

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Hamilton Silva, brasileiro (a),  
União Estável, Estuzador, inscrito no CPF sob nº 806.104.124-34

podendo ser intimado (a) na Rua  
: Aroejado Lisboa, nº 901, Bela Vista, Campina Grande Paraíba.

Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção da palavra.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Campina Grande - Paraíba, 14 de Janeiro de 2020

⇒ Hamilton Silva

Declarante.



## - CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante: Hamilton Silva, brasileiro,

União Estevel, Estuizaden, inscrito no CPF sob nº 806.104.124-34, podendo ser intimado na Rua Advogado Lisboa, nº 901, Bela Vista, Campina Grande - Paraíba,

contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB 6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Campina grande - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;

2- A parte contratante, não pagara qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo, da causa, firmados na cláusula- *ad exitum* (quando o pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsara, quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida;

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, devera a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (trinta por cento) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer duvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Campina Grande - Paraíba;

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Campina Grande - Paraíba, 14 de Janeiro de 2020

⇒ Contratante: Hamilton Silva

Contratado: \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_



## PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE Hamilton Sebea  
brasileiro (a), União Estável, Estudante inscrito no CPF sob nº  
806.104.124-39, podendo ser intimado (a) na Rua:  
Araújo Lisboa, nº 901, Bela Vista, Campina Grande

- Paraíba, neste ato nomeia e constitui como seu bastante procurador e advogado

### OUTORGADO(S)

Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, com escritório profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, com os poderes especial de patrocinar defesa do outorgante junto a processo junto a Comarca de Campina Grande - Paraíba, podendo os outorgados, requererem o que necessário for junto a quaisquer órgãos administrativos, judiciais para tanto, praticar todos os atos, constantes da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**, para o foro em geral, para defender o outorgante, bem como em qualquer órgão do Poder Judiciário e/ou extrajudicialmente, em qualquer grau de jurisdição, e diante de qualquer ente/órgão da Administração Pública direta e indireta, INSS, podendo, para tanto, propor ação e dela variar, contestar, recorrer, requerer, embargar, transigir, passar recibos, receber e dar quitação, desistir, renunciar, firmar acordos, requerer o benefício da gratuidade judiciária e tudo o mais praticar a bem do completo e fiel patrocínio de toda e qualquer pretensão do outorgante, podendo ainda levantar, receber, dar quitação, inclusive o "alvará judicial", decorrente da presente demandada, substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, se lhe convier, dando o outorgante tudo por bom, firme e valioso, como se por ele houvesse sido praticado.

Campina Grande - Paraíba, 14 de Janeiro de 2020

⇒

Emmanuel Sebea

Outorgante





## DECLARAÇÃO DE ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA- PESSOA FÍSICA

Eu, Hamilton Silva; Carteira  
de Identificação RG: 2.223.452, órgão expedidor: SSP, UF: PB;  
CPF: 806.104.124-34; residente no endereço:  
Aruapado Lisboa, nº 901, Bela Vista, Campina Grande - Paraíba.  
declaro que sou isento de declarar o imposto de renda pelo motivo de possuir baixa renda. Declaro ainda que  
esta declaração segue em conformidade com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864 de 25 de julho de  
2008, relatando que deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir de 2008; também segue em  
conformidade com o previsto na Lei nº 7.115/83 relatando que a isenção poderá ser comprovada mediante  
de declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Declaro ser verdade todo o exposto acima.

Campina Grande - Paraíba, 14 de Janeiro de 2020.

Hamilton Silva  
Assinatura do declarante.

### DAI – DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO.

Por Assessoria de Comunicação Social — publicado 26/02/2016 10h54, última modificação 28/06/2019  
:10h29.

Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi  
instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).

A Instrução Normativa RFB 864/2008 extinguiu a Declaração de Isento a partir de 2.008, sendo substituída  
pela Declaração da Lei Federal 7.115/1983.









Emissão: 14/09/2018 Referência: Set / 2018 ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA BRUNO MORAES SILVA Sucesso - Três Irmãs - Camoim Grande / PB - CEP 58423-700  
Roteiro: 8-401-472-470 Nº medidor: 00008003227 CNPJ: 06.926.596/0001-95 Insc.Est.: 16.003.839-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº001.872.132  
Cód. para Deb. Automático: 00000234534

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPI/ RANI
Set / 2018	14/09/2018	17/10/2018	219.709.044-63 1005 Set

UC (Unidade Consumidora): 4/23453-4

### Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/08/18	18785	14/09/18	18881	1	116	29

### Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifc	Dedutivos				Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc.	Pct(R\$)	Cofre(R\$)
				Valor	Base Calc.	Aliq.	ICMS(R\$)						
				Tributos Totais(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pct/Coefice(R\$)						
0601	Consumo até 50W/h-BR	30,000	0,245130	7,35	7,35	27	1,98	7,35	0,05	0,26			
0601	Consumo - 31 a 100W/h-BR	70,000	0,420230	29,41	29,41	27	7,94	29,41	0,23	1,00			
0601	Consumo - 101 a 220W/h-BR	19,000	0,630370	19,08	19,08	27	2,72	19,08	0,07	0,34			
0601	Adic. B. Vermelha			4,85	4,85	27	1,32	4,85	0,03	0,16			
0610	Subsidio			40,76	40,76	27	11,00	40,76	0,30	1,38			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS													
0607	CONTRIB. ILUM. PUBLICA			6,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
0604	JUROS DE MORA 06/2019			0,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
0605	MULTA 06/2019			1,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
0605	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019			0,39	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
0606	Devolução Subsidio			-28,67	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	72,34	92,45	24,96	92,45	0,68	3,14
--------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)

## VENCIMENTO

**TOTAL A PAGAR**

21/09/2018

R\$ 72,84

### Histórico de Consumo (kWh)

121	129	120	117	144	144	136	152	138	139	143	118
Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

## RESERVADO AO FISCO

39f8.fc20.0297.5126.366b.45eb.db89.ddd5.

## Indicadores de Qualidade 7/2018 - Alto Branco

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	5,55	0,00	NOMINAL	220
DIC TRIMESTRAL	11,10			
DIC ANUAL	22,21			
FIC MENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA	202
FIC TRIMESTRAL	9,96		10% ACIMA DO	
FIC ANUAL	19,93		LIMITE SUPERIOR	231
DMG	3,20	0,00		
DICRI	12,22			

### Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/BO	9,80	13,44
Compra de Energia	19,27	26,46
Serviço de Transmissão	2,38	3,27
Encargos Setoriais	4,15	5,70
Impostos Diretos e Encargos	37,24	51,13
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>72,84</b>	<b>100,00</b>

Valordio EUSD (Ref. 7/2012) R\$20.14

## ATENÇÃO

\* Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$28,07

### Faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 21/01/2020 15:20:59

<http://pie.tipp.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012115205877500000026623358>

Número do documento: 20012115205877500000026623358

Num. 27591967 - Pág. 1

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

10/10/2018 HORA: 14:53:12  
DATA EFETIVACAO: 10/10  
CONVENIO: 000634247  
OPERADOR: 002

AGENCIA: 0737  
CONTA: 013.00101722-4  
NOME: HAMILTON SILVA

VALOR: 5,00

COD. OPERACAO: 826212884

2018-10-10-14.53.37.0599  
92DISQUE CAIXA - 0800 72  
6 0101 OUVI

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A  
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M  
OSCONTA MARCADA PARA RECEBIMENTC  
SITO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AC  
S.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**Nº00294.01.2018.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1:** LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

**Data da Ocorrência:** 25/07/2018

**Hora:** 13:08:00

**Forma da Comunicação:** Verbal

**Endereço:** Rua Portugal, Bodocongó, Campina Grande, PB.

**Ponto de referência:** Perto da Acdd

**PARTE(S)**

VITIMA	<b>Nome:</b> Hamilton Silva
	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Alzira Maria da Silva e José Félix da Silva
	<b>Idade:</b> 54 <b>Data de Nascimento:</b> 12/07/1964 <b>Identidade de Gênero:</b> masculino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Campina Grande
	<b>Estado Civil:</b> união estável
	<b>Escolaridade:</b> Não informado <b>Profissão:</b> Estufador
	<b>Cargo:</b> Não informado <b>Matrícula:</b> Não informado
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 806.104.124-34
	<b>Endereço:</b> Rua- Arrojado Lisboa, 901, Bela Vista, Campina Grande, PB
TESTEMUNHA	<b>Complemento:</b> Não informado
	<b>Ponto de referência:</b> Perto da Ufcg
	<b>Telefone:</b> (83) 98823-9960
	<b>Nome:</b> Lúcia de Fátima Silva Barros
	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Alsira Maria da Silva e José Félix da Silva
	<b>Idade:</b> 62 <b>Data de Nascimento:</b> 05/07/1956 <b>Identidade de Gênero:</b> feminino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Campina Grande
	<b>Estado Civil:</b> casado(a)
	<b>Escolaridade:</b> Não informado <b>Profissão:</b> Do Lar
	<b>Cargo:</b> Não informado <b>Matrícula:</b> Não informado
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 237.055.404-59
	<b>Endereço:</b> Rua Vicente Gomes de Almeida, 164, Bodocongó, Campina Grande, PB
	<b>Complemento:</b> Não informado
	<b>Ponto de referência:</b> Perto do Posto Xavante
	<b>Telefone:</b> (83) 98892-2504



