

9.99632667

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: FABIO PEDRO DA SILVA

Qualificação: União

CPF/MF: 098143214-00

RG: 3356991

Endereço: Arsentamento Nova Vida, Rua Rual,
Pitimbu - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocalúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão; usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

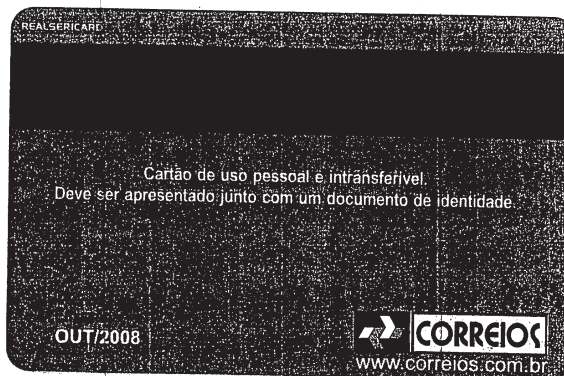
GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 17 de outubro de 2016.

Fabio Pedro da Silva
Outorgante





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0175303/17
Vítima: FABIO PEDRO DA SILVA
CPF: 098.143.214-00

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/07/2016
Titular do CPF: FABIO PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

FABIO PEDRO DA SILVA : 098.143.214-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 08/05/2017
Nome: FABIO PEDRO DA SILVA
CPF/CNPJ: 098.143.214-00

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 08/05/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

FABIO PEDRO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa



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, Fabio Pedro da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 3356991 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 02/09/05
CPF 09.814.381/00 /CNPJ _____, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ S.M. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Fabio Pedro da Silva. 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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 de crédito – 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONOMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

João Pessoa 14 de Março de 2017
LOCAL E DATA

Fabio Pedro da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente 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 a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

103-799627167-5

13/ABR/2017

HORA DE 14:34:12

OT: 13.14539-0

TERM: 012723

LOCALIDADE: PITIMBU

VINCULADA: 1033

CONTROLE: 605676032

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1033 013 00096250-8

FABIO PEDRO DA SILVA

5,00

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

103-799627167-5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fabio Pedro da Silva,

RG nº 3356991, data de expedição 02/09/05 Órgão SSP/PE,

CPF nº 098143214-00, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Profetada Nova Vida
Número	Nº 50
Apto / Complemento	
Bairro	Nova Vida
Cidade	Pitimbu - PB
Estado	Paraíba - PB
CEP	583224000
Telefone de Contato	999632667
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Paraíba - 14. 03. 2017

Assinatura do Declarante: Fabio Pedro da Silva



ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA
RUA PROJETADA, 50 - NOVA VIDA
PITIMBU/PB CEP: 58324000 (AG: 18)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFASICO
Roteiro: 15 - 19 - 275 - 3890
Nº medidor: 00001050848

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-580
CNPJ 09 095 183/0001-40 Insc Est 18.016.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.104.709
Código para Débito Automático: 00011261724

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora) 5/1126172-4

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002)

23/08/2016

Data prevista da próxima leitura

28/07/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

3729281428

Insc. Est.

Faturas em atraso

01/07/2016 43,44

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/16 82
Abr/16 114
Mar/16 77
Fev/16 122
Jan/16 133
Dez/15 104
Nov/15 102
Out/15 111
Set/15 127
Ago/15 169
Jul/15 139
Jun/15 169

Média dos últimos meses
120 kWh

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
24/05/16	14558	23/08/16	14840	1
				83
				30

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,14483	4,33
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	83	0,24794	16,82
Subsidio			18,83
ICMS			14,13
PIS			0,82
COFINS			2,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			8,80
JUROS DE MORA 04/2016			0,40
MULTA 04/2016			1,01
Devolução Subsidio			-18,83

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	58,51	25,00	14,13
PIS	58,51	1,1088	0,82
COFINS	58,51	5,1010	2,88

VENCIMENTO

01/07/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 45,89

58a6.0e56.9124.a3cc.bdb5.56fe.4492.4e1e.

