

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

EDIGLEI DE SOUSA SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG 3.806.584 – SSP/PB, inscrito no CPF sob o nº 107.715.714-29, residente e domiciliado no Sítio Amaro, zona rural, município de Domingos/PB.

OUTORGADO:

LUCIANO MONTEIRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PB – 20.528, inscrito no CPF 074.935.234-52, com endereço na Rua Lopes de Figueiredo, S/N, Centro, município de Jericó/PB, CEP: 58.830-00. Fone: (83) 99960-0238.

PODERES:

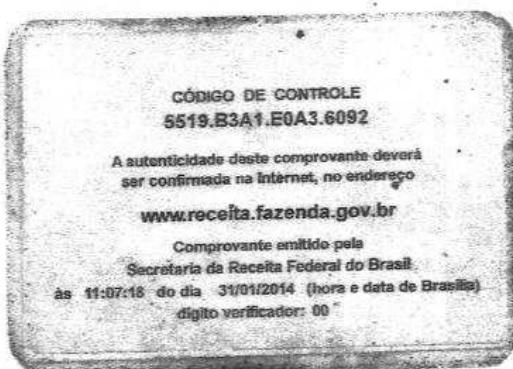
Amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita, de conformidade com a Lei 1.060/50, em repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o (a) outorgante seja Autor(a), e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação e alvará judicial. Inclusive, ter acesso, solicitar cópia e requerer o que entender pertinente sobre documentos sigilosos, laudos periciais e procedimentos investigatórios, tanto na esfera administrativa, quanto na judicial. Reter valores contratados de honorários advocatícios e despesas do advogado, renunciar os valores que ultrapassarem o teto dos juizados especiais estaduais (40 salário mínimos) ou federais (60 salários mínimos), bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Jericó/PB, 15 de JUNHO de 2018.

Ediglei de Sousa Santos
OUTORGANTE

Rua Lopes de Figueiredo, S/N, Centro, Jericó/PB | CEP 58830-000
lucianomonteiro.adv@hotmail.com | (83) 9.9960-0238





Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2017

Carta nº 10287491

a/c: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Sinistro: 3160379331 ASL-0925372/16
Vitima: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS
Data Acidente: 20/02/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Pag. 0161/0162 - carta_16

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
3^a REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA PATOS-PB
19^a ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA SOUSA-PB
2^a DELEGACIA DISTRITAL DE POMBAL-PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 154/2016



Natureza da ocorrência: Acidente de Trânsito.

Data e Hora do Fato: 20/02/2016, às 15h.00min.

Data e hora da comunicação: 22/03/2016, às 09h.54min.

Local do Ocorrido: Sítio Santo Amaro, Município de São Domingos – PB.

Do comunicante/Vítima: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS, brasileiro, natural de Pombal – PB, solteiro, nascido em 24/03/1986, agricultor, alfabetizado, RG. nº. 3806584-SSP-PB, CPF, 107.715.714-29, filho de José Felizardo dos Santos e de Josefa Eugenia de Sousa Santos, residente no Sítio Santo Amaro, Município de São Domingos – PB.

Testemunhas:

1 – Gesseni Rodrigues de Sousa, residente na rua Domingos de Medeiros, s/n, Conjunto Francisco Paulino, nesta cidade.

2 – Temistocles Henrique de Sousa neto, residente no Sítio Santo Amaro, Município de São Domingos – PB.

Narração do fato: Noticia a vítima que na data, horário e local supra mencionado, saiu da cidade de Pombal – PB, com destino a sua residência no endereço supra mencionado, conduzindo a Motocicleta Honda/CG 150 Titan KS, Placa MON-5316/PB, Cor Preta, Ano 2008, Chassi nº. 9C2KC08108R235371, licenciada em nome de José Willame de Sousa Santos, de propriedade da vítima, que no endereço supra mencionado, a vítima perdeu sua mão de direção, chegando a cair ao solo, que a vítima foi socorrida para o Hospital Regional de Pombal – PB, onde teve fratura no braço esquerdo.

Pombal - PB, 22/03/2016.

