



Número: **0802786-15.2019.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **13/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO (AUTOR)</b>	<b>EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32977 521	06/08/2020 12:40	<a href="#"><u>2740757_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180274011**  
Vitima: **SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO**  
Data do Acidente: **03/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180274011**.

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 12974741



---

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **SUELÍ FRANCISCA DO NASCIMENTO**

**Sinistro:** **3180274011**  
**Vítima:** **SUELÍ FRANCISCA DO NASCIMENTO**  
**Data do Acidente:** **03/09/2017**  
**Cobertura:** **INVALIDEZ**  
**Procurador:** **EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA**

**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 **3180274011** 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](http://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**



---

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **SUELIO FRANCISCA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180274011**  
Vitima: **SUELIO FRANCISCA DO NASCIMENTO**  
Data do Acidente: **03/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador **EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180274011**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/09/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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. 00595/00596 - carta\_04 - INVALIDEZ





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pal, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pal, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

050.510.494-58

Nome completo da vítima

Sueli FRANCISCA DO N. PAES

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES	050.510.494-58	AGRICULTORA
Endereço	Número	Complemento
R. PROJETADA, SIN. 16, 28, L 19	31N	BONJ. N. SRA. PENHA
Bairro	Cidade	CEP
SATELITE	MAMANGUAPES	58.280.000
Email	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	SINCOR/PB	
0044	111.880 5	14 JUN. 2018	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todas as bancos)			
BANCO Nro.			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	Nro.	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

MAMANGUAPES, 40 de MAIO de 2018

Lugar e Data

Sueli Francisca do Nasciment Paes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Lotérias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Após  
130-873965121-3

10/MAI/2018 HORA DF 08:23:41

LOT. 13.021636-4 TERM 045621  
LOCALIDADE: MAMANGUAPE  
AG. VINCULADA: 0044 CONTROLE: 130100148

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPO CAIXA FÁCIL

NOME: SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO  
AGÊNCIA: 0044  
OPERAÇÃO: 013  
CONTA-DV: 000.000.111.000-5  
DATA DA ABERTURA: 10/05/2018

LOTERIAS CAIXA

130-873965121-3

1ª VIA

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

14 JUN. 2018





# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2018

Ocorrência nº. 0747/2018

Aos 27 dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). **SIMONE QUIIRNO DE SÁ MACIEIRA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, ai, por volta 14h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**SUELÍ FRANCISCA DO NASCIMENTO**, conhecido por , Identidade nº 2286872-SSP/PB, CPF nº 05051079458, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Jose Francisco Do Nascimento E Maria Das Neves Dos Santos, natural de Caicara/PB, nascido(a) em 11/03/1982 (36 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada,Satelite, tendo como ponto de referência: , na cidade de MAMANGUAPE-PB, fone(s) para contato: (83) 93894844.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRANSITO**;

2) DATA DO FATO: 03 de setembro de 2017;

3) HORÁRIO: 23h:0min;

4) LOCAL: RUAS DO PLANALTO nº , bairro: PLANALTO - MAMANGUAPE/PB.

5) DESCRIÇÃO DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S):

QUE a comunicante na hora e local acima citado foi vitima de um acidente de transito, onde caiu ao passar num "QUEBRA MOLAS" e perder o equilibrio;QUE a comunicante estava pilotando a motocicleta de PLACA:OX07273/PB conforme a copia do CRLV em anexo;QUE a comunicante foi socorrida por populares e levada ao HGM onde foram feitos os primeiros procedimentos de atendimento hospitalar;QUE a comunicante foi encaminhada e interna dezoito dias no "TRAUMINHA" conforme a copia do resumo de alta em anexo;QUE a comunicante passou por procedimento cirurgico conforme copia do laudo em anexo de CID10-S06.9+S01.8; QUE a comunicante se encaminhou a essa delegacia de polícia para registrar

6) BREVE RESUMO DO FATO:

Que perdeu o documento descrito acima.

7) OBSERVAÇÕES:

**ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O(A) COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

*Sueli Francisca do Nascimento Pava*

**SUELÍ FRANCISCA DO NASCIMENTO**

Comunicante

*[Handwritten signature of Sueli Francisca do Nascimento Pava]*

EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA  
Escrivão Ad Hoc – Mat. nº 5764

SINCOR/PB  
14 JUN. 2018

Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima:

**SUELÍ FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES**

CPF da Vítima:

**050.510.794-58**

Data do Acidente:

**03.09.2017**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou **INCOR/PB**  
 O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

**MANGUAPE 100, 03 de MAIO de 2018**

Local e Data

2º Cartório  
Mangabeira-PB

**Sueli Francisca do Nascimento Paes**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1024910

**Identificação do paciente**

ID 1206522	Nome <b>SUELÍ FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES</b>			Sexo Feminino
Data de nascimento 11/03/1982	Idade 35 anos 5 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe <b>MARIA DAS NEVES DOS SANTOS</b>	Pai <b>NAO INFORMADO</b>			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) <b>ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES - ESPOSO(A)</b>			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 91912717	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento	Número documento			
Local de procedência <b>MAMANGUAPE</b>	Tipo MUNICÍPIO			
Email	CBO/R Naturalidade <b>CAICARA</b>			