Indicadores de Qualidade 4/2016 - Meta Redonda

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,80	0,20	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	23,60		
DIC ANUAL	47,79		
FIC MENSAL	8,30	1,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	18,64		202
FIC ANUAL	39,09		231
DMC	6,64	0,20	LIMITE SUPERIOR
DICRI	18,60		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	7,37	16,06
Compra de Energia	8,89	21,05
Serviço de Transmissão	0,98	2,18
Encargos Setoriais	2,34	5,10
Impostos Oletos e Encargos	25,94	58,53
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	45,89	100,00

Valor do EUSD (Ref 4/2016) R\$ 14,13

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/07/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem.
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 18,83.
- Leitura confirmada.

ENERGISA PARAIBA

Roteiro: 15 - 19 - 275 - 3890
Matrícula: 1126172-2016-05-5

VENCIMENTO

01/07/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 45,89

83680000000-9 45890054000-6 11261722016-8 06500190019-3





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00383.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00383.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:19 horas do dia 23 de fevereiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Fabio Pedro da Silva**, RG nº 3356991 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Zuleide Maria de Lima e Silva e Carlos Pedro da Silva, natural de Recife/PE, nascido(a) em 19/11/1986 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Nova Vida, complemento zona rural, bairro Centro, tendo como ponto de referência Praia Bela, na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99963-2667.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 008, Acesso À Praia Bela, Pitimbu/PB, ; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 17/07/16 19:00h. Tipificação: **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Era garupa na motocicleta Honda fan, 2008, de cor preta, placa MOB2163 PB, conduzida por JOSÉ CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO, quando pararam para auxiliar vítimas de um acidente que acabara de ocorrer, quando foram abarroados por um veículo Toyota Hilux, de cor prata, não sabendo informar a placa, sofrendo fratura de clavícula, conforme laudo médico extraído pelo boletim de entrada nº 934191 anexo. Informa que o condutor da Hilux prestou toda assistência, razão pela qual o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o mesmo.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de fevereiro de 2017.


ALCERIADES BARROSO DE AZEVEDO
Escrivão de Polícia


FABIO PEDRO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00383.01.2017.1.00.420

1/1





SAMU
192



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALHANDRA

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 42

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		HORA: <u>8:35</u>	
Data <u>17/07/15</u>	Ocorrência n.º <u>1353051</u>	Paciente / Usuário <u>Fábio Pedro da Silva</u>	Idade <u>29</u>
Local da Ocorrência <u>Pb 008 Ru. entrada da Quadra Bela Vista</u>		Bairro <u>Belém</u>	Médico Regulador <u>Dra. Lucélia</u>
Apoio no Local: <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro:			
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:			

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA) <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE: <input type="checkbox"/> OUTRO: CINEMÁTICA: <u>última encontrada de capacete, em asfalto consciente.</u> EXAME FÍSICO: <input type="checkbox"/> PÁLIDO / <input type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> ICTÉRICO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input checked="" type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA / <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> MIÓTICO <input type="checkbox"/> DOR: <u>Torácica</u> LOCAL <input type="checkbox"/> DISPNEIA / <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA / <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE / <input type="checkbox"/> HEMOPTISE /	ANTECEDENTES MEDICAMENTOS: <u>-</u> PATOLOGIA(S): <u>-</u> ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: <u>- as 12:30</u> VACINAS: <u>em dia (há 2 anos)</u> <input type="checkbox"/> TCE / <input type="checkbox"/> TRM / <input type="checkbox"/> FRATURA / <input type="checkbox"/> CONTUSÃO / <input type="checkbox"/> ENTORSE / <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / <input type="checkbox"/> FACE / <input type="checkbox"/> PCR / <input type="checkbox"/> FAB / <input type="checkbox"/> FAF / <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO / <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA / <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO / <input type="checkbox"/> DESABAMENTO QU SOTERRAMENTO / <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA / <input checked="" type="checkbox"/> QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA _____ metros
TIPO DE FERIMENTO E LOCAL <u>escoriações face, fronte, braço D.E., cotovelo + MIE na</u>	

STINO: Marcelo Vieira
Local: Hospital Trauma Responsável: CRM PB 9020 Função: _____

DADOS VITAIS:
 VVAA: ☐ Livre ☐ Obstruída RESPIRAÇÃO: ☐ > 30 irpm ☐ < 30 irpm PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☐ Normal PAS: ☐ > 90 mm Hg ☐ < 90 mm Hg
 PA: - FC: 101 FR: - GLICEMIA: - E. Coma: JS SpO2 s/O2: 99 SpO2 c/O2: - T: -

