

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ADRIANO ALVES DE LIMA, brasileiro, casado, moto-táxi, inscrita no CPF sob o nº 043.443.414-06, residente e domiciliado à Rua Antonio Martis, sem número, bairro Angelim, Sousa-PB.

Declaro para os devidos e necessários fins de direito e especialmente para servir de prova perante a Comarca de Sousa – PB, que sou pobre na forma da Lei e não possuo condições de arcar com o pagamento de custas processuais sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, benefícios da Justiça Gratuita, nos termos do artigo 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal e no artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil de 2015.

Declaro ser conhecedor das sanções, caso o que aqui menciono não portar a verdade.

Sousa – PB, 28 de agosto de 2018.

Adriano Alves de Lima
Declarante



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE (S): ADRIANO ALVES DE LIMA, brasileiro, casado, moto táxi, inscrita no CPF sob o nº 043.443.414-06, residente e domiciliado à Rua Antonio Martis, sem número, bairro Angelim, Sousa-PB.

OUTORGADO(a): Bel. CLÁUDIO ROBERTO LOPES DINIZ, brasileiro, casado, Advogado, OAB/PB 8023, com escritório profissional a rua Manoel Gadelha Filho, s/n Cotton Shopping Center, sala 13 – Sousa-PB e **ANA VITÓRIA LOPES DE QUEIROGA CASIMIRO**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 25.052, com escritório profissional na Rua Manoel Gadelha Filho, s/n - Cotton Shopping Center Sala 13, Centro, Sousa-PB, CEP 58802-000.

PODERES: A quem confere(m) amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com os da cláusula *ad juditia e administrativamente* a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possa(m) defender os interesses e direito(s) do(s) outorgante(s) perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartições públicas federal, estadual e municipal, autarquias ou entidades paraestatais, propondo ação(ões) competente(s) em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e, defendendo-o(s) quando for(em) réu(s), interessado(s) ou requerido(s), podendo ainda receber citações, intimações, notificações, reclamar, confessar, conciliar, transigir, desistir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declarações *arguir exceções de incompetência, impedimento ou suspeição*, bem como substabelecer no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes se assim lhe(s) convier, podendo também receber alvará judicial, inclusive em nome do outorgado se assim desejar, o que a tudo darei por bom, firme e valioso.

Sousa-PB, 28 de agosto de 2018.

* Adriano Alves de Lima

Outorgante





Assinado eletronicamente por: ANA VITORIA LOPES DE QUEIROGA CASIMIRO - 12/09/2018 10:21:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18091210165317700000016103918>
Número do documento: 18091210165317700000016103918

Num. 16527007 - Pág. 1

CRISTIANA ARAUJO ALVES LIMA
RUA ANTONIO MARTINS, SAN ANGELIM
Sousa/PB CEP: 58800000 (AG 177)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIKA RENDA MONOFÁSICO
Rotero 15 - 177 - 260 - 2140
NP medidor 00008173761

ENERGISA PARAIBA- DIS: Re- UDORADE ENE (GIA) SIA
Br 220, Km26- Crotlo Redentor- Jde: P. 5501/PB- CEP: 5.771-680
CNPJ:09.085.183/0140-10. Insc Est: 160.5823-0
Nota Fiscal /Carta de: ne gia Elétrica N001 112.688
Código para Débito Automático: 0001.203469

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 033 0196 Acesse: www.energisa.com.br

OBRIGADO AO BEMCO

10e1.1822.00e2 e05e 0e38 3e8e 498c 141d

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1420345-9

Nov / 2015

Canal de contato

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

Apresentação

25/11/2015

Data prevista da
próxima leitura

24/12/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
4634659461

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 20/11/2015 PAGAS
OBRIGADO!