Comunicante/Vítima: x Ediglei de Sousa Santos

Testemunha: Gesseni Rodrigues de Souza

Testemunha: Temistocles Henrique de Souza Neto

Escrivão:

DIASDETE GUILHERME DA SILVA

Delegado de Polícia

Matr. 070.8404

2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMETOS
NOTAS E PROTESTO PON34L-PB
André Luiz E. de Queiroz
Tabelião Substituto

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROZ
Dir.: JOANA D'ARC FILHAS DE QUEIROZ
Sub: ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROZ
A presente fotocópia confere com a original exposta nas notas. Documento
POMBAL Paraíba, 11/05/2016
Série Digital de fiscalização Tipo Normal C-ADG39307-NFCE
Confira os dados do ato em <https://www.ejudicial.jus.br>
EMB: POMPA 1.15|FFE 0.48|SIS 0.48|TT 2.27



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.

FII: EDIGLÉI DE SOUSA SANTOS
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.806.584 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 30/10/2009
 CPF 107715714-29 /CNPJ 00000000000000000000 PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDIGLÉI DE SOUSA SANTOS, 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 aparecerem 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 POUPIANCA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas 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 invalido 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 colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
 N° do BANCO _____ N° da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANCA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
 N° do BANCO CEF N° da AGENCIA (com dígito, se existir) 07302 N° da CONTA (com dígito, se existir) 33173-4

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

Roman - PB, 18 de Maio de 2016 Ediglêi de Sousa Santos
 LOCAL E DATA 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.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edigles de Sousa Santos, portador da carteira de identidade nº 3.806.589 e inscrito no CPF/MF sob o nº 107.715.714-29, residente e domiciliado na RUA ZONA RURAL SETOR SANTO AMARO, Cidade SÃO DOMINGOS, 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Edigles de Sousa Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pombal-PB, 18 de Março de 2016

Local e data



Declaracão do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE WILLAME DE SOUSA SANTOS
RG nº 2782175 - 2º via, data de expedição 14/04/11.
Órgão SSSD, portador do CPF nº 04413329430, com
domicílio na cidade de SÃO DOMINGOS, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO SANTO AMARO nº _____.
complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDIGLEI DE SOUSA SANTOS, cujo o condutor era
EDIGLEI DE SOUSA SANTOS.

Veículo: HONDA MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: MON 5316/PB
Chassi: 9C2KC08108R235371
Data do Acidente: 20/02/2016
Local e Data: Pernambul 22 de março de 2016

JOSE WILTON DE SOUZA SANTOS
Assinatura do Declarante

Edigui de Souza Santos

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

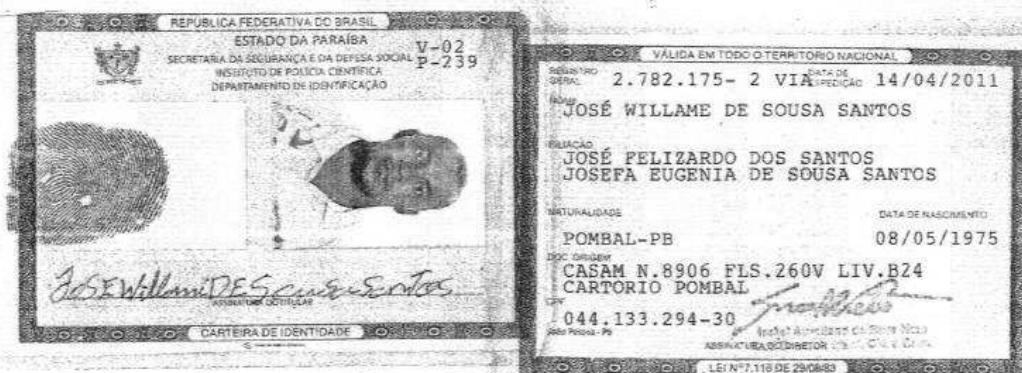
CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA	
NºC. JOANA D'ARC ELIAS DE QUEIROGA	
Sub. ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA	
Encarregado (POR APRESENTAÇÃO) à firma de: JOSE WILLIAN DE SOUZA SANTOS -	
- testemunha - <i>Quimbra</i> verdade. Deu na formal-Peculiar, calmo e liso de depoimento de dada data, a dizer-se assim: SOUZA Sou Digital de fiscalização Típus Normal B-ADG-1085-SRJ Confira os dados do site em https://safedigital.tjpb.jus.br EMOLUM. RR. 7.75 FARPEM RS. 0,23 FEPJF RS. 0,38	
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE	





