



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº. 719/2017



Aos QUATRO dias de JULHO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:00min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA, conhecido(a) por **ANTONIATO**, Identidade nº 3.502.854-SSS/PB, CPF nº _____, nacionalidade brasileiro, estado civil: divorciado, profissão: autonomo, filho(a) de Antonio Da Costa Almeida E Maria De Lourdes Cavalcante De Almeida, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 08/06/1989 (28 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Getulio Vargas, 480, Centro De Solânea/PB, tendo como ponto de referência: proximo a Delegacia Seccional, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: _____.

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 a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 11 de junho de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 18h:0min;
- 4) **Local do fato:** Centro de Solânea/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL DE TRAUMINHA JOÃO PESSOA/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** NÃO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** NÃO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MARCA/MODELO HONDA/POP 100; COR VERMELHA; ANO 2011/2012; PLACA OFE8329/PB; CHASSI 9C2HB0210CR428575 EM NOME DE ANTONIO DA COSTA ALMEIDA

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

JOSÉ HELIO VIRTURINO E VANESSA FERNANDES DA SILVA

8) Breve resumo do fato:

QUE o comunicante transitava em sua motocicleta acima descrita no centro de Solânea, quando em um certo momento a pessoa conhecida como CREMILDA que vinha em outra motocicleta coediu frontamente na motocicleta do comunicante; QUE a colisão fez com que o comunicante caísse gravemente ferido ao solo, assim sendo necessario a equipe da SAMU socorrer o mesmo, logo após o mesmo foi encaminhado com urgencia para o Hospital de Trauminha de João Pessoa/PB.; QUE após passar uma semana no Trauminha de João Pessoa o comunicante foi transferido para o Hospital Particular Pronto Socorro de Fratura de Guarabira/PB, para assim se realizada uma cirurgia com urgencia.

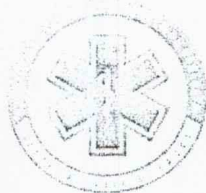
OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

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

Antoniato Cavalcante de Almeida
ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA
Comunicante



João Pessoa
JOÃO PESSOA
Paraíba
Escritório de Polícia
FELIPE MEDEIROS



SAMU

192

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

(ATO DECLARATÓRIO)
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que foi prestado atendimento PRÉ-HOSPITALAR pelo SAMU do município de Solânea - PB, à vítima Antoniato Cavalcante de Almeida portador de RG 3502854 na cidade de Solanêa e transferido para o Hospital Ontofranca de Mangabeira na cidade de João Pessoa - PB no dia 11 de Junho de 2017.

OBS: O paciente acima citado foi vítima de acidente de trânsito.


Vânia Cândido da Silva
Enfermeira
COREN-PB 287.296



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio Coudem de Almeida, portador da
carteira de identidade nº 3.502.054 e inscrito no CPF nº 086.462.434-43,
residente e domiciliado na Rua Presidente Getúlio Vargas, 480 - Centro
Solamez, Cidade Solamez,
Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado

de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Antônio Coudem de Almeida
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação
Solamez PB 29.08.2014
Local e data



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO DA COSTA ALMEIDA,
RG nº 575.007, data de expedição 18/09/2010, Órgão SSPB,
portador do CPF nº 364.787.844-87, com Domicílio na
cidade de SOLÂNIA, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Getúlio Vargas,
nº 480, complemento, _____, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA,
cujo o condutor era ANTONIO CAVALCANTE DE ALMEIDA.

Veículo: Moto
Ano: 2011/2012
Modelo: HONDA POP 100
Placa: O.F.E 8329
Chassi: 9C2HB0210CK428575
Data do acidente: 11-06-2017

Local e data: _____

X Antonio da Costa Almeida
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



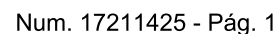
Elda Sousa Alencar de Brito
Escrevente

X Antoniato Cavalcante de Almeida
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status





_____, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA, Autônomo, brasileiro, residente e domiciliado à rua Getúlio Vargas Nº 480, Solânea-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, CGC:09.239.906.0001/38, vítima de acidente de motocicleta (informado pelo mesmo), compareceu no dia 30/06/2017, tendo como diagnóstico Fratura Diafisária da Tíbia CID 10 S82.2, submetido a tratamento cirúrgico no dia 16/06/2017, com quadro clínico exame realizado raios x da Perna e imobilização tipo tala gessada membro inferior, colocado material de síntese 01 (uma) Placa de compressão e 06 (seis) Parafusos Corticais, com alta hospitalar no dia 17/06/2017, conforme consta na ficha ambulatorial Nº 35.6862017 e prontuário Nº 121/2017, em nossos arquivos.