Anterior	Leitura	Data	Atual	Leitura	Constante	Consumo	Dias
27/10/15	4643	25/11/15	4714		1	81	28

Descrição	Quantidade	Frete	Valor (R\$)
Consumo ate 30kWh-BR	30	0,1483	4,33
Consumo - 31 a 100kWh-BR	81	0,1794	5,12
Adic. B Vermelha			2,11
Subsídio			0,58
IMPOSTOS E ENCARGOS			5,04
ICMS (Base de Cálculo R\$ 60,17 Alíquota 25,00%)			0,63
PIS			0,46
COFINS			0,07
JUROS DE MORA 10/2015			0,73

Histórico de Consumo



Assinado eletronicamente por: ANA VITORIA LOPES DE QUEIROGA CASIMIRO - 12/09/2018 10:21:28
http://pje.tjb.pj.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18091210171187500000016103930
Número do documento: 18091210171187500000016103930

Num. 16527020 - Pág. 1

Secretaria da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3º Delegacia Regional de Polícia Civil
20º Delegacia Seccional de Polícia
2º DELEGACIA DISTRITAL DE CAJAZEIRAS



BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL N.º 117/2016

SINISTRO DE TRANSITO

DATA E HORA QUE A CENTRAL DE BO's TOMOU CONHECIMENTO: 01/03/2016 10:15 HORAS

FATO: 01/03/2016 ÁS 10:15 HORAS

Elisangela N. D.

Mat. 155.719-0

LOCAL E DATA DA OCORRENCIA: CAJAZEIRAS – PB

NOME: ADRIANO ALVES DE LIMA

NATURALIDADE: SOUSA - PB

CPF: 043.443.414-06

RG: 2.799.309 SSP/PB

FILIAÇÃO: MANOEL ALVES DE LIMA E GERALDA AMAVEL DE LIMA,

ENDEREÇO: RUA ANTONIO MARTINS, SNº - ANGELIM - SOUSA- PB

HISTÓRICO: QUE NO DIA 12 DE DEZEMBRO DE 2015, POR VOTLA DAS 19H00, OD ECLANTE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA NQA 5497/PB, CHASSI 9C2KC1550AR133184, LICENCIADO EM NOME DO DECLARANTE, QUANDO AO PASSAR PELA RODOVIA DA PRODUÇÃO EM SÃO GONÇALO, EM SOUSA-PB, PASSOU POR UM BURACO E PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA; QUE SOFREU LESÕES PELO CORPO. Nada mais havendo, ciente o comunicante das implicações legais contidas no artigo 229 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achadas conforme, expõe a presente certidão conforme o teor de seu registro.

Autoridade: DELEGADO PLANTONISTA

COMUNICANTE: Adriano Alves de Lima

ELISANGELA NASCIMENTO DANTAS
ESCRIVÃ POLICIAL
MAT. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Policia
Mat. 155.719-0



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB Nº 012029954405 CERTIFICADO DE REGISTRO 6102261757073 DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. REBAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
1	0022617570-7	NOA5497/PB	2015
NOME			
ADRIANO ALVES DE LIMA			
CPF / CNPJ	PLACA		
043 443 41406	NOA5497/PB		
PLACA ANT / UF	CHASE		
NOVO	PB 9C2KC1550AR133184		
TIPO DE VEÍCULO		CARRO / MOTO / CICLO	
PAS / MOTOCICLE / NÃO APLIC		GASOLINA	
MARC / MODELO		ANO FAB / ANO MOD.	
HONDA/CG 150 FAN ESTI		2010 / 2010	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 / CT	ALUGUEL	VERMELHA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
IPV		VENC. / COTAS	
PAGA LIVRA		1 ^o	
*****		2 ^o	
*****		3 ^o	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*****		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
SEGURO		DATA DE PAGAMENTO	
REST. BEN. TRIBUTARIO		30/07/2015	
OBRIGATÓRIO			
SOUSA - PB		DATA	
36633		31/07/2015	
11436			

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

PB Nº 012029954405 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2015		31/07/2015	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	EXERCÍCIO
1	043 443 41406	NOA5497/PB	2015
REBAVAM		MARC / MODELO	
0022617570-7		HONDA/CG 150 FAN ESTI	
ANO FAB		CAT. NFE	
2010		9 9C2KC1550AR133184	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
****/****		****/****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		VALOR PAGO PELO SEGURO (R\$)	
*****		*****	
5		PAGAMENTO	
COTA UNICA		PARCELADO	
PAGO			
30/07/2015			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.249.688/0001-04
www.seguradoralider.com.br
11436-1523266-20150731