Assinado eletronicamente por: LUCIANO MONTEIRO DA SILVA - 18/06/2018 10:05:52
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061810012306800000014510253>
Número do documento: 18061810012306800000014510253

Num. 14872508 Pág. 4



Assinado eletronicamente por: LUCIANO MONTEIRO DA SILVA - 18/06/2018 10:05:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061810012306800000014510253>
Número do documento: 18061810012306800000014510253

Num. 14872598 - Pág. 5

Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **EDIGLEI** DE **SOUZA SANTOS**

DATA DO ACIDENTE **20/03/16** CPF DA VÍTIMA **103.715.744-29**

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO **EDIGLEI** DE **SOUZA SANTOS**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR **X** VÍTIMA

A VÍTIMA É REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARÂNTESCO COM

ENDRESCO DO PORTADOR **SIT RUA VASCONCELOS / XERIM AMARAL**

Nº **51** COMPLEMENTO

CIDADE **São Bernardo do Campo** UF **SP** BAIRRO **ABAETE MUNICIPAL**

E-MAIL **lourencoed@yahoo.com.br** CEP **56883-000**

TELEFONE **(13) 3431-2489**

MARQUE **(X)** PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

X REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

X CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X (CPF DA VÍTIMA) (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

X LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

X NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AFTA DEFINITIVA

X BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

X COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

X COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

X COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

RELATORIO DO MEDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



ECT - EMEI DIFAS. DE COMERCIO E TELEFONOS
Av. 30301025 - AC FONTEL

FONTEL - PB
CNPJ...: 34028316371519 Tel.:
Ins Est.: 16074550

CONFIRMANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOL SEGU
CNPJ/CPF: 05248600000104
Doc. Post: 165794497
Contrato.: 9912220636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao.: 62267855

Movimento.: 13/06/2018 Hora.: 15:27:17
Caixa.: 75061910 Matricula.: 64784970
Lancamento.: (20) Atenção.: 00014
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1142957499

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SEGURO IPAT	1	16,53
Valor do Porte(R\$)		18,58
CNPJ/CPF Remet.	1077571429	
Nome Receptor:	EDILEICE DE SOUSA SANTOS	
Endereco Remet.	STO ALTO VERMELHO XEREM	
Cont. Endereco:	STO ANAIS SN - ZONA RUR	
Cap. Receptor:	58840-000	
Cidade Remet.	FONTEL	
UF Remet.	PB	
SEDEX - CONTRATO	1	44,02+
Valor do Porte(R\$)		44,02
Cap. Destino:	20031-215 (RJ)	
Peso real (KG)		0,150
Peso Tarifado:		0,150
OBJETO:	SMS1657175068	

PE - 4 ED - 5 ES - S

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 62,60

Valor Declarado não foi cobrado(R\$)

No caso de objeto com valor, faça seguro, declarando o valor do objeto.

PE - Prazo final de entrega em dias úteis.
ED - Entrega domiciliar - Sim/Não.
ES - Entrega sábado - Sim/Não.
RE - Restrição de entrega - Sim/Não.

Para fins de contagem do prazo de entrega, sábados, domingos e feriados não são considerados dias úteis.
Postagens ocorridas aos sábados, domingo e feriados, considerar o próximo dia útil como o "Dia da Postagem".

A FATAR

Reconheço a prestação dos(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) passarei mediante apresentação da fatura. Os valores constantes deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais.