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM:
- INTERVENÇÕES: AVP, imobilizações cont. protocolos.
- EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: paciente acidentado por acidente de trânsito, vítima de queda de moto, encontrada consciente e sentada no asfalto, alegou que se capoteou pelo número da placa, com escoriações em face, fronte, braço D.E.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)
 ENFERMEIRO: Isabela COREN: 231617 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Thaís COREN: _____
 CONDUTOR: Guarilau SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____ MÉDICO (VISTO): _____

2h + MIE na rua, torácica, n.º 1



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Carlos dos Santos Monteiro,
RG nº 2718 094, data de expedição 22/5/13,
Órgão SSP, portador do CPF nº 065559584-80, com
domicílio na cidade de Alhandra, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Projetada, nº m,
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima Fabio Pedro da Silva, cujo o condutor era
Jose Carlos dos Santos Monteiro.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda Fan

Ano: 2008

Placa: MBB 2163

Chassi:

Data do Acidente: 17.07.2016

Local e Data: Goa Pense, 14/03/16

JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

Assinatura do Declarante)

Fabio Pedro da Silva

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



VEITON BRAGA
Notário Público



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmado(s) de
JOSE CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO
Em test. da verdade, Arquivado em 14/03/2016 09:11
Victor Hugo Ferreira de Azevedo - Substituto
[2016-0322] JEMLR 48.49 FASE 1 em 0,25 FEB/16
SELO DIGITAL: #B057941-0B80
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIDADE
 Nº 2.718.094 - 2 VLT
 EMISSÃO 22/05/2013

NOME JOSÉ CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO
 FILHO JOSÉ SEVERINO MONTEIRO
 STRAßTANA ALEXANDRE DOS SANTOS

NATURALIDADE
 ALHANDRA-PB

MASC. N. 2462 FTS 77V LIV. N. 04
 CARTEIRO ALHANDRA-PB
 065.559.584-80

DATA DE NASCIMENTO
 16/05/1976

LE Nº 7.110 DE 2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL
 DEPT. ANÁLISE DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
 P-917

JOSÉ CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
JOSÉ CARLOS DOS SANTOS MONTEIRO

DATA DE NASCIMENTO
16/05/1976

NÚMERO DO TÍTULO
0297 6891 1287

ZONA
073

SEÇÃO
0112

MUNICÍPIO/UF
ALHANDRA/PB

DATA DE EMISSÃO
24/11/2014

JUIZ ELEITORAL



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Fabio Pedro da Silva, portador da carteira de identidade nº 3356991 e inscrito no CPF/MF sob o nº 098143214-00, residente e domiciliado na Rua Profetada Nº 50 Nova Vida, Cidade Pitimbu, Estado Paraíba, 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.

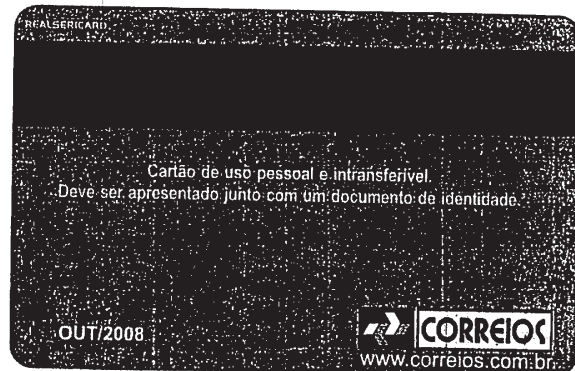
Fabio Pedro da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 14 de Março de 2017

Local e data





[illegible]



Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0835193-70.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se a parte autora para, em 15 dias:

a) emendar a inicial para descrever a lesão, informar a porção corporal por ela atingida, classificar a debilidade permanente de acordo com a tabela contida no Anexo da Lei 6.194/71 e, se for o caso, requantificar o valor pleiteado a título de indenização, sob pena de indeferimento da inicial, por inépcia, vez que dos fatos genericamente narrados e dos fundamentos, não decorre o pedido;

b) juntar procuração firmada à sua advogada, sob pena de extinção do processo;

c) juntar a declaração de pobreza, sob pena de indeferimento da justiça gratuita.