Assinado eletronicamente por: ANA VITORIA LOPES DE QUEIROGA CASIMIRO - 12/09/2018 10:21:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18091210180063700000016103971>
Número do documento: 18091210180063700000016103971

Num. 16527063 - Pág. 1



Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Sousa, 11 de janeiro de 2016

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 11 de Janeiro de 2016 passa a informar o que seque:

Nº da ocorrência: 0029

Vitima: Adriano Alves de lima

Sexo: masculino

Data: 12/12/15

Local da Ocorrência: ***

Médico Intervencionista: Drº Augusto Braga

Viatura: USB 01

Condutor: Reginaldo

Téc. Enfermagem Aninha

Enfermeiro: Bruna

Natureza da Ocorrência: USB 01 acionada para atendimento vitima queda de moto consciente ,hálito etílico sentado apresentando escoriações pelo o corpo sem sinais de fratura imobilizada e encaminhada ao HRS relatou, sob- regulação medica para avaliação.

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Renata Soares Virgílio".
Renata Soares Virgílio
Coordenadora Administrativa

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Renata Soares Virgílio".
Renata Soares Virgílio
Diretora Administrativa





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVICO (UPS): 2613478CNPJ/CPF: 08.778.267/0027-08
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613478CNPJ/CPF: 08.778.267/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONCALVES DE ABRANTES
ENDERECO: RUA JOSE FUNDACAO DE LIRA B: GATO PRETO N° 433 CPE: 58.802.180.
MUNICIPIO: SOUSA **ESTADO:** PARAIBA/PB

PACIENTE: Adriano Alves de Souza
SUS: 8105182 IDADE: 33 SEXO: M RAÇA: S
DATA NASC: 18/05/1882 PROFISSÃO: motorista
ENDERECO: R. Antônio Viana 145
BAIRRO: Engenho MUNICIPIO: São João
ESTADO: RJ CEP: 800 90-000 DOCUMENTO:
DATA DO ATENDIMENTO: 21/12/175 COD. MUNICIPIO: 25 6 20
CONTATO (21) 91517584 M^ao Ferrolly Souza de Souza

Acompanhante: _____

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO:
Pef forma de abóbada de metadeira com representava varão de cerca de 15 cm em joelha esquerda. Demais ferimentos foram apenas estriques

PROJETOS REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MEDICAMENTOS E OUTROS RECUSOS

11

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA BÁSICA (PAB):
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

ENCAMINHAMENTO

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

- 01- PRESCRIT■ SERVAÇÃO ■ IDÊNCIA INTERN■
HOSPITAL ■ BITO ■ OUTROS

SERVICÓES REALIZADOS:

Me to you Baby

ASS. DO REVISOR





SAMU
192

Núcleo

Prefeitura Municipal de Sousa

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Samu192 Regional Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 01

PREFEITURA DE
Sousa

AGORA É A VEZ DE TODOS

TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data <u>12/09/18</u>	Ocorrência <u>024</u>	Paciente / Usuário <u>Robsonne plus de Lima</u>	Idade <u>24</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local da Ocorrência <u>Vila III</u>		Bairro		Médico Regulador
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate: Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate: PRF <input type="checkbox"/> CRITAN <input checked="" type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				

DESTINO

Local: <u>HPS</u>	RESPONSÁVEL: <u>J. Paulo Arthur de A. Bastos</u>	OBS: <u>R.M.PB 3249/2018</u>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
-------------------	--	------------------------------	---

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO (NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO / NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA

<input type="checkbox"/> QUEDA < 5m <input type="checkbox"/> QUEDA > 5m <input type="checkbox"/> QUEDA PRÓPRIA ALTURA <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA DE MOTO <input type="checkbox"/> SEM CAPACETE <input type="checkbox"/> INCIDENTE <input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCERIO
<input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> CARRO <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> CARRO X MOTO
<input type="checkbox"/> MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> CARRO X ÔNIBUS <input type="checkbox"/> CAPUTAGEM <input type="checkbox"/> SEM CINTO DE SEGURO <input type="checkbox"/> OUTRO
<input type="checkbox"/> NÚMERO DE VITIMAS NO LOCAL <input type="checkbox"/> OU DENTRO DO VÉHICULO <input type="checkbox"/> AIR BAG NÃO ACIONADO <input type="checkbox"/> DIR <input type="checkbox"/> ESQ
<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO GRAU: <input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU: <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF
<input type="checkbox"/> OUTRO:
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE ESPORTE <input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA PICADA DE: <input type="checkbox"/> ESCORPIÃO <input type="checkbox"/> ABELHA <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ARANHA
<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO POR:

