirurgico.**

Foi indicado tratamento cirurgico com placa bloqueada de urgencia, porem o procedimento não foi realizado. Evoluiu com sequela grave.

Atualmente faz uso de analgesicos sob demanda, evolui com limitação grave do movimento, hipotrofia grave de musculatura, dor a qualquer movimento.

No momento tem indicação de artroplastia total/reversa de ombro direito para melhora da qualidade de vida.

Últimos Exames: com o(a) paciente.

ESTA **INCAPACITADO** DE FORMA **TOTAL E PERMANENTE.**

Foi por mim avaliado nesta data e relata difícil controle algico apesar das medidas instituídas.

Sem mais, despeço-me respeitosamente e encaminho o paciente para Avaliação Médico-Pericial.

CID10:

S42.1 / T92.1

Cajazeiras, 30 de Agosto de 2018

Dr. Jamacir Ferreira Moreira
Ortopedista e Traumatologista
Médico de Especialidade pela SBOO
CRM-PB 8344

JAMACIR FERREIRA MOREIRA
CRM PB 8344



Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**

Sinistro: **3180139570**

Vítima: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**

Data do Acidente: **18/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180139570** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01363/01364 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12746246





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de São João do Rio do Peixe
Secretaria Municipal da Saúde
Hospital Municipal Cap. João Dantas Rothéa
58.910-000 Praça Cap. João Dantas Rothéa - 51 / Centro
CNPJ: 08.924.029/0001-71 CNES: 260369-1



PREFEITURA DE
SÃO JOÃO
DO RIO DO PEIXE
SAÚDE

Protocolo nº 54576 Data 18/10/17 Horário 14:35

ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR - CLASSIFICAÇÃO DE RISCO -

IDENTIFICAÇÃO/USUÁRIO

Nome do Usuário		Cartão SUS	
<u>Henrique da Silva Vieira</u>		<u>706307733226976</u>	
Nome da mãe		Nome do pai	
Sexo	Data de Nascimento	Idade	Estado Civil
☒ Masculino ☐ Feminino	<u>10/10/1985</u>	<u>32</u>	<u>Solteiro</u>
Profissão	Cidade	Bairro	
<u>Agricultor</u>	<u>S. J. R. Peixe</u>		
Endereço	Número		
<u>Peruvia</u>			

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS

Queixa Principal		Frequência Respiratória		Temperatura	Glicemia
		<u>16</u> l/min		<u>36,5</u> °C	<u>100</u> mg/dL
Pulso	Pressão Arterial	Drogas		Medicação usual	
<u>72</u> bpm	<u>120/80</u> mm/Hg				
Peso	Altura	Doença pré-existente		Alergias	
<u>65</u> kg	<u>1,70</u> m				
Nível de consciência		Nível de dor		Mucosas	
<u>Orientado</u>		<u>1</u>		<u>Normocorada</u>	
				<u>Pálida</u>	
				<u>Libre</u>	
				<u>Cadeira de Rodas</u>	
				<u>Muletas</u>	
				<u>Maca</u>	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Emergência ☐ Urgência ☐ Pouco Urgente ☐ Não Urgente ☐

ANAMNESE / MÉDICO

Último de Trauma por acidente automobilístico.
Falta de diagnóstico pelo carro e
lesões luxações de ombro e
coxa. RX

Feito acordo
com o
original
05.02.18

Dr. Jamaildo Padre
Diretor Administrativo
Hospital Municipal
Cap. João Dantas Rothéa

EXAMES REALIZADOS

EXAMES SOLICITADOS

RESULTADOS/EXAME

DIAGNÓSTICO

CID 10

MEDICAÇÃO
☐ PRESCRITA
☐ APLICADA

ENCAMINHAMENTO
☐ OBSERVAÇÃO
☐ TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO

☐ RESIDÊNCIA
☐ ÓBITO

Dr. Jamaildo Padre
Médico
CRM-PB 10558

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

Enfermeiro(a) / Carimbo

Gratifica 14 (14) 39033-3030 - Uirapuru-PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 010729757665

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 COO. RENAVAM: 0096913940-3 EXERCÍCIO: 2014
00/00000000

