

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE (S): HÉLIO LOPES DA SILVA, brasileiro, solteiro, professor, inscrito no CPF sob o nº 055.766.744-56, residente e domiciliado a Rua João Galiza de Andrade, nº 492, apartamento nº 202, Bairro: Bancários, João Pessoa-PB, CEP: 58051-180

OUTORGADO(a): CLAUDIO ROBERTO LOPES DINIZ, brasileiro, casado, Advogado, OAB/PB 8023, com escritório profissional a rua Manoel Gadelha Filho, s/n Cotton Shopping Center, sala 13 - Sousa-PB; e **SARA OLÍVIA MOREIRA BATISTA**, brasileira, solteira, Advogada, OAB/PB: 26200, com escritório profissional a rua Manoel Gadelha Filho, s/n Cotton Shopping Center, sala 13 - Sousa-PB.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, para o fim de propor **Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT** em face da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Sousa, PB, 21.02.2019

Hélio Lopes da Silva
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

HÉLIO LOPES DA SILVA, brasileiro, solteiro, professor, inscrito no CPF sob o nº 055.766.744-56, residente e domiciliado a Rua João Galiza de Andrade, nº 492, apartamento nº 202, Bairro: Bancários, João Pessoa-PB, CEP: 58051-180.

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

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

Sousa – PB, 21.02.2019

Hélio Lopes da Silva
Declarante



ANA LUCIA NAVARRO DE SOUSA
RUA DAS CALDEIRAS DE ANGRADE, 467 AP 202 - BANCARIOS
JOAO PESSOA - PB CEP: 58021-180/AG-11

Emissão 04/11/2018 - Referência Dec-2018
CARTÃO DE RESIDÊNCIA / RESIDENCIAL MONOPOLICO

RESIDENCIAL RESIDENCIAL MONOPOLICO
Piso 100-100-100-100

Postcode: 1-5-22-2870 - Telephone: 00000013855

BRUNNEN VERLAG, DISTRIBUIDORA EDITIONS SA
001425 - Cross Reference: 001425-10 - 001425-11
001425-12 - 001425-13 - 001425-14

Atendimento ao Cliente ENERGESA | 0800 083 0196 | Acesse: www.energesa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Dez / 2018	04/12/2018	04/01/2019	T13.634.084-03

UC (Unidade Consumidora): 61313530-4

Canal de contacto

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Leritura	Data	Leritura					
05/11/18	551304	04/12/18	554111	1		77		29
Demonstrativo								
Cl.	Descrição	Quantidade	Tarifa C	Valor Base Calc.	Ajust. Incm (R\$)	Base Calc. Pct(R\$)	Cálculo	
				Tributos Total(R\$)	CMPS(R\$)	ICMS		
G1	Consumo em kWh	77.900	0,329810	63,88	63,88	25	15,87	63,88
G1	Adic. B. Amanhã			0,95	0,95	25	0,23	0,95
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
07	CONTRIBUÍR SERVILUM FURICA			2,58	0,00	0	0,00	0,00

15 - Endereçamento e classificação do item - TOTAL 72,13 84,92 10,20 84,92 6,70 0,00

VENCIMIENTO

TOTAL A PAGAR

76	11/12/2018	R\$ 67,42																				
Historico de Consumo (kWh)																						
85		79		69		89		81		77		75		73		78		67		72		85

d276 3bf8 8d2b 228c 8409 5591 8d92 5b5c

492.500.

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	10/2011	Limite de Tensão (V)
DIG NENGA	5,37	0,00		
DIG TRIMESTRAL	10,15		NOMINAL	220
DIG ANUAL	20,30			
FIC MENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	6,80		LIMITE INFERIOR	203
FIC ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR	231
EMG	2,86	0,00		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia e Pôs	15,86	23,52
Compra de Energia	22,62	33,55
Serviços de Transmissão	7,47	3,86
Encargos Setoriais	3,75	5,56
Impostos Diretos e Encargos	22,72	33,70
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	87,42	100,00