EXAME FÍSICO MÉDICO

ENCONTRADO: <input type="checkbox"/> DECÚBITO LATERAL <input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input checked="" type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> DENTRO DE VÉHICULO <input type="checkbox"/> FORA DE VÉHICULO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO		
EM CIMA DE: <input type="checkbox"/> OUTRO		
Nível de Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> CONSENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> HALITO ETÍLICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO		
<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> OUTRO		
Quando: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL <input type="checkbox"/> PARESTESIA / LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRA:		
LESÕES APRESENTADAS:		
<input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> Corte / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> perfuração / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> contusão articular / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> contusão muscular / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> luxação / LOCAL: <u>lateral</u>	<input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> suspeita de fratura / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> fratura exposta / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> entorse / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> estiramento muscular / LOCAL: <u>lateral</u>	<input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> CAIMBRA / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> dor muscular / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> edema / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> hematoma / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> equimose / LOCAL: <u>lateral</u> <input type="checkbox"/> OUTRO:

DADOS VITAIS

V.V.A.: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: <u>16</u> , Irpm Final: <u>16</u> , Irpm / PULSO RADIAL: <input type="checkbox"/> PRESIDENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE
FC INICIAL: <u>97</u> bpm EC Final: <u>97</u> bpm + PAS (mm Hg): <input type="checkbox"/> > 90 <input type="checkbox"/> < 90 <u>130 < 90</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PADRÃO RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR-PERFUSÃO MMSS: <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - MMII <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: <u>98</u> %

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem:	<input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVAA <input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PRANCHA RÍGIDA / KED / TALAS DE EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ <input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ <input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE
<input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUIDA <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA <input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIACO DIMINUÍDO		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL IAM: <u>02</u> <input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA: <input type="checkbox"/> TIRANTES: <input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA RÍGIDA / KED / TALAS DE EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> A. V. P. COM ABCATH N°: <u>02</u> <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD / <u>SRU</u> <input type="checkbox"/> MIF 0% <input type="checkbox"/> SG <u>0</u> ml MEDICAÇÃO / 021/min: <u>02</u> <input type="checkbox"/> MASCARA COM RESER: <input type="checkbox"/> CATETER NASAL: <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MIF <input type="checkbox"/> MID / <input type="checkbox"/> MACA A VÁCUO / IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO: <input type="checkbox"/> EXTRICAÇÃO / CURATIVO: <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO / COMPRESSIVO SIMPLES / IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> OLHO E VELPEAU / LOCAL: <input type="checkbox"/> CÁNULA DE QUEDEL N°: <u>02</u> CATETER NASAL: <u>02</u> / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAA / OUTROS: <input type="checkbox"/> CÁNULA DE QUEDEL N°: <u>02</u> CATETER NASAL: <u>02</u> / MÁSCARA CRESERVATÓRIO: <u>02</u> / 1 TRAGUEAL N°: <u>02</u> / M. LARINGEA N°: <u>02</u> / V. MECÂNICA / CRICO: <input type="checkbox"/> PUNÇÃO / CIRURGICA - TORACOCENTESE: <input type="checkbox"/> E / D / DRENAGEM TORÁCICA: <input type="checkbox"/> E / D / D / PERICARDIOCENTES / MONITORIZAÇÃO / E.C.G / ETCO ₂ / RCP / MANUAL / AUTOPULSE / DESFIBRILAÇÃO / AUTOMÁTICO / MEDICAMENTOS EM AMPOLAS / FRASCOS EV: <input type="checkbox"/> FENTANIL: <u>02</u> mg / SUCCINILCOLINA: <u>02</u> mg / MIDAZOLAN: <u>02</u> mg / DIAZEPAN: <u>02</u> mg / OUTROS:
--





Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2016

Carta nº: 8977215

A/C: ADRIANO ALVES DE LIMA

Sinistro: 3160199662 ASL-0144996/16
Vitima: ADRIANO ALVES DE LIMA
Data Acidente: 12/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ADRIANO ALVES DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000046714-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00273/00274 - carta_15R