NOME: MARCILENE DANTAS VENCKSLAU

CPF/CNPJ: 21822722837

PLACA: MOA7314/PB

PLACA ANT./UF: NOVO PB CHASSI: 9C2JA04208R086934

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008

CAP/POT/CIL: 2 E/124 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM

VENC. COTA ÚNICA: 24/01/2014

VENC./COTAS: 1º

PAIXA (IPVA): *****

PARCELAMENTO/COTAS: 0

2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): *****

IOF (R\$):

PRÊMIO TOTAL (R\$):

DATA DE PAGAMENTO: 24/01/2014

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE TRANSITÓRIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

SOUZA-PB 14393

LOCAL:

DATA: 23/04/2014

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUACARDA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 010729757665 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO: 2014

CPF/CNPJ: 21822722837

PLACA: MOA7314/PB

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 010729757665 EXERCÍCIO: 2014 DATA EMISSÃO: 23/04/2014

VIA: 1 CPF/CNPJ: 21822722837 PLACA: MOA7314/PB

RENAVAM: 00969139403 MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB: 2008 CAT. TARIF: 9 Nº CHASSI: 9C2JA04208R086934

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ***** DENATRAN (R\$): ***** CUSTO DO SEGURO (R\$): *****

CUSTO DO BILHETE (R\$): ***** IOF (R\$): SEGURO PAGO

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 24/01/2014

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04
31054-1217513-20140423

JUN-2013

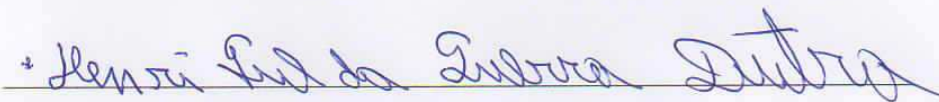


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Eu, **Henrique da Guerra Dutra**, brasileiro, união estável, agricultor, inscrito no CPF/FM sob nº 063.068.494-40, portador do RG nº 2891825 SSP/PB, residente e domiciliado no Sítio Pereiros de Baixo, s/n, cep. 58910-000, Zona Rural, São João do Rio do Peixe/PB, **DECLARO** para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que as minhas condições econômicas não permite demandar na **AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT** em juízo sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que pede o benefício da **JUSTIÇA GRATUITA**, nos termos do art. 5º, LXXXIV da Constituição da Federal de 1988 e da Lei nº 1.060/50.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 e seguintes da Lei nº 13.105/2015(Novo Código de Processo Civil).

São João do Rio do Peixe-PB, 18 de janeiro de 2019



Declarante



SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA HEMPRIQUE DA GUERBA DUTRA
 DATA DO ACIDENTE 10/10/2018 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 063068494-40

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovação das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

889800545
889800545

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) HEMPRIQUE DA GUERBA DUTRA
 Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 063068494-40
 E-mail marcelobezerra@seguradoralider.com.br Tel: (11) 33998081976
 Data 05/03/2018 Assinatura Marcelo Bezerra Dantas

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE
 Atendente PEDRO ANTONIO PEREIRA VIEIRA Matrícula 2475000-3
 Data: 05/03/2018 Assinatura [Assinatura]



SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA HENRIQUE DA GUERRA DUTRA
DATA DO ACIDENTE 18/10/13 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 06306849440

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

889800545

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) HENRIQUE DA GUERRA DUTRA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 06306849440
E-mail _____ Tel.: () _____
Data 26/04/13 Assinatura _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC SÃO JOÃO DO PO DO PERU
Atendente PEDRO ANTAS PEREIRA NETO Matrícula 342000-3
Data: 26/04/13 Assinatura: _____



SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA HENRIQUE DA SILVA DUTRA

DATA DO ACIDENTE 11/03/15 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 06308494 40

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptuários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

889800545

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirme os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) HENRIQUE DA SILVA DUTRA

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail _____ Tel.: () _____

Data 11/03/15 Assinatura Henrique da Silva Dutra

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC SÃO JOÃO DO RIO DO FEITE

Atendente PEDRO ANTONIO PEREIRA NETO Matrícula 84190008

Data: 11/03/15 Assinatura: [Assinatura]



SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA HECUNIQUE DA GUEINHA DUTRA

DATA DO ACIDENTE 18/10/2017 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 063.068.494-40

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

889800545

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) HECUNIQUE DA GUEINHA DUTRA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 063.068.494-40