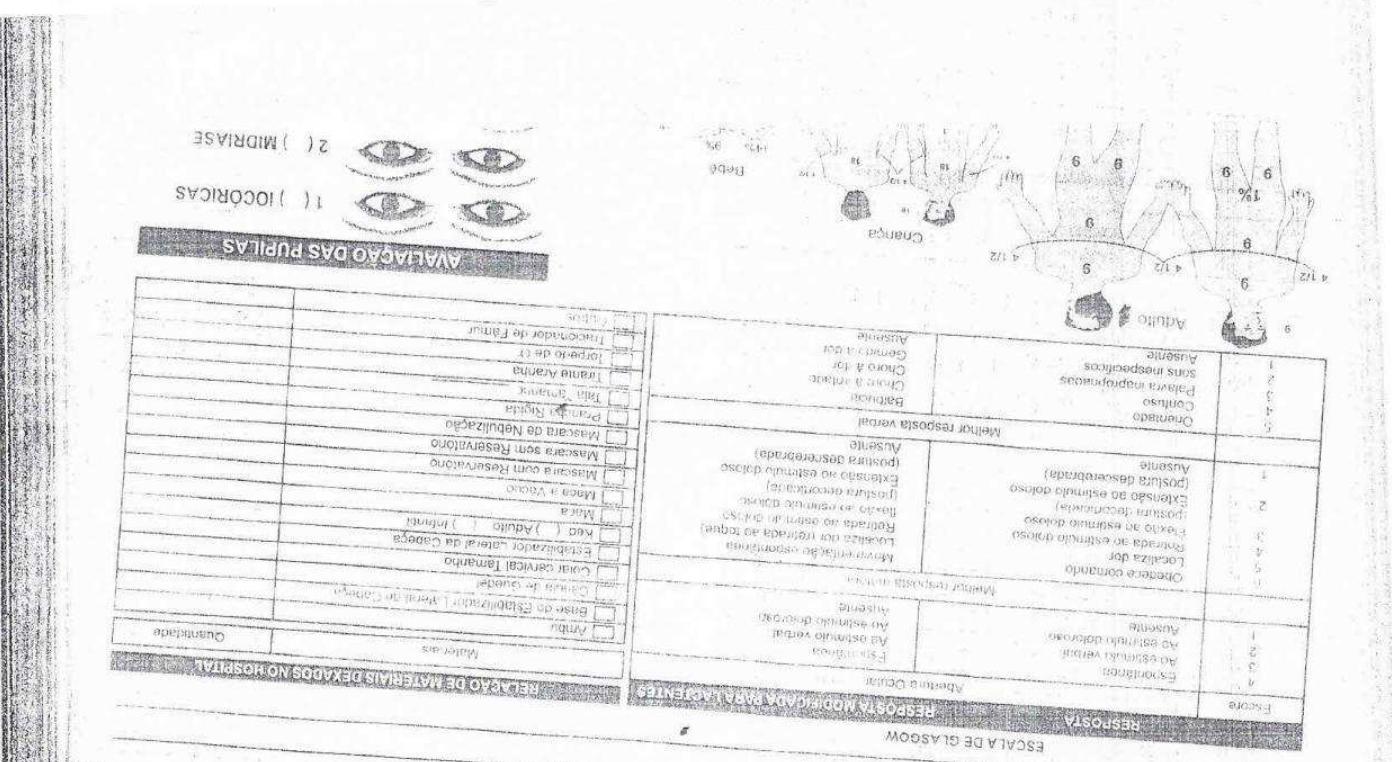
0,00

www.wiley.com/go/astro



Assinado eletronicamente por: SARA OLIVIA MOREIRA BATISTA - 07/03/2019 17:46:43
<http://pie.tjpj.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19030717225223200000019105216>
Número do documento: 19030717225223200000019105216

Núm. 19635393 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SARA OLIVIA MOREIRA BATISTA - 07/03/2019 17:46:46
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1903071723467620000019105261>
Número do documento: 1903071723467620000019105261

Núm. 19635439 - Pág. 1

192

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

Sousa, 07 de Julho de 2016.

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 07 de Julho de 2016 passa a informar o que seque:

Nº da ocorrência: 0024

Vitima: Hélio Lopes da Silva

Sexo: Masculino

Data: 07/05/16

Local da Ocorrência: Via Publica (PONTE DO GORDINHO)

Médico Intervencionista: Dr Felipe

Viatura: USB03

Condutor: Edmilson

Téc. Enfermagem: Raquel

Enfermeiro : Daniela

Natureza da Ocorrência: USB03 acionada para atendimento a vitima queda de moto.
No local vitima consciente, orientada, com pequenas escoriações MMSE e ombro, hálito etílico. Imobilizado em prancha rígida e membros, colar cervical mais AVP e encaminhado à HRS, sob- regulação medica para avaliação.