Guarabira, 17 de Junho de 2017.


[09.239.906.0001/38]
Pronto Socorro De Fraturas
De Guarabira - Ltda - Prostrag
Av. Rui Barbosa - 240
Centro - Cep: 58.200.000
[Guarabira - PB]



Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Nome:	MARCILTON CARACAPUCCI			Matrícula:	35.686
Idade:	28 anos			Categoria:	Pratic.
Sexo:	M			Profissão:	Medicamento
Est. Civil:	Solteiro			Naturalidade:	Solteiro
Residência:	R. SOTERILDO FERREIRA, 1150 SOLTEIRO, CEP 51.912-9981			Data:	30.06.17.
HDA:	CRASIA CUNHA				

Diagnóstico Clínico: *Doença renal de origem
de modo HA - 01 com
cor de urina (5)*

Diagnóstico Clínico: *Fratura de tíbia (5)*

Diagnóstico Radiológico:

Tratamento: *1) Rx
2) Torno do inj*

Recebido em 16/10/2018
 16/10/2018 17:10:24

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA



PROSFRAG

GUARABIRA - PARAÍBA

FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] G/ CORRENTE
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO Nº 123/2017.

Nome: Antônio Euripeute de Almeida
Sexo: Masculino Naturalidade: Serrec
Data de Nascimento: 08/06/89
Endereço: R. Setúbal nº 480, Serrec, PB.
Fone: _____ Documento: RG. 3502.854
Responsável: Antônio da Costa Almeida (Pai)
Endereço: R. de Brancas Euripeute de Almeida (Pai)
Fone: Relaciona a Euripeute de Almeida (Mãe)

CLÍNICA MÉDICA

Enf. ou Apto. Capitaneado Leito _____
Categoria Plat ☒ 1 ☒ 2 A.I.H. Nº _____
Data da Entrada 16/06/2017 Hora da Entrada 09.00h

Quelias
Recepcionista

Dr. Tenisocles de Almeida Filho
Médico Plantonista

CRM 7618

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna do para Diagnóstica
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do
tratamento em regime ambulatorial.

Data 17/06/2017

Dr. Tenisocles de Almeida Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7618 CPF: 031.136.054-02

MÉDICO - CRM



ANAMNESE:

Queixa Principal: Dor e edema em punho

Histórico da Doença Atual:

Paciente apresentando dor, edema e incapacidade funcional em
punho, relatando ter sofrido acidente de motocicleta.

Dr. Tenistocles de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 7618, CPM: 136.054-82

EXAME FÍSICO:

P.A. _____ TPR. _____ PESO: _____ PULSO: _____

Mucosas: _____ Est. Geral: _____ Facies: _____

Diagnóstico Inicial: Fratura displaced de tibia

C.I.D. _____ Procedimento Solicitado: _____

Diagnóstico Definitivo: Fratura displaced de tibia

C.I.D. _____

Diagnóstico Secundário: _____

C.I.D. _____

Procedimento Realizado: Tratamento cirúrgico (redução + fixação)

Observações: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado, _____ da
plena autorização aos médicos do PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assistirem para
promoverem qualquer tratamento médico ou cirúrgico de sua enfermidade e realizarem as intervenções que
julgarem necessárias ao diagnóstico, bem como se compromete a submeter-se a todas as disposições gerais,
contidas no Regulamento do Hospital.

Guarabira, 16 de junho de 2017

Heliana Pereira de Almeida
Ass. do Paciente ou Responsável



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av: Rui Barbosa - 240 - Centro - Guarabira - PB

Fone: (83) 3271 - 1156 Fax: (83) 3271 - 4032

RECIBO..... 3.000,00

Recebi do Sr. ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA, a importância líquida de R\$ 3.000,00 (Três Mil Reais), ref. a tratamento médico cirurgico realizado na pessoa do mesmo.

Para maior clareza, firmo o presente recibo, dando plena e total quitação.

Guarabira, 16 de Junho de 2017.