E-mail _____ Tel.: _____

Data 06/04/2018 Assinatura Renato da Gueinha Dutra

Assinatura _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Ac. São João do Rio de Petre 185

Atendente Maria Vitoria Caporales Matrícula 5.478.432-2

Data: 06/04/2018 Assinatura: [Assinatura]

Chat

Gilberto	09:04:50	hr ➤	Bem-vindo(a) ao atendimento da Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT. Em que posso ajudar?
HENRIQUE DA GUERRA	09:05:01	hr ➤	BOM DIA
UTRA			
Gilberto	09:05:13	hr ➤	Bom dia, Sr. Henrique.
HENRIQUE DA GUERRA	09:05:22	hr ➤	INFORMAÇÃO DO SINISTRO
UTRA			
HENRIQUE DA GUERRA	09:05:42	hr ➤	Nº 3180139570
UTRA			
Gilberto	09:05:49	hr ➤	Por gentileza, informe o número do CPF e o nome completo do beneficiário para localizar o processo em sistema.
HENRIQUE DA GUERRA	09:05:57	hr ➤	HENRIQUE DA GUERRA DUTRA
UTRA	09:06:10	hr ➤	CPF
HENRIQUE DA GUERRA	09:06:33	hr ➤	06306849440
UTRA			
Gilberto	09:07:31	hr ➤	Vou precisar conferir algumas informações em sistema. Por gentileza, aguarde alguns instantes.
HENRIQUE DA GUERRA	09:07:46	hr ➤	Estou aguardando a carta com maiores informações sobre o indeferimento
UTRA			
Gilberto	09:09:23	hr ➤	Obrigado por ter aguardado. O processo de cobertura invalidez permanente, nº 3180139570, teve análise concluída e foi negado. Segundo o analista médico, que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido. Por esse motivo, o pedido de indenização foi negado.
HENRIQUE DA GUERRA	09:10:29	hr ➤	fiz pedido de cópia do processo e ainda não chegou!!
UTRA			
Gilberto	09:12:01	hr ➤	O senhor acessou o formulário que está disponibilizado no site https://www.seguradoralider.com.br/Pages/solicitacao-de-copia-de-processo-administrativo.aspx , colocou na parte inferior que necessita dos documentos e enviou pelos correios?
HENRIQUE DA GUERRA	09:13:19	hr ➤	sim, o pedido de cópia do processo foi enviado pelos correios em 19/10/2018
UTRA			
Gilberto	09:13:54	hr ➤	Qual o endereço?
HENRIQUE DA GUERRA	09:14:11	hr ➤	Do senhor?
UTRA	09:14:44	hr ➤	Sítio Pereiros de Baixo, Zona Rural, São João do Rio do Peixe/PB
Gilberto	09:16:19	hr ➤	Aguarde um momento, por gentileza, enquanto verifico.
HENRIQUE DA GUERRA	09:18:19	hr ➤	Estamos aguardando. Caso não haja nenhuma interação nos próximos 60 segundos, o atendimento será encerrado automaticamente.
UTRA	09:19:19	hr ➤	Também, a carta com mais informações do indeferimento não chegou
Gilberto	09:19:42	hr ➤	Obrigado por ter aguardado. Fiz a solicitação para o departamento responsável enviar a carta de finalização do processo para o endereço informado.
HENRIQUE DA GUERRA	09:20:45	hr ➤	Algo mais?
UTRA	09:20:57	hr ➤	E A CARTA DE INDEFERIMENTO?
Gilberto	09:21:34	hr ➤	O protocolo da solicitação, Sr. Henrique, do pedido da carta de negativa, é 22959523.
HENRIQUE DA GUERRA	09:21:59	hr ➤	A Seguradora Líder-DPVAT agradece o seu contato. Bom dia.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 75/2018

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data e Hora do fato: 18 DE OUTUBRO DE 2017 ÀS 16:29:22.

Local do Fato: SÍTIO PEREIRO DE BAIXO, SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE/PB

Autoridade Policial: James Cilkero Costa Torres



Notificante: HENRIQUE DA GUERRA DUTRA, RG 2891825 SSP/PB, CPF 063.068.494-40, FILHO DE ANTONIO DUTRA SOBRINHO E DE ISABEL DA GUERRA DANTAS, NASCIDO EM 10/01/1985, AGRICULTOR, NATURAL DE SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE/PB RESIDENTE: NO SÍTIO PEREIRO DE BAIXO, ZONA RURAL, SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE/PB.