João Pessoa, 07 de março de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito





14ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, 532, 5º ANDAR, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Nº do processo: 0835193-70.2017.8.15.2001

INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

De ordem do MM. Juiz de Direito da vara supra, INTIMO o(a) advogado(a) do(a) autor(a), de todo teor do despacho abaixo:

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se a parte autora para, em 15 dias:

a) emendar a inicial para descrever a lesão, informar a porção corporal por ela atingida, classificar a debilidade permanente de acordo com a tabela contida no Anexo da Lei 6.194/71 e, se for o caso, requantificar o valor pleiteado a título de indenização, sob pena de indeferimento da inicial, por inépcia, vez que dos fatos genericamente narrados e dos fundamentos, não decorre o pedido;

b) juntar procuração firmada à sua advogada, sob pena de extinção do processo;

c) juntar a declaração de pobreza, sob pena de indeferimento da justiça gratuita.

João Pessoa, 07 de março de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito



João Pessoa, 09 de maio de 2018.

Rosa Germana Souza dos Santos Lima

Técnico Judiciário



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

FABIO PEDRO DA SILVA, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida vênia, perante Vossa Excelência, em cumprimento do despacho retro, nos termos do Art. 321 do CPC, informar e requerer o que segue:

O demandante fora vítima de acidente de trânsito e ciente da cobertura do Seguro DPVAT, pleiteou a liberação do mesmo pela VIA ADMINISTRATIVA conforme protocolo de abertura de sinistro junto a Seguradora Líder em anexo.

Cumprir destacar, inobstante ter o promovente obedecido os preceitos insculpidos na Lei 6194/74, a promovida sem qualquer justificativa plausível e como senão bastasse extrapolado o prazo legal de pagamento, cancelou o referido procedimento.

Desta feita, vendo frustrado seus Direitos, a parte autora ingressou com a referida demanda colacionando aos autos o Boletim de Ocorrência e o **Laudo/Prontuário Médico, que ATESTAM o ocorrido e suas LESÕES.**

Pugnou o demandante pela realização de perícia Médica afim de que se possa **ATESTAR as SEQUELAS decorrentes das LESÕES SOFRIDAS, avaliando o segmento corporal afetado e a função acometida, nos termos do artigo 3º, §1º, INC I e II.**

No caso em apreço o Segurado, sofreu lesão em **Membro Superior, com trauma no segmento da clavícula.**

Reitera assim o promovente pela realização de Perícia Médica, **com o fito de atestar e legalmente enquadrar o percentual da sequela resultante no membro afetado e as funções comprometidas e seus reflexos.**

Por fim, considerando que o patamar máximo indenizável é de **ATÉ R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), bem como que a indenização tem percentuais distintos, a ser



aplicado de acordo com sequela avaliada anatômica e funcionalmente, no caso em apreço, entendemos que o percentual máximo a ser aferido, poderá chegar a limite indenizável de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais). Sendo, portanto, esse o valor a ser atribuído a causa.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 29 de maio de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Fabio Pedro da Silva
DATA DE NASCIMENTO	19/11/86
NOME DA MÃE	Zuleide Maria de Lima e Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	934191
DATA DO ATENDIMENTO	17/07/16
HORA DO ATENDIMENTO	20:58
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de clavícula D.
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor torácica, ombro D, região esternal e nariz, mega perda da consciência ou vômitos, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela BMF, Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coluna cervical, tórax, bacia, ombro D, face.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula D.

TRATAMENTO:

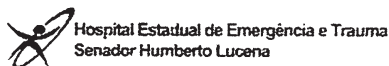
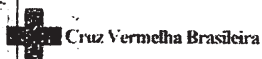
1º atendimento + tratamento conservador de fratura da clavícula D (velpeaux gessado)

ALTA HOSPITALAR:	17/07/16
DATA DA EMISSÃO:	05/12/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 934191



Identificação do paciente						
ID 1060004	Nome FABIO PEDRO DA SILVA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 19/11/1986	Idade 29 anos 7 meses 28 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário		
Mãe ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA	Pai					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CARLOS PEDRO - IRMAO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996424678	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3356991	Nº Cns				
Local de procedência PITIMBU	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
E-mail	Naturalidade RECIFE	CBO/R				
Endereço						
CEP 58324972	Município de residência PITIMBU	UF PB	Logradouro NOVA VIDA, S/N			
Número SN	Complemento ZONA RURAL	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 17/07/2016 20:58:58	Número da pulseira 425829	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por FELIX GONCALVES DE MEDEIROS FILHO						Tempo 03min 37seg