Amanda Sibele Melo Diniz

Amanda Sibele Melo Diniz
Coordenadora Administrativa

Amanda Sibele Melo Diniz
Amanda Sibele Melo Diniz
Coordenadora Administrativa



22

DADOS PESSOAIS:

NOME: Helie Lopes da Silva
CONTATOS: 9359-9322 WATS/EMAIL: 9396-2088 (Helie)

ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO: Professor

APELIDO:

PONTO DE REFERENCIA:

ENDEREÇO:

DADOS DO SINISTRO:

CNH: SIM () / NÃO ()

SITUAÇÃO DA MOTO: VITIMA () / TERCEIROS () CONHECE O DONO: SIM () / NÃO ()

LOCAL DO ACIDENTE: Prac. A Ponte do Gordinho, Bairro: Estreito

DATA DO SINISTRO: 07/05/2016 HORARIO: 19 : 30 HORAS

SOCORRIDO POR: () SAMU () BOMBEIROS () TERCEIROS

CORRETOR: Cosbritorne

DATA DE ENTRADA: 09/05/2016.

RELATÓRIO DO ACIDENTE:

Condutor: Vinícius da Vinícius Lopes da Silva

O declarante seguia de garupa, quando ao tentar desviar de um carro, perdeu o controle da moto e bateu a pista.

LESÃO:

INFORMANTE: A

Bela Lopes da Silva.

0558.01:

39965-

ADEMIR VERAS





**SAMU
192**

Prefeitura Municipal de Sousa

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

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA. **03**

**PREFEITURA DE
Sousa**

AGORA É A VEZ DE TODOS

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

07/05/16	00:24	Paciente: Lislânia Local da Ocorrência: Via Pública (ponte do Gericinó)	Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Apelo no Local:	PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro: _____	Bairro: _____	Médico Regulador: _____	

DESTINO

Local: **HRG**

TRAUMA

R. Paulo Arthur de A. Bastos
CINERGIE Serraria

OBS: _____

SIM NÃO

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAGEM (TIPO DE AGRAVO / NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA

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

EXAME FÍSICO MÉDICO

ENCONTRADO: <input type="checkbox"/> DECUBITO LATERAL <input type="checkbox"/> BORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input checked="" type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> DENTRO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> FORA DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO
EM CIMA DE: <input type="checkbox"/> OUTRO: _____
Nível de Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> HALITO ÉTICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO
Qualix: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL <input type="checkbox"/> PARESTESIA / LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRA

LESÕES APRESENTADAS: <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES / LOCAL: USE ombro <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: <input type="checkbox"/> Ruptura muscular / LOCAL
<input type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: <input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL
<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL: <input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL
<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> OUTRO

DADOS VITAIS

V.V.A.: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: 130 bpm FC Final: 140 bpm PULSO RADIAL: 140 bpm PRESIDENTE: 0 AUSENTE: 0
FC INICIAL: 130 bpm FC Final: 140 bpm PAS (mmHg): > 90 < 90 140/90 2 SEGUNDOS - MMII: 0 < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: 94%
PADRÃO REPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR-PERFUSÃO MMII: <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - MMII: <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: 94%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