QUE: O NOTIFICANTE, DEPOIS DE CIENTIFICADA DAS PENALIDADE COMINADAS AO ATR. 299 DO CPB, DECLAROU O SEGUINTE: QUE, O NOTIFICANTE NO DIA E HORA ACIMA CITADA VINHA NA GARUPA DE UMA MOTO QUANDO O MOTOQUEIRO DIMINUIU A VELOCIDADE DA MOTO PARA PASSAR EM UM QUEBRA MOLA; QUE; O NOTIFICANTE ENGANCHOU O PÉ NO MOTOR DA MOTO; QUE; O NOTIFICANTE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DA CIDADE DE SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE/PB ONDE FOI FEITO O PRIMEIRO ATENDIMENTO; QUE; O NOTIFICANTE DEPOIS DO PRIMEIRO ATENDIMENTO FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL DA CIDADE DE CAJAZEIRA/PB, ONDE FICOU CONSTATADO A FRATURA DA CABEÇA DO OMBRO DIREITO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA EM ANEXO..NADA MAIS A CONSIGNAR.

Depois de lido e achado conforme, Autoridade Policial encerrar o presente, assinado a autoridade com o noticiante e comigo escrevão que digitei.

São João do Rio do Peixe/PB, 28/02/2018.


Henri Guerra Dutra
(NOTIFICANTE)

James Cilkero Costa Torres
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO DA OCORRÊNCIA.



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**

Nº Sinistro: **3180139570**

Vítima: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**

Data do Acidente: **18/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180139570**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12588342

Pag. 00609/00610 - carta_01 - INVALIDEZ



00030305



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**
Nº Sinistro: **3180139570**
Vítima: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**
Data do Acidente: **18/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180139570**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00627/00628 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12590600



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**
Nº Sinistro: **3180139570**
Vítima: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**
Data do Acidente: **18/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180139570**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01259/01260 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12694931



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**

Nº Sinistro: **3180139570**

Vítima: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**

Data do Acidente: **18/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180139570**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01187/01188 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12782677



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**

Nº Sinistro: **3180139570**

Vítima: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**

Data do Acidente: **18/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180139570**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00829/00830 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12835438



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**
Nº Sinistro: **3180139570**
Vítima: **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**
Data do Acidente: **18/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180139570**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00517/00518 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12933365





CADASTRADO NO SISTEMA NO DIA: 13/11/2017

AIH DO MÊS DE:

--

Nome do Paciente

HENRIQUE DA GUERRA DUTRA

Município de Moradia do Paciente

SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE - PB / 58910-000 / 250070

Profissão

AGRICULTOR(A)

AIH	Prontuário	Mês de Atend.	Ano de Atend.
	1711110	OUTUBRO	2017

Idade	Sexo	RG	CPF	RN	Cart Trab	PIS/PASEP	Cartão SUS	Nº do Documento
32 anos	M	☐	☐	☐	☐	☐	☒	706307775276976

Endereço de Residência

SÍTIO PEREIRA DE BAIXO

Data da Internação	Dia da Alta	Dia(s) de Permanência	Atendimento SUS
19/10/2017	10/11/2017	22	x

Condições de Alta

ALTA POR OUTROS MOTIVOS (18)

Procedimento

0308010019 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA

CID

T111 FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, NIVEL NAO ESPECIFICADO

Médico Assistente - CRM - Matrícula

PALMERINDO ANTONIO TAVARES DE MENDOCA NETO - CRM 7961-PB

OBS

NÃO CONSTA A DATA NEM O MOTIVO DE ALTA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

terça-feira, 14 de novembro de 2017



ANEXO I

**SUS**Sistema
Único da
Saúde Ministério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

2 | 6 | 1 | 3 | 4 | 7 | 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Perceira de Guerra Brito

6 - N° DO PRONTUÁRIO

171110

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71061310717152761976

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/01/1985

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Isabel da Guerra Dantas

MASC. ☒ 11FEM. ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

Sítio Pereira do Baixo

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

São João do Rio do Peixe

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

250070

15 - UF

PB

16 - CEP

55911-000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃOAcidente com colisão (SIC) com dor,
deformidade e edema em a mão D.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

necessidade de Hx cirúrgica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ameaça + Exame físico + Raio X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura do ulna proximal D. SIC