Imprimir

26/09

17/07/2016 21:02





Primeiro Atendimento Médico



4215629
FABIO PEDRO DA SILVA BE.: 934191
DT. NASC.: 19/11/1986
MRE: ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: NOVA VIDA, S/N
N. SN - CENTRO
PITIMBU
FONE: ()
CELULAR: (83) 996424676
IDADE: 29
DT. ENTRADA: 17/07/2016 20:58:58

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de uma caixa mto x carro, em uso de capacete (porém o mesmo foi jetado). Perda da consciência ou vômitos. Queixa de dor torácica em região externa e no uroz.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pervias () Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim ☒ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade
() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2 - RUÍDOS

() sim
() Não
HTD ☒ Roncos
Sibilos
Estertores
HTE ☒ Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ imp SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica

() Pletórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal () Quente () Fria

PULSO ☒ Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO () Regular () Irregular () Ausente

BULHAS () Normatonéticas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO () Presente () Ausente

BE OU B4 () Sim () Não

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: flácido, indolor

DÉFICIT NEUROLÓGICO

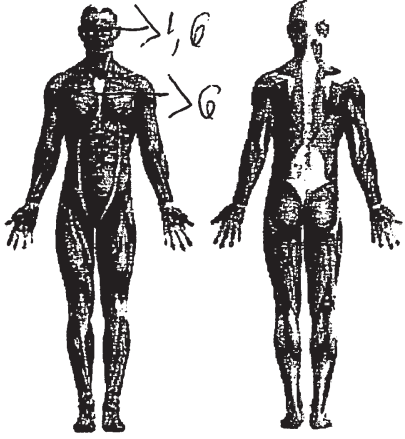
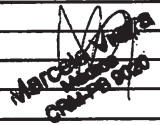
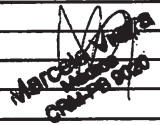
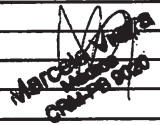
Pupilas: ☒ Fotorreagente () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-1



EXAME SECUNDÁRIO																																								
ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim: _____																																							
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim: _____																																							
IMUNIZAÇÃO	() Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim: _____																																							
PATOLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> Não () Sim: _____																																							
ALIMENTOS INGERIDOS:	() Não () Sim: _____																																							
LOCAL DA LESÃO <small>Identifique o local com o número correspondente ao lado →</small> 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> 1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Erisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante </td> <td style="width: 50%; border: none;"> 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36 </td> </tr> </table>	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Erisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36																																					
1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Erisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36																																							
OBS.: _____																																								
QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau																																								
EXAMES SOLICITADOS <input checked="" type="checkbox"/> Radiografias () Lavado peritoneal () Ultrassonografia (FAST) () Gasometria arterial () Tomografia computadorizada () Tipagem sanguínea																																								
PROCEDIMENTOS REALIZADOS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">Nº</th> <th style="width: 55%;">CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th style="width: 10%;">CÓDIGO</th> <th style="width: 30%;">ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1º atendimento</td> <td></td> <td rowspan="6" style="text-align: center; vertical-align: middle;">  </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>SRL 500ml EV agora</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Dipiridone 1g + AD EV agora</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Filatel 20mg + AD EV agora</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nº	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1	1º atendimento			2			3			4	SRL 500ml EV agora		5	Dipiridone 1g + AD EV agora		6	Filatel 20mg + AD EV agora		7				8				9				10			
Nº	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																					
1	1º atendimento																																							
2																																								
3																																								
4	SRL 500ml EV agora																																							
5	Dipiridone 1g + AD EV agora																																							
6	Filatel 20mg + AD EV agora																																							
7																																								
8																																								
9																																								
10																																								
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO Solicito parecer da <u>DMT</u> / <u>Ortopedia</u> às ____ : ____ do dia ____ / ____ / ____ Solicito parecer da _____ / _____ às ____ : ____ do dia ____ / ____ / ____																																								
DESTINO DO PACIENTE DATA _____ DA _____ SAÍDA _____ HORAS: _____ () Centro cirúrgico () Transferência (unidade de saúde) _____ () Internado (setor) _____ () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><u>Dr. João Bartolomeu Pinto Ribeiro</u> Ortopedia CRM-RS 4518x</p> <p>_____ ASSINATURA/CARIMBO</p> </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <p>_____ ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL</p> </div> </div>																																								