<input checked="" type="checkbox"/> POLAR CERVICAL TAM: 14 <input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA <input type="checkbox"/> TIRANTES / <input type="checkbox"/> PRANCHAS RÍGIDAS / <input type="checkbox"/> KED / <input type="checkbox"/> TALAS DE EXTREMIDADES
<input type="checkbox"/> A. V. P. COM ABOCATH Nº: 7 <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD / SG <input type="checkbox"/> SF 0.9% <input type="checkbox"/> SG <input type="checkbox"/> PI MEDICAÇÃO 021/min. <input type="checkbox"/> MASCARA COM RESER. <input type="checkbox"/> CATETER NASAL / <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO / <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> VIE / <input type="checkbox"/> MID / <input type="checkbox"/> MALAR VACUO /
<input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO / <input type="checkbox"/> EXTRICAÇÃO / <input type="checkbox"/> CURATIVO / <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO / <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO / <input type="checkbox"/> SIMPLES / <input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL / <input type="checkbox"/> OLHO D / <input type="checkbox"/> VELPEAU / LOCAL / <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO COM ANB / <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DAS VVAA / OUTROS
<input type="checkbox"/> CÁNULA DE QUEDEL Nº: 7 <input type="checkbox"/> CATETER NASAL / <input type="checkbox"/> MASCARA / RESENA / ATRO / <input type="checkbox"/> DRNAGEM / ORAÇAO / <input type="checkbox"/> E / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> PERICARDIOCENTRE / <input type="checkbox"/> V. MECÂNICA / <input type="checkbox"/> CRICO / <input type="checkbox"/> PUNÇÃO / <input type="checkbox"/> CIRURGICA / <input type="checkbox"/> TORACOCENTRE / <input type="checkbox"/> DRENAGEM / ORAÇAO / <input type="checkbox"/> mg / <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM / <input type="checkbox"/> mg / <input type="checkbox"/> DIAZEPAN / <input type="checkbox"/> mg / OUTROS
<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO / <input type="checkbox"/> ECG / <input type="checkbox"/> ETCO ₂ / <input type="checkbox"/> RCP / <input type="checkbox"> MANUAL / <input type="checkbox"/> AUTOPULSE / <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇAO / <input type="checkbox"/> AUTOMATICO - NEUROCAMENTOS EM AMPOLAS / <input type="checkbox"/> FRASCOS EV / <input type="checkbox"/> FENTANIL / <input type="checkbox"/> mg / <input type="checkbox"/> SUCCINILCOLINA / <input type="checkbox"/> mg / <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM / <input type="checkbox"/> mg / <input type="checkbox"> DIAZEPAN / <input type="checkbox"/> mg / OUTROS</input></input>

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: **S. Amélia**

CONDUTOR: **Eduardo**

COREN: _____



**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

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

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
		CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: NATUREZA DA CONSULTA CONSULTA BÁSICA (PAB): CONSULTA ESPECIALIZADA	
		PROCEDIMENTO <i>Graça</i>	
		TIPO DE ATENDIMENTO:	
		<input type="checkbox"/> 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG. <input type="checkbox"/> 02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA) <input type="checkbox"/> 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA) <input type="checkbox"/> 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA /EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE <input type="checkbox"/> 05- VACINAÇÃO DE ROTINA <input type="checkbox"/> 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES); <input type="checkbox"/> 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA; <input type="checkbox"/> 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE; <input type="checkbox"/> 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;	
		MEDICAÇÃO	
		<input type="checkbox"/> 01- PRESCRIT. <input type="checkbox"/> SERV. INTERN. <input checked="" type="checkbox"/> IDÊNCIA INTERN. <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> 02- APLICADA <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> BITO	
		SERVIÇOS REALIZADOS:	
		CÓDIGO PROCEDIMENTO/CBO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		ENCAMINHAMENTO	
		IDADE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		RECEPCIONISTA: <i>RM. 48 Geraldo Bastos</i> <i>3240 - Ger.</i>	
		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(US) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)	
		MATERIAIS – MEDICAMENTOS E OUTROS RECUSOS 1. <input type="checkbox"/> <i>Caracado</i> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/>	
		ASS. DO REVISOR TÉCNICO – CARIMBO	
		ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO-CARIMBO	



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
055.766.744-56

Nome
HELIO LOPES DA SILVA

Nascimento
08/01/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
4063.3C09.29BE.D39A

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:19:42 do dia 10/01/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número **57290** Série **00033**

Heilio lopes das silva
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Helio Lopes da Silva* --

Loc. Nasc: *Sousa* Est: *PB* Data: *08/01/1980*

Filiação: *Joaquim Lopes da Silva e Maria*

Luzia da Silva

Doc. Nº: *RG: 2567250 SSPPB*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado

Obs.: SRTE: *Sousa PB*

Data Emissão: *16/06/09*

Maria Aparecida S. da Silva

Assinatura do Funcionário

Maria Aparecida S. da Silva

RG: 2567250 SSPPB

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria da Conceição S. Figueiredo

RG nº 837.456, data de expedição 05/2013, Órgão

Portador do CPF nº 309 326 964-49, com domicílio na cidade de Sousa, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/
Avenida/Estrada) Rua Joaquim Barbosa 100,

nº 49, 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 Helio Lopes da Silveira,
cujo o condutor era Wenceslau Lopes da Silveira.