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução + Fixação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0310801100119

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ortopedia Urgência

() CNS

(X) CPF

000303050540

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Palmerino

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/10/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Palmerino Mendonça
Ortopedia e Traumatologia
CRM de 21519 / CRM de 7351**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNA (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

13/11/17

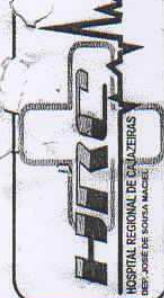
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Palmerino
CRM: 2539

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



DR1066



Estado da Paraíba Hospital Regional de Cajazeiras

INFORMAÇÃO

Informo para os devidos fins, perante o auditor que apresentei o documento

Registro Geral + N.º 28.918.25 / 35P/PB.

Nome Henrique da Queiroz Dutra

Cartão Nacional de Saúde (CNS) 710161310717171572176191716

Data Nascimento 10 / 01 / 1985 Residente à (Rua, Av.) Sítio

Primo de Bando N.º Bairro

Cidade São João do Rio UF PB Segurado ou Dependente

Isabel da G. Santos Grau Parentesco mãe

no qual dou fé

Cajazeiras, 19 / Outubro 2017

Vanila Giovanna

Funcionário Responsável

Isabel da Queiroz Dutra

Paciente Responsável

Ofício / DEAL (03) 3531-2442



[illegible]

Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba
Hospital Regional de Cajazeiras

CLÍNICA CIRÚRGICA

Serviço do Dr. _____ Observação N° _____
Nome: Flamiano de Guerra Dantas Filho de: Antônio
Neto Salim e de Isabel da Guerra Dantas
Residência: Sítio Pereira de Barros - S.J.R. Roca Idade: 32 a
Cor _____ Sexo M Estado Civil Solteiro
Naturalidade São João R. Roca Profissão: Agricultor
Internado em 19 de 10 de 17.

Anamnese: (Histórico da moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Acidente muito doloroso (SIK) nos dois
deformidade e encurtamento no membro (D).

Exame Objetivo: (Inspeção geral, exame de região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Exames Complementares: (Raios X, Laboratório)

Diagnóstico: fratura da tíbia do membro inferior (D).





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Leito: 03 Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
10/11/14	1) Dose 6mg 2) 56 mg/ml em 8/8h 3) Cetoprofeno 100mg Am/Noit 4) Diprospan 3 amp 6/6h 5) Omeprazol 40mg 1x/Noit 6) Clav D 200V		Fratura - Luxação quadril ca. 10mmHg 60x90
			Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-521702

Num. 18789982 - Pág. 1



Nome Henrique da Guerra Idade 18 Inf. 1 Leito 1

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome Henrique da Gueixa Dutra Idade 43 Enf. 137 Leito 03

Data	Hora	A n o t a ç õ e s	Temp.	Pulso	Respiração	Pres. Art
CONT. 07/11/17	07:00	orientado no tempo e no espaço, SSVV preservados, desambulando, aceitando dieta prescrita, eliminações presentes e normais, sem prejudicados.	/	/	/	/
		Quixando-se de dor MSD. Aluno Cte/ETSC-UFPE-Francisco Martins.				
07-11-17	20:00	SSUV ———	36.5°C	76	19	120x80
08-11-17	10:00	SSUV ———	35.8	—	—	110x70
		Paciente em pré-operatório de fratura de tíbia D, em FCR, consciente, orientado, verbalizando, desambulando, sono e repouso prejudicados, aceita dieta oferecida, eliminações vesical e intestinal presentes, segue medicado CPM.				
		SSUV ———				Amoriz/411544
09-11-17	14:00	SSUV ———	36	80	19	110x80
		Paciente evolui consciente, orientado verbalizando, desambulando, aceita dieta oferecida, eliminações presentes (av), segue medicado CPM.				Paroufela

Gráfica IDEAL (83) 3531-2442



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome: WENIQUE DE GUERRA OLIVEIRA Enf.: 117 Leito: 04