Procedimento Policial: 00294.01.2018.2.00.420







TESTEMUNHA

**Nome:** Valdir Pereira da Silva  
**Conhecido por:** Não informado  
**Filiação:** Ana Pereira da Silva e Valdemar Alexandrino da Silva  
**Idade:** 45 **Data de Nascimento:** 23/09/1972 **Identidade de Gênero:** masculino  
**Nacionalidade:** brasileira **Naturalidade:** Campina Grande  
**Estado Civil:** casado(a)  
**Escolaridade:** Não informado **Profissão:** Mototaxista  
**Cargo:** Não informado **Matrícula:** Não informado  
**Documentos(s) de Identificação:** CPF nº 872.361.844-20  
**Endereço:** Rua Vicente Gomes de Almeida, Bodocongó, Campina Grande, PB  
**Complemento:** Não informado  
**Ponto de referência:** Perto do Posto Padre Cicero  
**Telefone:** (83) 98851-7963

#### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Traxx, modelo JL 50 Q-2, tipo de veículo Ciclomotor, cor Preta, ano 2010, placa OGE-7173, chassi 951BXKBB1AB007029, renavam 0108110971-5

#### DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

#### HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor Traxx, Ano/Modelo 2010/2010, cor preta, Placa OGE-7173-PB, Chassi de N° 9518XKBB1AB007029, licenciada em nome de Hamilton Silva, quando trafegava na rua Portugal, bairro de Bodocongó, momento em que passou uma marcha erra na moto, perdeu o equilíbrio, vindo a cair ao solo e sofrido fratura exposta do 2º dedo do pé direito, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

**Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.**



Procedimento Policial: 00294.01.2018.2.00.420

2/3



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA




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



Campina Grande/PB, 19 de setembro de 2018.

  
\_\_\_\_\_  
LUCIANO BEZERRA SERRA SECA  
Delegado(a) de Polícia Civil

  
\_\_\_\_\_  
HAMILTON SILVA  
Noticiante

  
\_\_\_\_\_  
ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00294.01.2018.2.00.420

3/3





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748470708  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 0108110971-5 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2017

NOME HAMILTON SILVA

CPF / CNPJ 80610412434

PLACA OGE7173/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB

CHASSI 951BXKBB1AB007029

ESPÉCIE TIPO PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO TRAXX/JL50 Q2

ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 2 P/49

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IPVA ISENTO

VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

VENC. / COTAS 1ª

AFADIA/ BVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO 01/11/2017

SEGURO OBRIGATORIO

SEM RESERVA DE DÍMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL CAMPINA GRANDE - PB

DATA 01/11/2017

32875

32468

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

PB Nº 013748470708 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 01/11/2017

VIA 1

CPF / CNPJ 80610412434

PLACA OGE7173/PB

RENAVAM 01081109715

MARCA / MODELO TRAXX/JL50 Q2

ANO FAB. 2010

CAT. TARIF. 9

Nº CHASSI 951BXKBB1AB007029

PRÊMIO TARIFÁRIO

\*\*\* ENS (R\$)

\*\*\* DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 01/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

32468-1000163-20171101



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 21/01/2020 15:21:02

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012115210118800000026623362

Número do documento: 20012115210118800000026623362





Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 25/7/2018	HORA: 13:08 HRS	ID Nº: 1712899
NOME:	HAMILTON SILVA	
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO	
LOCAL:	RUA: PORTUGAL - BODOCONGÓ	
COMPLEMENTO:	EM FRENTE AO AÇUDE	
CIDADE:	CAMPINA GRANDE / PB	
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Campina Grande, 18 de setembro de 2018.



  
Paulo Alexandre B. Nascimento  
SUPERVISOR

SAMU 192-CG  
Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191









GOVERNO  
DA PARÁIBA

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

SAMU

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Amilton Silva		
End:	R. Aécio Gomes de Almeida	Bairro:	Romãdinha I
Data de Nascimento:	56 anos	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. Jato	Data do Atend.: 25/04/18	Hora: 13:50 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim ( ) Não		

### Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação:	( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca		

MOD. 110

### Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento até 2 horas

OREN-PB 448.575-ENF

Assinatura e carimbo do profissional





EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCC-Painel Administrativo

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_:\_\_\_\_ hs

( ) Centro cirúrgico

( ) Internação (setor)

( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia

1 ( ) Decisão Médica

( )óbító

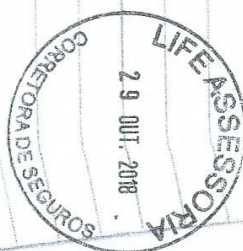
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