05.239.906/0001-38
Pronto Socorro De Fraturas
De Guarabira - Ltda - Profrag
Av. Rui Barbosa - 240
Centro - Cep: 58.200.000
Guarabira - PB



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB.
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

Nome do Paciente: Antoniato Cavalcante de Almeida
Convênio: Particular
Diagnóstico: Fratura Diafisária da Tibia
Procedimento: Tratamento Cirúrgico
Data do Internamento: 16/06/2017
Data da Alta Hospitalar: 17/06/2017
Prontuário ou ficha Ambulatorial: 121/2017

Honorários Médicos

Cirurgião	01	R\$	1.072,30	R\$	1.072,30
Auxiliar	01	R\$	250,76	R\$	250,76
Anestesista	01	R\$	450,60	R\$	450,60
Sub-Total.....		R\$			1.773,66

Diária de Apartamento	01	R\$	120,00	R\$	120,00
------------------------------	-----------	------------	---------------	------------	---------------

Exame Radiológico

Raios x da Perna	02	R\$	40,00	R\$	80,00
Placa de Compressão	01	R\$	790,00	R\$	790,00

(Incluindo 06 Parafusos)

03.238.990/06/0001-38
Pronto Socorro De Fraturas
De Guarabira Ltda - Prostag
Av. Rui Barbosa - 240
Centro - Cep: 58.200.000
Guarabira - PB



Nomenclatura Medicamento de Sala e Enfermaria
Quantidade valor Unitário Valor Total

Pov. Digermante	120ml	R\$ 0,10	R\$ 12,00
Pov. Tópico	180ml	R\$ 0,08	R\$ 14,00
Diclofenaco amp	04 amp	R\$ 2,81	R\$ 11,24
Cefalotina amp	04 amp	R\$ 5,55	R\$ 22,20
Soro Fisiológico	02 unid	R\$ 2,96	R\$ 5,92
Soro Glicosado	01 unid	R\$ 3,33	R\$ 3,33
Neocaína 5%	01 amp	R\$ 14,00	R\$ 14,00
Efortil amp	01 amp	R\$ 5,98	R\$ 5,98
	SUB-TOTAL		R\$ 88,67

Material de Sala e Enfermaria

Equipo	01	R\$ 0,63	R\$ 0,63
Scalp	02	R\$ 0,49	R\$ 0,98
Mononaylon	02 unid	R\$ 6,70	R\$ 13,40
Luvas	04 pares	R\$ 1,00	R\$ 4,00
Lâmina de bisturi	01 unid	R\$ 0,41	R\$ 0,41
Seringa desc. 05cc	04 unid	R\$ 0,65	R\$ 2,60
Seringa desc. 10cc	05 unid	R\$ 0,85	R\$ 4,25
Máscara desc.	04 unid	R\$ 0,40	R\$ 1,60
Gorro desc.	04 unid	R\$ 0,35	R\$ 1,40
	SUB-TOTAL		R\$ 29,27

Curativos	02	R\$ 4,70	R\$ 9,40
Taxa de Sala de Cirurgia		R\$ 109,00	R\$ 109,00
TOTAL GERAL			R\$ 3.000,00
(Três Mil Reais)			

Guarabira, 17 de Junho de 2017.

[Assinatura]

12.209.306.306/0001-38
 Pronto Socorro De Fraturas
 De Guarabira - Ltda - Prostrag
 Av. Rui Barbosa - 240
 Centro - Cep: 58.200.000
 [Guarabira - PB]



PROSFRAG – PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA LTDA
AV: RIO BARBOSA, NO 240 – CENTRO-GUARABIRA/PB
FONE: 833271-1156