00020137



Assinado eletronicamente por: ANA VITORIA LOPES DE QUEIROGA CASIMIRO - 12/09/2018 10:21:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1809121019299920000016104038>
Número do documento: 1809121019299920000016104038

Num. 16527131 - Pág. 1



A Maior da Paraíba

NOME: Adriano Alves de Lima

CONTATOS: 99171-8772 WATS/EMAIL:

PROCESSO 30/2016

SP

ENDEREÇO:

LOCAL DO ACIDENTE: Rodovia da Produção

DATA DO SINISTRO: 12/12/2016 HORARIO: 13:00 HORAS

DATA DE ENTRADA: 04/10/2016

SOCORRIDO POR: SAMU BOMBEIROS TERCEIROS

CORRETOR: Paulista

RELATÓRIO DO ACIDENTE:

O declarante SB obteve lesão no SÃO GONÇALO VI O BENTO 98 GOUSIA, POR VOLTA DAS 13:00h, PBUA ~~PRO~~ RODOVIA DA PRODUÇÃO, MOMENTO EM QUB PBUA BOMBEIRO CORRETOR DA MOTO O VIOU A CAIR, FRATURA EXPONTA BM JOBLH OS OMBROS E COTO VELHO OS ALVORO.

INFORMANTE: _____



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, _____, PORTADOR(A) DO RG Nº _____, EXPEDIDO POR _____, EM _____/_____/_____, E PORTADOR(A) DO RG Nº _____, EXPEDIDO POR _____, EM _____/_____/_____, E CPF _____/_____/_____, /CNPJ _____/_____/_____, PROFISSÃO _____, E RENDA MENSAL DE R\$ _____, (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Lei Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a adastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, ascerca da profissão e da faixa de renda mensal.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ADRIANO ALVES DE LIMA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2799309 EXPEDIDO POR SSP/PP EM / / E
 CPF 043443414-06 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Moto-taxi
 E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA , AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0558 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46142

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

_____, de _____
 LOCAL E DATA

Adriano Alves de Lima

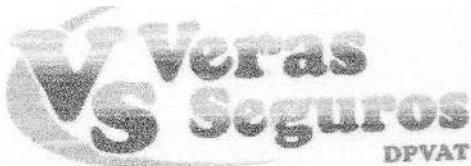
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago an/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigen na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.

Para mais informações de análise da validade da indenização, acesse www.direitodocidado.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204





A Maior da Paraíba

TERMO DE CIÊNCIA

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO-ME, VERAS SEGUROS DPVAT, CNPJ:21508383/0001-83, Empresa especializada na assessoria e preparação de documentos específicos para o recebimento do seguro DPVAT, tendo sua Sede localizada na Rua José Fagundes de Lira, 76, sala 01, Sousa/PB, venho por meio de o documento cientificar a:

ADRIANO ALVES DE LIMA, nascido aos
18/05/1982, natural de Sousa /PB, portador do
CPF: 043443414-06, RG: 2799309, residente e domiciliado
na RUA ANTONIO MARTINS, n° 5/N,
bairro ANGELIM, Cidade: Sousa, UF: PB.

Que fraudar o seguro DPVAT é crime, e quaisquer informação
com esse objetivo será levada ao conhecimento das
autoridades competentes.

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO-ME

CIENTIFICADO: Adriano Alves de Lima



TERMO DE SOLICITAÇÃO

Eu, ADRIANO ALVES DE LIMA, brasileiro (a),
Estado civil CASADA, profissão MOTO-TÁXI,
CPF: 043.443.414.06, RG: 2799.309, SSP PB,
Residente na Rua ANTONIO MARTINS, N° S/N,
bairro ANGELIM, cidade SOUSA, UFPB.

Venho através de o presente documento solicitar os bons
préstimos de Vossa Senhoria, no sentido de realizar gestões
administrativas que possibilitem que minha perícia médica seja
elaborada nesta cidade (SOUSA/PB), ou na vizinha cidade de
CAJAZEIRAS/PB, haja vista o custo de deslocamento ser
muito baixo.