F(NG).CC.001-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



4215029 BE.: 934191
FABIO PEDRO DA SILVA
DT. NASC.: 19/11/1986
MAE: ZULEIDE MARIA DE LIMA E SILVA
END.: NOVA VIDA, S/N
N. SN - CENTRO
PITIMBU
FONE: ()
CELULAR: (03) 996424678
IDADE: 28
DT. ENTRADA: 17/07/2016 20:58:58

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		<p>CBMF</p> <p>Paciente vítima de acidente motociclístico apresentando trauma em face. Negas demais a vítima no momento em REO, consciente orientado, contactante com queixa de dor intensa em ombro (C). Ao exame ausência de deformação óssea palpável em face. sem queixas de alterações visuais oculares ou de vias aéreas superiores. Manobras extensas em frontal a (D) + região paranasal (E), sem sinais clínicos ou radiográficos sugestivos de fraturas em face.</p> <p>CD: ① Exame clínico ② Oriento cuidados ③ Alta da BNF ④ Solicito avaliação da Ortopedia</p> <p>Ana Karina Tormes Cirurgia Bucimaxilofacial 18/07/16</p> <p>Andropich Furt. cop Dr. Chant conclut - Vel. Peter J. S. &</p> <p>Dr. João da Mota Pinto Rebelo Ortopedia CRM-FB 45566</p>

F(NG).ENF.018-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: FABIO PEDRO DA SILVA
BE: 934191
DATA: 19/7/2016 15:08
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/07/2016.

RX. COLUNA CERVICAL P
VÉRTEBRAS CERVICAIS VISIBILIZADAS DE ASPECTO NORMAL.

RX. TÓRAX AP
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. BACIA AP
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. OMBRO DIREITO AP
FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA.

RX. DA FACE
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
NÃO VISIBILIZAMOS IMAGEM DE FRATURA.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

18

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645





Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital

DESPACHO

V i s t o s , e t c .
A c o l h o a e m e n d a r e t r o .
Deixo de designar audiência junto ao Centro Judicial de Solução Consensual de conflitos - CEJUSC deste Fórum central, nos termos dos arts. 334 e seguintes do NCPC, em razão de se tratar de processo de DPVAT ajuizado há mais de dois anos e em que ainda não foi instaurado o contraditório. DESSA FORMA, por medida de celeridade processual, CITE-SE A RÉ PARA APRESENTAR CONTESTAÇÃO EM QUINZE DIAS, SOB PENA DE REVELIA. Cumpra-se com gratuidade.

João Pessoa - PB, (data do protocolo eletrônico).

ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO

JUIZ DE DIREITO



Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0835193-70.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 14ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte Nome: B R A D E S C O S E G U R O S S / A Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131 para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 9 de agosto de 2019.

De ordem, KAREN ROSALIN DE ALMEIDA ROCHA MAGALHAES
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

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



C E R T I D ã O

Certifico que, citei e intimei a parte indicada na pessoa do seu representante legal Sr^a. VANDA CARMEM FABRICIO WANDERLEY, que após as formalidades legais ezarou seu ciente. Dou fé.

JOÃO PESSOA, 12 DE AGOSTO DE 2019



Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0835193-70.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [SEGURO]


MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 14ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte
Nome: BRADESCO SEGUROS S/A
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão
aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 9 de agosto de 2019.

De orden, KAREN ROSALIN DE ALMEIDA ROCHA MAGALHAES
Servidor


PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
XXXXXXXXXXXXXX

 Assinado eletronicamente por: KAREN ROSALIN DE ALMEIDA
ROCHA MAGALHAES
09/08/2019 04:11:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 23364257



19080904110897700000022649931




Vanda Carmem Patrício Wanderley
Gerente Operacional
Bradesco - 09-Ago-2019-13:03-179759-d/
8337/Sucursal João Pessoa - PB
Bradesco Auto Re Cia de Seguros.