CNPJ: 09.239.906/0001-38

ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

LAUDO MÉDICO

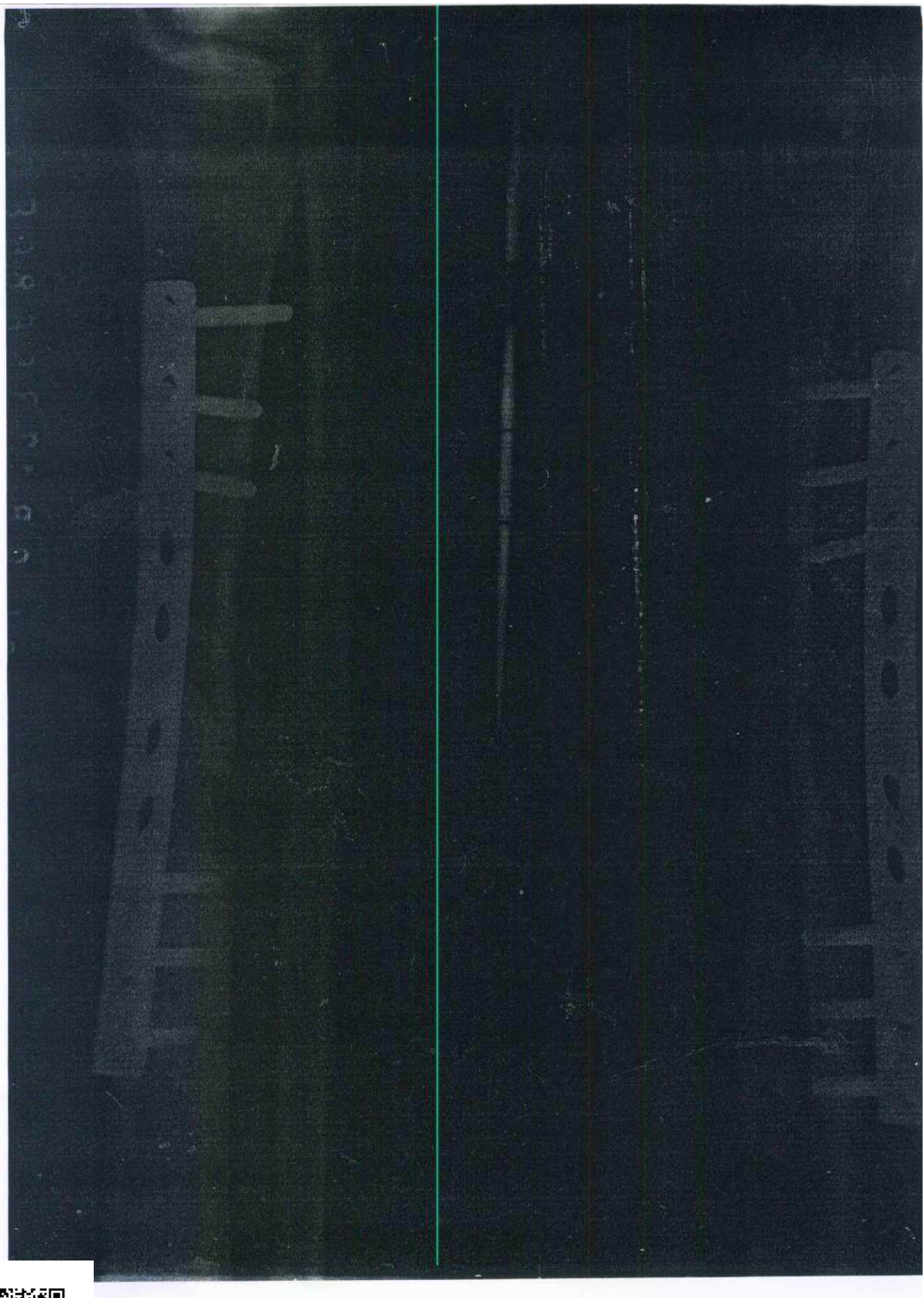
Paciente apresenta o CID 10: T93, referente a Fratura Dos Ossos da perna esquerda, como sequela de acidente de Moto, exames e imagem em anexo, déficit de função importante de mais 30% da capacidade laboral.

Dr. Temístocles A. R. Filho
Ortopedista - Traumatologista
CRM 7618/PE 15747

Dr. Temístocles de Almeida Ribeiro Filho
CRM 7618

Guarabira, 09 de Outubro de 2017.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3 502.854 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/11/2006

NOME ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

FILIAÇÃO ANTONIO DA COSTA ALMEIDA
MARIA DE LOURDES CAVALCANTE DE ALMEIDA

NATURALIDADE SOLÂNEA-PB DATA DE NASCIMENTO 08/06/1989

DOC. N. 24042 FLS. 256 LIV. A24

CARTÓRIO SOLÂNEA PB

CPF

Assinatura do titular: *Antoniat Cavalcante de Almeida*

Assinatura do Diretor: *Maria do Socorro de Vasconcelos*

IDENTIFICADO EM 29/08/89

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P. 135
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do titular: *Antoniat Cavalcante de Almeida*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

086.462.114

ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

08/06/1989

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Dezembro/2006

CORREIOS
WWW.CORREIOS.GOV.BR





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **086.462.434-43**

Nome: **ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA**

Data de Nascimento: **08/06/1989**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/01/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:59:36** do dia **29/08/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **8924.8F0A.3210.FF54**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/...> 29/08/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Carlos de Almeida

RG nº 3502854, data de expedição 10/11/2006,
Órgão SSDS/PB, CPF nº 086462434-43, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Presidente Getúlio Vargas</u>
Número	<u>480</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Solânea</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58225-000</u>
Telefone de contato	<u>(03) 998134333 (03) 981995008</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Solânea PB, 29.08.2017