Certo de atendido agradeço antecipadamente.

X Adriano Alves de Lima

Solicitante





**Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Sousa**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802909-15.2018.8.15.0371

DESPACHO

Vistos, etc.

Pugna a parte autora pela concessão dos benefícios da Assistência Judiciária Gratuita.

Sob este aspecto, o art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal, dispõe “*o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos*”.

Embora para a concessão da gratuidade não se exija o estado de miséria absoluta, é necessária a comprovação da impossibilidade de arcar com as custas e despesas do processo sem prejuízo de seu sustento próprio ou de sua família.

Na situação dos autos, percebo que não constam elementos suficientes para se comprovar a impossibilidade do promovente em arcar com as custas processuais, uma vez que, não colacionou documentos hábeis a comprovar a situação de hipossuficiência,

Assim, **proceda-se a escrivania** com a simulação dos valores das custas processuais referentes ao presente feito.

Após, intime-se a parte autora para que, em 10 (dez) dias, comprove sua **impossibilidade de arcar com as custas, colacionando aos autos cópias das 03 (três) últimas declarações de Imposto de Renda, além de declaração do DETRAN acerca da (in)existência de veículos em seu nome, além de qualquer outro documento que julgue pertinente para, de forma complementar, comprovar a hipossuficiência**, sob pena de indeferimento do pedido de justiça gratuita.

Cumpra-se.

Sousa-PB, data e assinatura eletrônicas.

Agílio Tomaz Marques

Juiz(a) de Direito



Petição de manifestação de despacho em anexo.



Assinado eletronicamente por: ANA VITORIA LOPES DE QUEIROGA CASIMIRO - 28/09/2018 09:24:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18092809244547300000016438455>
Número do documento: 18092809244547300000016438455

Num. 16875908 - Pág. 1

EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 4^a VARA MISTA DA COMARCA DE SOUSA-PB

Processo nº 0802909-15.2018.8.15.0371

ADRIANO ALVES DE LIMA, devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, vem pela presente, por sua advogada infra-assinada, manifestar-se a respeito do despacho de Vossa Excelência e requerer o que se segue:

I – Da Gratuidade da Justiça

O M.M Juiz determinou que a autora comprovasse o preenchimento dos pressupostos para concessão do benefício da gratuidade da justiça, uma vez que a mesma exerce a profissão de moto táxi e pleiteia quantia considerada relevante pelo Douto Julgador.

Convém informar, que o autor é um simples trabalhador que não possui sequer comprovante de renda tendo em vista sua profissão e que não dispõe de recursos para custear as despesas processuais, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Pelos fatos narrados e pela simulação das custas em anexo, resta demonstrado que a autora FAZ JUS AO BENEFÍCIO DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, sem o qual serão cerradas as portas do Judiciário para a autora.

Isto posto, REITERA e RENOVA os pedidos elencados na Exordial, e sendo assim REQUER:

I- Tendo em vista que o autor possui os requisitos do benefício da JUSTIÇA GRATUITA e espera-se por consequência a sua CONCESSÃO.

Nestes Termos,



Pede e espera deferimento.

Sousa-PB, 27 de setembro de 2018.

ANA VITÓRIA LOPES DE QUEIROGA CASIMIRO

OAB/PB nº 25.052

CLÁUDIO ROBERTO DINIZ

OAB/PB 8.023



 <p>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</p>			Via Parte	Data de Emissão 27/09/2018
				Data de Vencimento 05/10/2018
Comarca Sousa	Nº do Processo	Nº da Guia 037.2018.601810	Conta FEPJA 1618-7/228.039-6	
Histórico			Custas Judiciais (R\$)	1.470,00
Tipo de Guia: Guia de Custas Prévias			Taxa Judiciária (R\$)	339,84
Classe Processual: PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7			Despesas Postais (R\$)	46,26
Promovente: ADRIANO ALVES DE LIMA			Despesas com Mandados (R\$)	0,00
Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A			Tarifa Bancária (R\$)	1,35
Observação: A distribuição do processo será realizada após a confirmação do pagamento da guia.				
Instruções				Valor Total (R\$)
Pagar nas agências do Banco do Brasil ou Correspondentes Bancários.				1.857,45