Veículo: Honda CG 150 Titan KS

Modelo: 2008

Ano: 2007

Placa: MOA 5756/PB

Chassi: 9G2KC08108R095837

Data do Acidente: _____

Local e Data: _____



Assinatura do Declarante

Proclícia Ferreira Paulino da Silveira

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

JOSE NEVES MOREIRA
Tabel. Bel. Plínio Henrique Rodrigues Neves
Serviço Notarial e Registral
Rua Sargento Edson de Carvalho, 04 - Centro - Sousa/PB
CEP 58080-330 - Fone: (83) 3521-2070

Requerendo, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
PROCLÍCIA FERREIRA PAULINO DA SILVEIRA

Em test. da verdade, Sousa-PB 01/07/2016 09:07:43
Plínio Henrique Rodrigues Neves - Tabelião
(2016-009235)ENOL:R\$ 48,49 FAPENIR R\$ 0,25 FERJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,25
SELO DIGITAL: A0588861-IPCR

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

Plínio Henrique Rodrigues Neves
TABELIÃO DE NOTARIAIS
3º OFÍCIO DE SOUTO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
Nº 012427522963			
VIA	COD. RENAVAM	DATA	EXERCÍCIO
1	0095747774-0	00/00000000	2015
NOME MARIA DO DESTERRO E FIGUEIREDO			
30932696449		PLACA MOA5756/PB	
NOVO		PB	9C2KC08108R095837
TIPO DE VEÍCULO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
HONDA/CG 150 TITAN KS		ANO FAB.	ANO MOD.
2 P/149 /CI		2007	2008
CATEGORIA PARTIC		COR PREDOMINANTE VERMELHA	
COTA UNICA IPVA PAGO EM		VENC. COTA UNICA 23/06/2015	
FAIXA IPVA 0		VENC/COTAS 1 ^a 2 ^a 3 ^a	
PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) SEGURADO		IOF (RS) PAGO	
PRÉMIO TOTAL (RS) SEGURADO		DATA DE PAGAMENTO 23/06/2015	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
SOUSA-PB 42277		19/04/2016	
15016		0	
DENATRAN			
CONTRAN			
CTPA			

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

PB Nº 012427522963 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

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

2015 19/04/2016

VIA	CNPJ	PLACA
1	30932696449	MOA5756/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00957477740	HONDA/CG 150 TITAN KS	
ANO FAB.	ANO MOD.	
2007	9	
CAT. FAB.	CHASSIS	
9C2KC08108R095837		
PRÉMIO TARIFÁRIO		
PNS (RS)	DENATRAN (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (RS)	IOF (RS)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (RS)
*****	SEGURADO	PAGO
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO
<input type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	23/06/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.249.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
15016-1001505-20160419

DEZ-2015



SUPERINTENDÊNCIA DE TRANSPORTES E TRÂNSITO DE SOUSA/PB

sstrans@sousa.pb.gov.br – Tel.: (83) 3521-1007

Rua Sadir Fernandes de Aragão, 65, Areias

CEP: 58.801-570 - Sousa-PB

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

DADOS DO SINISTRO:

NUMERO DE CONTROLE DE REGISTRO:	22/2016	
TIPO DE OCORRENCIA: QUEDA DE MOTO	DATA: 07/05/2016	HORA: 19h20min.
LOCAL: BAIRRO ESTREITO, PRÓXIMO A PONTE DO GORDINHO, SOUSA/PB		
BAIRRO: ESTREITO, SOUSA/PB.	FOI APREENDIDO: SIM NAO <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
VEICULO: MOTOCICLETA	MARCA: HONDA/CG 150 TITAN KS	PLACA: MOA 5756/PB
COR: VERMELHO	ANO: 2007	MOD: 2008 CHASSIS: 9C2KC08108R095837
LICENCIADA EM NOME DE: MARIA DO DESTERRO S FIGUEIREDO	VEÍCULO 02	
VEICULO: NÃO IDENTIFICADO	PLACA-COR:	
MOD	MARCA	ANO
OBS	DADOS DA VÍTIMA	
NOME: HELIO LOPES DA SILVA		
CPF: 055.766.744-56	RG: 2567250	CAT HB: NI
ENDERECO: RUA BASÍLIO SILVA, Nº49, ESTAÇÃO, SOUSA-PB.		
DATA NASCIMENTO: 08/01/1980	NATURALIDADE: SOUSA/PB	
MÃE: MARIA LUIZA DA SILVA	PAI: FRANCISCO LOPES DA SILVA	