Antônio Carlos de Almeida

Assinatura do Declarante



MA RIA DE LOURDES CAVALCANTE DE ALMEIDA
RUA PR 25 GETULIO VARGAS, 480 - CENTRO
SOLANEA/PB CEP 58225000 (AG 44)

Clas: se/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br 230, Km 25 - Costa Federal - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
Rotavio: 7 - 44 - 40 - 430 Referência: Mai / 2017
Nº medidor: 00000823220 Emissão: 12/05/2017

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09 096 183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 482.105
Código para Débito Automático: 00000896710

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/59571-0**

Canal de contato

Mai / 2017

Apresentação

12/05/2017

Data prevista da próxima leitura

12/06/2017

CPF/CNPJ/RANI

81719428472

Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
11/04/17	21517	12/05/17	21707	1

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	190	0,41102	78,09
Adic. B. Vermelha			5,70
ICMS			33,77
PIS			1,34
COFINS			8,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			10,78
JUROS DE MORA 04/2017			0,47
MULTA 04/2017			2,19

Histórico de Consumo (kWh)

Al r/17	188
Ma r/17	190
Fe r/17	155
Ja v/17	209
De z/18	207
Nv r/18	186
Out/16	154
6-4/18	189
Ag v/18	155
J v/18	178
Jul/16	207
M v/18	170

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	125,08	27,00	33,77
PIS	125,08	1,0757	1,34
COFINS	125,08	4,9448	6,18

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

19/05/2017

R\$ 138,50

Mês lido dos últimos meses
177

2421.1145.5fc2.ebf6.02db.383e.d18a.519d.

Indicadores de Qualidade 3/2017 - Bananeiras

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DICI/ANUAL	5,87	0,08
DIC TRIMESTRAL	11,34	
DIC MENSAL	12,89	NOMINAL 220
FIC TRIMESTRAL	3,36	
FIC MENSAL	6,72	CONTRATADA
FIC MENSAL	13,45	LIMITE INFERIOR 202
DMV	3,28	LIMITE SUPERIOR 231
DICI	12,22	

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	30,15	21,77
Compra de Energia	40,89	29,39
Serviço de Transmissão	2,07	1,49
Encargos Setoriais	10,88	7,88
Impostos Diretos e Encargos	54,71	39,50
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	138,50	100,00

Valor do EUSD (Ref. 3/2017) R\$ 41,75

ATENÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANYELLE CIRNE ARAGAO - 16/10/2018 17:10:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101617082096300000016761466

Número do documento: 18101617082096300000016761466

PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA, BRASILEIRO, DIVORCIADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 3.502.854 5595 /PA E CPF Nº 086.462.434-43, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA PRES GETULIO VARGAS, Nº 480 CENTRO, SOLÂNEA/PB, CEP 58225-000, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB nº 11.086, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB-PB nº 23.787 Hérica Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB-PB nº 18.935, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa/PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

_____, João Pessoa / PB, 16 / 10 / 2018

x Antônio Cavalcante de Almeida



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA, BRASILEIRO, DIVORCIADO, AUTÔNOMO, PORTADOR
DO RG Nº 3.503.854 5505/PB E CPF Nº 086.463.134-43, RESIDENTE E DOMICILIADO NA
RUA PRES. GETULIO VARGAS, Nº 480, CENTRO, SOLÂNEA/PB, CEP 58225-000

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com a custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Moão Pessoa / PB, 15 / 10 / 2018

x Antônio Cavalcante de Almeida



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170504425 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

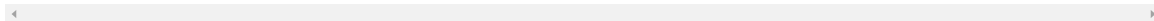
BENEFICIÁRIO ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

CPF/CNPJ: 08646243443

Posição em 16-10-2018 11:43:27

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/02/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2017

Carta nº: 11686017

A/C: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170504425 ASL-0353432/17

Vitima: ANTONIATO CAVALCANTE DE ALMEIDA

Data Acidente: 11/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01157/01158 - carta_01



Vistos, etc.

Considerando a impossibilidade de audiência na mediação por falta de perícia passo a decidir:

Nos termos do **Convênio n. 015/2014** celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Mafre Seguros Gerais S/A, **determino a designação de audiência de conciliação entre as partes com a realização de perícia** a cargo da Seguradora, neste Juízo e Fórum Cível de João Pessoa.