**Endereço**

CEP 58280000	Município de residência <b>MAMANGUAPE</b>	UF PB	Logradouro <b>PROJETADA</b>
Número S/N	Complemento <b>QUADRA 28 LOTE 19</b>	Bairro <b>CONJUNTO NOSSA SENHORA DA PENHA I</b>	

**Admissão**

Data e Hora 03/09/2017 04:44:28	Número da pulseira <b>100006155666</b>	Convenio SUS	
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente <b>OUTRA UNIDADE DE SAUDE</b>		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte <b>CARRO PARTICULAR</b>	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA <b>X</b>	mmHg	P脉	Temperatura
----------------	------	----	-------------

**SINCOR/PB**  
**14 JUN. 2018**

**Exames complementares**

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

**CONFERIDO COM O ORIGINAL**

Diagnóstico	CID
Atendido por <b>HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO</b>	Tempo 01min 05seg

Imprimir

03/09/2017 04:42



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME				PRONTUÁRIO Nº	
Sueli Francisca do Nascimento				20170802907	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
		<i>Ortopedia</i>			
DATA DE ADMISSÃO 03/09/2017		DATA DE ALTA 20/09/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Lesão tendão extensor do 4º qde</i>				CID <i>S669</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>				<i>CONFERIDO COM O ORIGINAL</i>	
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>TENORRAFIAS MULTIPLAS</b>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA		SINCOR/PB 14 JUN. 2018			
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de lesão de tendões extensores do 4º qde foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de tenorrafias multiplas. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: <i>Relativo em casa por 15 dias.</i> <i>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.</i> <i>Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</i>					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					
RETORNO: <i>Ao posto de saúde em 21 dias.</i> <i>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>					

*01/10/2017*  
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO  
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SUELÍ FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES, portador (a) do RG nº 2.286.872 SSDS/PB, Inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 050.510.794-58, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Quadra 28, Lote 19, Satélite, Mamanguape/PB, CEP 58.280-000, conforme cópia de comprovante anexo.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, *in verbis*:

*"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."*

Mamanguape/PB, 03 de Maio de 2018.

SINCOR/PB  
14 JUN. 2018

Sueli Francisca do Nascimento Paes

SUELÍ FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES

CONFERIDO COM O ORIGINAL

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO  
Rua Pres.J.Pessoa, 47 Centro , Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
SUELÍ FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES  
Dou fô. Mamanguape/PB - 03/05/2018  
Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI  
Selo Digital:AGV39109-AK06  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>.  
Emol R\$ 9,48 FARFEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,50

2º OFÍCIO  
CARTÓRIO BUSTU  
MAMANGUAPE-PB





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES,

RG nº 1634560, data de expedição 12/10/1991

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 929.199.524-04, com  
domicílio na cidade de MAMANGUAPE, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. PROJETADA S/N, Q25, L 19, SATELITE, nº S/N,

complemento CONT. N° S/N, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima SUELÍ FRANCISCO DO NASCIMENTO PAES cujo o condutor era SUELÍ FRANCISCO DO NASCIMENTO PAES.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 160 FAN ESDI

Ano: 2016

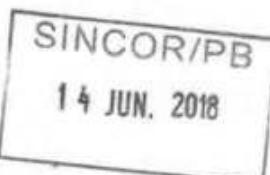
Placa: OXO 7273-PB

Chassi: 9C2KC2200G R119553

Data do Acidente: 03/09/2017

Local e Data: MAMANGUAPE/PB 03 DE MAIO DE 2018

  
Assinatura do Declarante



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

2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO

Rua Pres.J.Pessoa, 47, Centro, MAMANGUAPE - PB

2º OFICIO  
Fone: (83) 3292-2297

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
ALEXANDRE AZEVEDO DE PAES

Do fó. MAMANGUAPE/PB - 03/05/2018

Escrevente: ERIVALDO-ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital:AGV39094-AAGY

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital-tjpj.jus.br>

Emol R\$ 9,48 FARFEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90



CONFERIDO COM O ORIGINAL



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SUELIO FRANCISCA DO NASCIMENTO
DATA DE NASCIMENTO	11/03/82
NOME DA MÃE	MARIA DAS NEVES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS	SINCOR/PB
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.024.910
DATA DO ATENDIMENTO	03/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	04:44
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE + FERIMENTO REGIÃO FRONTAL
CID 10	S06.9 + S01.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, procedente do HGM, com trauma na cabeça, ferimento corto-contuso em região frontal, náuseas e cefaleia. Informa uso de bebida alcoólica, nega perda da consciência. lesão de tendão extensor da mão esquerda. Glasgow 15.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Tomografia computadorizada do crânio

RX de mão esquerda

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

### TRATAMENTO:

Sutura de ferimento em região frontal.