**SI RVIÇOS REALIZADOS:**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDA DE



# 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: 0394383-18 CPF da vítima: 806.104.124-34 Nome completo da vítima: HAMILTON SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: HAMILTON SILVA CPF: 806.104.124-34  
Profissão: ESTUFADOR Endereço: Rua ALOJADO LINSO Número: 901 Complemento: CASA  
Bairro: BELA VISTA Cidade: CAMPINA GRANDE Estado: PARAIBA CEP: 58.400-840  
E-mail: BALBINO.CG@HOTMAIL.COM Tel (DDD): (83) 99829-8855

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

RENTA 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)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0737 CONTA: 101722 (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda 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  
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, \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA HAMILTON SILVA

DATA DO ACIDENTE 25/07/2018 CPF DA VÍTIMA 806.104.124-34

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É HAMILTON SILVA

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Afonso Lisboa

Nº 301 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Bela Vista

CIDADE Camânia - GO UF Paraná CEP 58.400-840

E-MAIL BatibatoCEO@hotmail.com TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/10/2018

IDENTIDADE 2223452

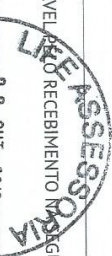
ASSINATURA Emmanuel S. Ferreira

### RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA



DATA 29 OUT. 2018


NOME

ASSINATURA





 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> 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)			<b>Número do boleto:</b> 001.5.20.00693/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Campina Grande	<b>Classe Processual:</b> ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	<b>Data de emissão:</b> 21/01/2020
<b>Número da guia:</b> 001.2020.600693 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/01/2020
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 101,84 <b>Promovente:</b> HAMILTON SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 50,92 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Despesas processuais com mandados: R\$ 58,46 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,92
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 224,57
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866900000021 245709283189 520200131008 152000693019 			<b>Valor final:</b> R\$ 224,57

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> 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)			<b>Número do boleto:</b> 001.5.20.00693/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Campina Grande	<b>Classe Processual:</b> ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	<b>Data de emissão:</b> 21/01/2020
<b>Número da guia:</b> 001.2020.600693 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/01/2020
<b>Promovente:</b> HAMILTON SILVA <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,92
<b>Detalhamento:</b> - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Cartas: R\$ 12,00 - Despesas processuais com mandados: R\$ 58,46 - 1x Intimação (BELA VISTA): R\$ 58,46			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 224,57
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 224,57

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> 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)			<b>Número do boleto:</b> 001.5.20.00693/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Campina Grande	<b>Classe Processual:</b> ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	<b>Data de emissão:</b> 21/01/2020
<b>Número da guia:</b> 001.2020.600693 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 31/01/2020
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 101,84 <b>Promovente:</b> HAMILTON SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 50,92 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Despesas processuais com mandados: R\$ 58,46 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,92
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 224,57
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866900000021 245709283189 520200131008 152000693019 			<b>Valor final:</b> R\$ 224,57





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

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 001.2020.600693

**Data Vencimento:** 31/01/2020

**Data Emissão:** 21/01/2020

**Comarca:** Campina Grande

**Classe:** ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65

**Promovente:** HAMILTON SILVA

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

**Valor da Causa:** R\$ 1.000,00

**Despesas Processuais:** R\$ 70,46

**Custas:** R\$ 101,84

**Taxa:** R\$ 50,92

**Total da Guia:** R\$ 223,22

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**  
**ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMARCA DE CAMPINA GRANDE – 10ª VARA CÍVEL**

Processo nº 0800916-09.2020.8.15.0001

**DESPACHO**

Visto etc.

**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 art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do NCPC, que poderá ser apazada em outro momento, na forma do art. 139, V, deste Diploma.

3. **CITE-SE** a parte requerida, por carta com AR, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias, nos termos do art. 335 do NCPC, sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do NCPC). Voltando o AR negativo, cite-se por oficial de justiça, uma vez recolhidas as custas respectivas, se for o caso, inclusive intimando-se para tanto, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de indeferimento da inicial.

**4. Apresentada contestação, CONCLUSOS os autos para DESIGNAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA OFICIAL..**

Diligências necessárias.

Campina Grande, data eletrônica.

**Wladimir Alcibíades Marinho Falcão Cunha**

**Juiz de Direito**





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**10ª Vara Cível de Campina Grande**

( )

Nº do processo: 0800916-09.2020.8.15.0001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**MANDADO DE CITAÇÃO**

O MM. Juiz de Direito da 10ª Vara Cível de Campina Grande manda que em cumprimento a este **CITE-SE** a parte promovida **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, por seu representante legal**, de todo o teor da exordial, constante no ID nº 27591950, e para, querendo, **no prazo de 15(quinze) dias, oferecer resposta, sob pena de revelia.**

Advirta-se, outrossim, de que **em não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial**, constante no ID nº 27591950.

Campina Grande, em 19 de março de 2020.

*De ordem, RAFAEL SILVA DE MEDEIROS*

*Analista judiciário*

*Matrícula nº 477.527-9*

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:**

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

**NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:**

XXXXXXXXXXXXXX