Name: _____ RG: _____
Ass. Responsável: _____

SERV. POSTAIS, DIRETOS E REVIRES-LEI 6538/78

CAC - Capital e Região Metropolitana: 30030100
Detalhado Localidades: 0800/257202 Subjetivos e
Reclamações: 0800/250100 www.correios.com.br

  SUS ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS									
CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.269/0004-03 NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO ENDERECO: RUA CEL. JOÃO LENTE CIDADE: POMBAL		Paciente: EDIGLEI SOUSA SANTOS Mae: JOSEFA EUGENIA DE SOUSA SANTOS Nascimento: 24/03/1986 Idade: 29 Cor: PRETA Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço: SITIO SANTO AMARO Bairro: ZONA RURAL Cidade: SAO DOMINGOS - PB CEP: 58653-000 DS: 206-2956-2894-0003 CPF: Data / hora: 24/02/2016 15:01:46 Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA SPO: _____ FC: _____ HGT: _____ GESTANTE: SIM() NAO() SEMANAS _____ PESO: _____ PA: _____ TEMP: _____									
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) <i>Mulher de moto nômade</i> <i>Mulher pente chita</i>		CARÁTER DO ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS PROCEDIMENTO / DESCRIÇÃO: PROCEDIMENTO Descrição									
DIAGNÓSTICO CID-10:		MEDICAÇÃO <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA</td> <td><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</td> <td><input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. APLICADA</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL</td> <td><input type="checkbox"/> ÓBITO</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> </tr> </table> SERVICOS REALIZADOS / CÓDIGO / PROCEDIMENTO 1 - 030.1020072 2 - 2258170 3 - 2258170 <small>Ass. dos profissionais Assistentes - carimbos</small>		<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO								
<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS								
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS) <i>Mulher de moto nômade</i> <i>Mulher pente chita</i>		Médico / Crm / Cns: DENIS ROCHA FORTINHA - 7084 - 111-1111-1111-1111 ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: _____ ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo: _____ ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo: _____									
RESULTADOS <i>Mulher de moto nômade</i> <i>Mulher pente chita</i>		CBO: _____ Preencher Direto									



Paciente: EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Nº do Paciente: 1500040338

Data de Nascimento: 24/03/1986

Solicitante:

Data do Exame: 01/04/2016

Nº do Exame:

Procedência: Paciente Interno

Sexo: M

Convênio:

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO COTOVELO ESQUERDO AP/PERFIL

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Fratura.

TÉCNICA:

Incidências em AP e perfil.

RELATÓRIO:

Tala gessada.

Fratura impactada do colo do rádio com angulação posterior da diáfise radial.

Relações articulares mantidas.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

A handwritten signature in cursive script, which appears to read "Carla Fanchiotti Costa".

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa | CRM 10231-ES através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 01/04/2016 17:59:26 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas complementares com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relatório se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Rua Cel. João Correiro, Nº368, Centro
Fone:(83)3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB

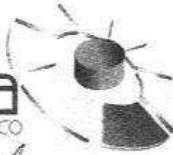


Assinado eletronicamente por: LUCIANO MONTEIRO DA SILVA - 18/06/2018 10:05:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1806181004242810000014510403>
Número do documento: 1806181004242810000014510403

Num. 14872757 - Pág. 4

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Edifício São João

Solicito
Rx do Cetotetano.

01/04/2016

Dr. Paulo Neide Melo Fraga
CRMF 5374
MS: 898900435552467

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone:(83)3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB

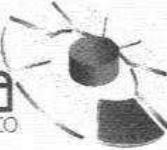


Assinado eletronicamente por: LUCIANO MONTEIRO DA SILVA - 18/06/2018 10:05:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1806181004242810000014510403>
Número do documento: 1806181004242810000014510403

Num. 14872757 - Pág. 5

Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Alefrolo

Atéto para o servidores
que Edijay de Souza Santos
que faleceu CID 10 S52.1
com patologias Rágido em branco
com colostomia Rágido em branco
enorme, seu conhecimento de trabalho
é reumato de avólio que perdeu
do INSS.

05/05/2016

Dr. Paulo Heide Melo Freitas
CRM 5374
MS: 80699435552467

Rua Cel. João Carneiro, Nº368, Centro
Fone:(83)3431-2020 / 99989-0097 | Pombal-PB



Assinado eletronicamente por: LUCIANO MONTEIRO DA SILVA - 18/06/2018 10:05:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061810042428100000014510403>
Número do documento: 18061810042428100000014510403

Num. 14872757 - Pág. 6



CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Santa Cecília
Clínica Médica em Geral

CNPJ 07.198.916/0001-36 - INSC. MUNIC. 1.101.1.0255

Rua Cel. João Carneiro, 236 - Centro - Fone: (83) 3431-2820 - Pombal-PB

**NOTA FISCAL
DE SERVIÇOS**

No. 04335

CLIENTE DE QUALQUER NATUREZA

Name: Edilson da Souza Santos.