ALTA HOSPITALAR:	03/09/17
DATA DA EMISSÃO:	15/01/18

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

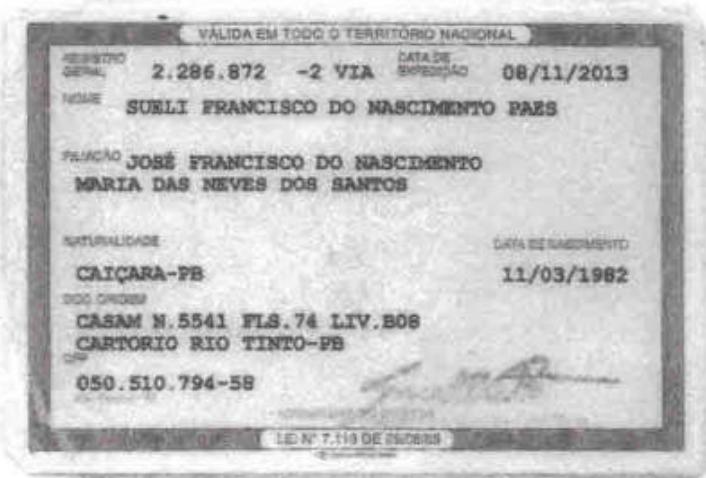
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB  
14 JUN. 2018

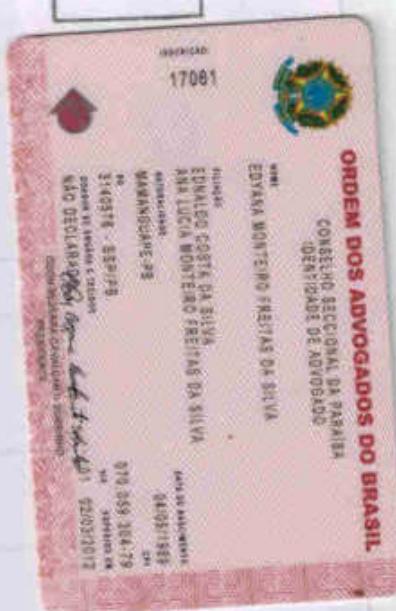


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2020 12:40:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612403740300000031571903>  
Número do documento: 20080612403740300000031571903

Num. 32977521 - Pág. 15

MINICOR/PB

14 JUN. 2018



CONFERIDO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2020 12:40:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612403740300000031571903>  
Número do documento: 20080612403740300000031571903

Num. 32977521 - Pág. 16

QINICOR/PB

14 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL







EDYANA MONTEIRO

ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

**PROCURAÇÃO “AD-JUDICIA ET EXTRA”**

**OUTORGANTE:**

**SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES**, brasileira, casada, agricultora, portadora do RG nº 2.286.872 e CPF 050.510.794-58, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Satélite, Mamanguape/PB. CEP: 58.280-000.

SINCOR/PB

14 JUN. 2018

**OUTORGADO:**

**EDYANA MONTEIRO FREITAS DA SILVA**, brasileira, casada, OAB/PB 17.061 com escritório estabelecido à Rua Presidente João Pessoa, nº 102-A, Centro, Mamanguape/PB, CEP 58280-000, e-mail: [edyana-monteiro@hotmail.com](mailto:edyana-monteiro@hotmail.com), fone: (83) 98600-0405.

**PODERES:**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes amplos e ilimitados para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER, ou perante qualquer juízo instância ou tribunal, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, inclusive representar em qualquer instituição financeira, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar prestar declarações, receber citação, substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, receber, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Mamanguape(PB), 03 de Maio de 2018.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

*Sueli Francisca do Nascimento Paes*

**OUTORGANTE**

2º OFICIO DE NOTAS E PROTESTO  
Rua Pres.J.Pessoa, 47, Centro, Mamanguape - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
SUELI FRANCISCA DO NASCIMENTO PAES



Fone: (83) 3292-2297

Dou fé. Mamanguape/PB - 03/05/2018

Escrevente: ERIVALDO ARAUJO CAVALCANTI

Selo Digital:AGV39108-9N8H

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$9,48 Farpen R\$0,28 MP R\$0,15 Fepj R\$1,90

( 83 ) 9.8600-0405 | (83) 9.9916-7624 | [edyana-monteiro@hotmail.com](mailto:edyana-monteiro@hotmail.com)

Rua Presidente João Pessoa, N°102-A | Centro | 58.280-000 | Mamanguape | Paraíba



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2020 12:40:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080612403740300000031571903>

Número do documento: 20080612403740300000031571903

Num. 32977521 - Pág. 19