DATA	HORA	
19.10.17	12:25	Paciente admitido no setor vítima de acidente de moto com deformidade em ombro D. Ao exame: consciente, orientado, verbalizando, deambulando, eufórico, normotenso, normocárdico (sic) eliminações presentes, dieta preservada, sono e repouso prejudicados. Segue sob cuidados da equipe.
19.10.17	11:45	Paciente no 1º DTA, EGB, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceitando dieta oral, normotenso, sono e repouso preservados. Eliminações intestinais e urinárias presentes (sic) eufórico, afébril, normocárdico, normotenso. Medicado com, segue sob os cuidados da equipe.
19/10/17	13:00	Paciente admitido no setor vítima de acidente de moto com deformidade em ombro D. Ao exame: consciente, orientado, verbalizando, deambulando, eufórico, normotenso, normocárdico (sic) eliminações presentes, dieta preservada, sono e repouso prejudicados. Segue sob cuidados da equipe.
20.10.17		Paciente no 1º DTA, EGB, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceitando dieta oral, normotenso, sono e repouso preservados. Eliminações intestinais e urinárias presentes (sic) eufórico, afébril, normocárdico, normotenso. Medicado com, segue sob os cuidados da equipe.
21.10.17	09:00	Paciente no 1º DTA, EGB, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, aceitando dieta oral, normotenso, sono e repouso preservados. Eliminações intestinais e urinárias presentes (sic) eufórico, afébril, normocárdico, normotenso. Medicado com, segue sob os cuidados da equipe.

Cidade de Cajazeiras, Paraíba
ENFERMEIRA
COREN - PB 320.965

Enfermeira
COREN - PB 320.965

120052



Nome: Thiague de Jesus Dutra Inf.: 117 Leito: 03





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

1º Cartório de Notas e Registro de Imóveis

CNPJ: 08.309.270/0001-90

São João do Rio do Peixe/PB - Serventia Extrajudicial

Titular: Belª Eliana Oliveira de Sousa Coutinho

Tabeliã e Registradora

Escrituras, Procurações, Divórcio, Inventários e Partilha, reconhecimento de firmas, autenticações e etc.

CERTIDÃO NEGATIVA DE BENS

CERTIFICO - autorizado pela Lei, a pedido verbal de pessoa interessada e para fins de direito, que revendo os livros, autos e papéis deste 1º Cartório de Notas e Registro Geral de Imóveis desta Comarca de São João do Rio do Peixe/PB, findos e em andamento, deles constatei a **INEXISTÊNCIA** de bens imóveis registrados neste Cartório em nome de **HENRIQUE DA GUERRA DUTRA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade RG nº 2891825-SSP/PB e inscrito no CPF sob nº 063.068.494-40, residente no Sítio Pereiros, deste município e Comarca de São João do Rio do Peixe/PB. É que constatei dos livros deste Cartório.

O certificado é verdade e dou fé.

São João do Rio do Peixe/PB, em 27 de abril de 2018.

Maria do Socorro Rozimary e Silva
Maria do Socorro Rozimary e Silva
 ESCRIVENTE AUTORIZADA
 SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE-PB

1º TRIBUNAL DE REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS
 E REGISTRO DE SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE-PB
 CNPJ: 08.309.270/0001-90
 ELIANA OLIVEIRA DE S. COUTINHO TITULAR
 MARIA DO SOCORRO ROZIMARY E SILVA - ESCRIVENTE
 RUA JACOB FRANTZ, 76 - FONE: 3535-2226
 SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE-PB

Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO

Tipo Normal B

CERTIDÃO NEGATIVA

AGU70152-M498

Confira os dados do ato em

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emolumentos R\$: 23,70

FAREN R\$: 1,27 FEPJ R\$: 4,36

RUA JACOB FRANTZ, 76, CENTRO - São João do Rio do Peixe-Paraíba - Fone: 83 3535-2226 FAX: 83 3535-2226
 VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO



MJSN

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que eu, **Henrique Da Guerra Dutra**, brasileiro, sôa joão do rio do peixe-pb, **Sítio pereiros, N: S/N, Bairro:Zona Rural, RG:2891825, CPF:063.068.494-40**, o mesmo não possui veículo.