Nome: Paulo
Endereço: Rua das Flores

Bairro: _____ Cidade: *Aracaju*

Grade 8th Feminine

Nº _____
Estado: 2012

CNPJ/CPE: 107.715.714-29 Ins. Estadual

Atividade de Operação - Prestação de Serviços:

Natureza da Operação - Prestação de Serviços.

Em 12 de 04 de 16. Condição de Pagamento:

Disponibilização dos Serviços

Quant.	Unid.	Descrição dos Serviços	Preços	
			Unidade	Total
01		taxi categoria Esquadrão	R\$ 00	R\$ 00
		Vista fiscal realizada em máquina de rodízio no dia 03/10/11/16		

**NÃO TEM VALOR
COMO REGISTRO.**

BIBLIOGRAPHY

Wert des Services B3 : 70,- GO

12. 70.00

Braúca Andrade e Fotolito - Rua João Pessoa, 122 - Centro - Fone: (03) 3431-2257/9947-0080 - Ponsal-PB - CNPJ 03.120.645/0002-37 - Ins. Est. 16.203.566-8



EDIGLEI DE SOUISA SANTOS
30S.M.1500040338

EDIGLEI DE SOUISA SANTOS
30S.M.1500040338

CLINICA SANTA

30/03/2016 13:55:13
C 475
2 cm L 4118 CLINICA SANTA

30/03/2016 13:55:13
C 1584
3 cm L 4103



Assinado eletronicamente por: LUCIANO MONTEIRO DA SILVA - 18/06/2018 10:05:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1806181004242810000014510403>
Número do documento: 1806181004242810000014510403

Num. 14872757 - Pág. 8

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **EDIGLEI DE SOUSA SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG 3.806.584 – SSP/PB, inscrito no CPF sob o nº 107.715.714-29, residente e domiciliado no Sítio Amaro, zona rural, município de Domingos/PB, DECLARO que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, pobre, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50.

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

Por ser verdade, firmo o presente.

Jericó/PB, 15 de JUNHO de 2018.

** Ediglei de Sousa Santos*

Rua Lopes de Figueiredo, S/N, Centro, Jericó/PB | CEP 58830-000
lucianomonteiro.adv@hotmail.com | (83) 9.9960-0238



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Bolso para simples pagamento da nota fiscalização de energia elétrica - NP 006.622.580



LUC. INSTITUCIONAL ENERGISA
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-460
CNPJ 35.095.183 / 0901-40 - Inscrev. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

EDIGLEI DE SOUSA SANTOS
SIT ALTO VERMELHO XEREMISTO AMARO
SAO DOMINGOS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/777152-0

REFERÊNCIA:

MAI/2018

APRESENTAÇÃO

17/05/2018

CONSUMO

97

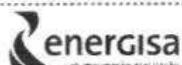
VENCIMENTO

24/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,80

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE PÁGINA

EDIGLEI DE SOUSA SANTOS

Roteiro: 09-233-561-1480

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/06/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
24/05/2018	R\$ 70,80	777152-2018-05-9



Assinado eletronicamente por: LUCIANO MONTEIRO DA SILVA - 18/06/2018 10:05:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061810051301500000014510442>
Número do documento: 18061810051301500000014510442

Num. 14872796 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Mista de Pombal**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800814-28.2018.8.15.0301

DESPACHO

Vistos, etc.

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.
2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.
3. CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais árbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.
4. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.
5. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.
6. NOMEIO a Dr^a. Rayssa Dantas de Azevedo Almeida, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.
7. Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se a perita acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intimem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.
8. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?
9. Após a apresentação do laudo pericial, intimem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.



10. Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade da *expert*.

11. Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, 20 de junho de 2018.

Juiz(a) de Direito