Para tanto, determino a escrivania a nomeação perito judicial constante dos quadrados do Tribunal de Justiça, nos termos da Cláusula primeira, item 1.2, que deverá ser intimado para comparecer a audiência e realização da perícia, ficando facultado às partes a indicação de assistentes de perito, nos termos do Convênio.

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

P. e Intimem-se as partes, devendo o Advogado do autor comparecer acompanhado de seu constituinte.

Defiro o pedido de justiça gratuita.





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

0859992-46.2018.8.15.2001 [SEGURO]
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Ato Ordinatório

1. Nos termos do art. 334 do NCPC, designo audiência de conciliação/mediação para o dia 03/_09/_2019, às 15 00 horas, intimações e diligências necessárias;
2. Intimem-se as partes, com antecedência mínima de 20 dias.;
3. Intime-se o autor para comparecimento, na pessoa de seu advogado, art. 334, § 3º, do NCPC;
4. Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC

João Pessoa-PB, em 26 de julho de 2019

ROSSANA COELI MARQUES BATISTA

Analista/Técnico Judiciário





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

0859992-46.2018.8.15.2001 [SEGURO]
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Ato Ordinatório

1. Nos termos do art. 334 do NCPC, designo audiência de conciliação/mediação para o dia 03/_09/_2019, às 15 00 horas, intimações e diligências necessárias;
2. Intimem-se as partes, com antecedência mínima de 20 dias.;
3. Intime-se o autor para comparecimento, na pessoa de seu advogado, art. 334, § 3º, do NCPC;
4. Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC

João Pessoa-PB, em 26 de julho de 2019

ROSSANA COELI MARQUES BATISTA

Analista/Técnico Judiciário



7ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
()

Nº do processo: 0859992-46.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [SEGURO]

Réu-MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

MANDADO INTIMAÇÃO RÉU (AUDIÊNCIA Conciliação)

O MM. Juiz de Direito da 7ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que em cumprimento a este, intime a parte ré ,
Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, Endereço: Avenida Presidente Epitácio Pessoa_**, 723, - até 1145 - lado
ímpar, Estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000 , para comparecer a audiência designada para o dia Tipo: Conciliação
Sala: conciliação Data: 03/09/2019 Hora: 15:00 , na 7 Vara Cível, no 4 andar.

Ato Ordinatório

1. Nos termos do art. 334 do NCPC, designo audiência de conciliação/mediação para o dia 03/_09/_2019,
às_15 00 horas, intimações e diligências necessárias;
2. Intimem-se as partes, com antecedência mínima de 20 dias.;
3. Intime-se o autor para comparecimento, na pessoa de seu advogado, art. 334, § 3º, do NCPC;
4. Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é
considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da
vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes
do art. 334, § 8º, do NCPC.

JOÃO PESSOA, em 26 de julho de 2019.

De ordem, ROSSANA COELI MARQUES BATISTA
Mat.



-

-

CERTIDÃO

-

-

Certifico que dirigi-me ao endereço retro e intimei a ré, na pessoa de Lucas Espínola, o qual exarou o seu
ciente e ficou com a cópia do mandado. Dou fê.

João Pessoa, 02 de agosto de 2019.(data da certidão)

Ana Maria C. Brito Loureiro

Mat. 476. 219-3

Oficial de Justiça

-

-





7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
()

Nº do processo: 0859992-46.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [SEGURO]

Réu-MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

MANDADO INTIMAÇÃO RÉU (AUDIÊNCIA Conciliação)

O MM. Juiz de Direito da 7ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que em cumprimento a este, intime a parte ré ,
Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, Endereço: Avenida Presidente Epitácio Pessoa **, 723, - até 1145 -
lado ímpar, Estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000 , para comparecer a audiência designada para o dia Tipo:
Conciliação Sala: conciliação Data: 03/09/2019 Hora: 15:00 , na 7ª Vara Cível, no 4 andar.

Ato Ordinatório

1. Nos termos do art. 334 do NCPC, designo audiência de conciliação/mediação para o dia 03/ _09 / _2019, às _15 00 horas, intimações e diligências necessárias;
2. Intimem-se as partes, com antecedência mínima de 20 dias.;
3. Intime-se o autor para comparecimento, na pessoa de seu advogado, art. 334, § 3º, do NCPC;
4. Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

JOÃO PESSOA, em 26 de julho de 2019.

De ordem, ROSSANA COELI MARQUES BATISTA
Mat.

MAPFRE SEGUROS
Lucas S. Espínola
Assistente Comercial

02/08/2019

29/07/2019 09:11