Atenciosamente,

São João do Rio do Peixe-PB, 26/04/2018

Erivelton rodrigues soares
Matrícula:2001-0

Erivelton Rodrigues Soares
CHEFE DE POSTO DO DETRAN
20010 S JOÃO DO RIO DO PEIXE-PB

CNPJ 09.188.376/0001-46 - Rua Emilia Batista Celane - S/N - Mangabeira VII - João Pessoa - CEP: 58058-280
Fone: 0xx 83 3216 2500 - Fax: 0xx 83 3216 2503 - site- www.detrان.pb.gov.br



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
28/04/2018 -- AUTO-ATENDIMENTO -- 08,37,38
144973308

SAQUE DE BENEFICIO - INSS PAGTO BENEFICIO

CLIENTE: HENRIQUE DA GUERRA DUTRA
AGENCIA: 1449-4 BENEFICIO: 102.793.805-9

VALOR DO SAQUE.....: R\$ 950,00

SALDO REMANESCENTE..: R\$ 10,00

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA MISTA DA COMARCA
DE SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE - PB

Processo nº: 0800037-80.2019.8.15.0051

Henrique da Guerra Dutra, já qualificado nos autos do processo em epigrafe, vem
perante Vossa Excelência, juntar guia de custas NÃO PAGA, doc em anexo.

Neste termos,
pede e espera deferimento.

São João do Rio do Peixe /PB 23 de janeiro de 2019

Marcelo Bezerra Dantas
Advogado OAB/PB 21085



 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: 005.2.19.00027/01
			Data de emissão: 23/01/2019
Nº do Processo:	Comarca: Sao Joao do Rio do Peixe	Classe Processual: PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7	Data de vencimento: 31/01/2019
Número da guia: 005.2019.600027 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,41
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 988,20 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.204,05
			Desconto total: R\$ 0,00
866500000124 040509283186 520190131000 521900027017 			Valor final: R\$ 1.204,05

 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: 005.2.19.00027/01
			Data de emissão: 23/01/2019
Nº do Processo:	Comarca: Sao Joao do Rio do Peixe	Classe Processual: PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7	Data de vencimento: 31/01/2019
Número da guia: 005.2019.600027 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,41
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 988,20 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.204,05
			Desconto total: R\$ 0,00
866500000124 040509283186 520190131000 521900027017 			Valor final: R\$ 1.204,05

 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: 005.2.19.00027/01
			Data de emissão: 23/01/2019
Nº do Processo:	Comarca: Sao Joao do Rio do Peixe	Classe Processual: PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7	Data de vencimento: 31/01/2019
Número da guia: 005.2019.600027 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,41
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 988,20 - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.204,05
			Desconto total: R\$ 0,00
866500000124 040509283186 520190131000 521900027017 			Valor final: R\$ 1.204,05





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 005.2019.600027

Data Vencimento: 31/01/2019

Data Emissão: 23/01/2019

Comarca: Sao Joao do Rio do Peixe

Classe: PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7

Promovente: HERIQUE DA GUERRA DUTRA

Promovido: SEGURADORA DOS CONSOCIOS DPVAT SA

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 12,00

Custas: R\$ 988,20

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.202,70

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.





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de São João do Rio do Peixe

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800037-80.2019.8.15.0051

DESPACHO

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, **deixo de designar a incontinenti audiência** de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

3. **CITE-SE/INTIME-SE** a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.

4. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

5. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste **no prazo de 15 (quinze) dias** (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, **no mesmo prazo**, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

6. **NOMEIO** o a Dra. **Rosana Bezerra Duarte de Paiva**, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.

7. Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intemem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica, cientificando ao autor que a ausência injustificada ao ato importará julgamento da lide sem a produção da prova pericial.

8. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes



questos do Juízo: a) O(a) autor apresenta lesão em seu corpo? b) Em qual membro? c) A lesão lhe causa debilidade ou comprometimento de funções? d) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas? e) A(s) lesão(ões) apresentada(s) são compatíveis com as consequências do acidente de trânsito alegado na petição inicial?

9. Após a apresentação do laudo pericial, intem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

10. Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do *expert*.

11. Sem prejuízo das providências determinadas acima, certifique-se se há processo contendo a mesma causa de pedir (mesmo acidente) e com o mesmo pedido em trâmite ou arquivado.

12. Em seguida, venham os autos conclusos.

13. Intem-se do inteiro teor deste despacho.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

São JOão DO RIO DO PEIXE_**, 10 de maio de 2019.

Juiz(a) de Direito