 <p>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</p>			Via Processo	Data de Emissão 27/09/2018
				Data de Vencimento 05/10/2018
Comarca Sousa	Nº do Processo	Nº da Guia 037.2018.601810	Conta FEPJA 1618-7/228.039-6	
Histórico			Custas Judiciais (R\$)	1.470,00
Tipo de Guia: Guia de Custas Prévias			Taxa Judiciária (R\$)	339,84
Classe Processual: PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7			Despesas Postais (R\$)	46,26
Promovente: ADRIANO ALVES DE LIMA			Despesas com Mandados (R\$)	0,00
Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A			Tarifa Bancária (R\$)	1,35
Valor da Causa:				
Postais		R\$ 22.656,25	Com registro, Com AR, ...	R\$ 46,26
Valor Total da Guia: R\$ 1.857,45 (37,91 UFR)				49,00
Observação: A distribuição do processo será realizada após a confirmação do pagamento da guia.				
Instruções				Valor Total (R\$)
Pagar nas agências do Banco do Brasil ou Correspondentes Bancários.				1.857,45

 <p>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</p>			Via Banco	Data de Emissão 27/09/2018
				Data de Vencimento 05/10/2018
Comarca Sousa	Nº do Processo	Nº da Guia 037.2018.601810	Conta FEPJA 1618-7/228.039-6	
Histórico			Custas Judiciais (R\$)	1.470,00
Tipo de Guia: Guia de Custas Prévias			Taxa Judiciária (R\$)	339,84
Classe Processual: PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7			Despesas Postais (R\$)	46,26
Promovente: ADRIANO ALVES DE LIMA			Despesas com Mandados (R\$)	0,00
Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A			Tarifa Bancária (R\$)	1,35
Observação: A distribuição do processo será realizada após a confirmação do pagamento da guia.				
866900000187 574509283184 520181005031 720186018100				
				Valor Total (R\$)
				1.857,45





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 037.2018.601810 **Data Vencimento:** 05/10/2018 **Data Emissão:** 27/09/2018

Comarca: Sousa

Classe: PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7

Promovente: ADRIANO ALVES DE LIMA

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Valor da Causa: R\$ 22.656,25 **Custas:** R\$ 1.470,00 **Taxa:** R\$ 339,84

Despesas Processuais: R\$ 46,26 **Caução Ação Rescisória:** R\$ 0,00 **Tarifa Bancária:** R\$ 1,35

Total da Guia: R\$ 1.857,45

Despesas Processuais

Tipo	Localidade de Destino	Quantidade	Valor
Postais		Até 1 Folha	R\$ 4,50
Postais		Até 1 Folha	R\$ 12,00
Postais		Até 54 Folhas	R\$ 29,76

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 PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: ANA VITORIA LOPES DE QUEIROGA CASIMIRO - 28/09/2018 09:24:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18092809242486400000016438495>
Número do documento: 18092809242486400000016438495

Num. 16875949 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

4ª Vara Mista

Processo: 0802909-15.2018.8.15.0371

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ADRIANO ALVES DE LIMA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Inicialmente, verifico que a petição inicial preenche os requisitos essenciais - arts. 319 e 320, CPC - e não se trata de improcedência liminar do pedido - art. 332, CPC.

Não havendo nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade e, após análise dos documentos colacionados aos autos, os quais atestam a atual situação do(s)(as) promovente(s), **DEFIRO o pedido de justiça gratuita**, sem prejuízo de sua impugnação, na forma do art. 100, do CPC.

Em que pese o contido no art. 334, do CPC, tem-se que a prática forense tem revelado que a Seguradora Lider dos Consórcios demandada não costuma promover autocomposição.

Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

Nesse passo, **CITE(M)-SE o(s) réu(s)** para que, no prazo de 30 (trinta) dias (art. 183 c/c art. 335, ambos do CPC), apresente(m) resposta(s).

Intimações necessárias.



Sousa/PB, data do protocolo eletrônico.

AGILIO TOMAZ MARQUES

Juiz de Direito

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]



Assinado eletronicamente por: AGILIO TOMAZ MARQUES - 30/01/2019 13:17:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19013013171968400000018406004>
Número do documento: 19013013171968400000018406004

Num. 18914709 - Pág. 2