DADOS DO CONDUTOR V2

NOME: NÃO IDENTIFICADO		
CPF:	RG:	CAT HB:
ENDERECO:		
DATA NASCIMENTO:	NATURALIDADE:	
MÃE:	PAI:	

NARRAÇÃO DOS FATOS

Compareceu a sede desta Instituição, HELIO LOPES DA SILVA, já qualificado, e declarou que no dia e hora acima citado, seguia na garupa da motocicleta acima informada, a qual era conduzida por VINICIUS DA VINCI LOPES DA SILVA, pelas imediações do bairro Estreito, próximo a Ponte do Gordinho, quando foram surpreendidos por um automóvel que vinha no sentido contrário, e, para evitar uma colisão desviou do citado veículo, momento em que perderam o controle da moto e vindo a cair, oportunidade em que foi socorrido pelo SAMU ao Hospital Regional desta cidade.

AGENTE DE AUTORIDADE DE TRÂNSITO	MATRÍCULA	ASSINATURA

SOUSA-PB, 11 DE JUNHO DE 2016.
Fernando da Silva Freitas
Diretor de Fiscalização

FERNANDO DA SILVA FREITAS

DIRETOR DE FISCALIZAÇÃO SSTRANS SOUSA/PB

MATRÍCULA: 303740

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



Guia de Custas em anexo



Assinado eletronicamente por: SARA OLIVIA MOREIRA BATISTA - 20/03/2019 08:37:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032008373038400000019376962>
Número do documento: 19032008373038400000019376962

Num. 19916455 - Pág. 1

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 037.6.19.00589/01
	Sousa	PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7	Data de emissão: 06/03/2019
Número da guia: 037.2019.600589 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.486,20 - Taxa Judiciária: R\$ 352,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 49,54
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.840,05
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866100000185 400509283182 520190331030 761900589018</p>			Valor final: R\$ 1.840,05

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 037.6.19.00589/01
	Sousa	PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7	Data de emissão: 06/03/2019
Número da guia: 037.2019.600589 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.486,20 - Taxa Judiciária: R\$ 352,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 49,54
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.840,05
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866100000185 400509283182 520190331030 761900589018</p>			Valor final: R\$ 1.840,05

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 037.6.19.00589/01
	Sousa	PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7	Data de emissão: 06/03/2019
Número da guia: 037.2019.600589 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/03/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.486,20 - Taxa Judiciária: R\$ 352,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 49,54
			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.840,05
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866100000185 400509283182 520190331030 761900589018</p>			Valor final: R\$ 1.840,05





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 037.2019.600589

Data Vencimento: 31/03/2019

Data Emissão: 06/03/2019

Comarca: Sousa

Classe: PROCEDIMENTO ORDINARIO - CIVEL - 7

Promovente: Hélio Lopes da Silva

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Valor da Causa: R\$ 23.500,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 1.486,20

Taxa: R\$ 352,50

Total da Guia: R\$ 1.838,70

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: SARA OLIVIA MOREIRA BATISTA - 20/03/2019 08:37:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032008370006500000019376989>
Número do documento: 19032008370006500000019376989

Num. 19916483 - Pág. 2



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
4ª Vara Mista de Sousa

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Processo nº 0800537-59.2019.8.15.0371
AUTOR: HELIO LOPES DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Nome: HELIO LOPES DA SILVA
Endereço: R JOÃO GALIZA DE ANDRADE, 202, APARTAMENTO, JARDIM SÃO PAULO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58051-180
Advogado do(a) AUTOR: SARA OLIVIA MOREIRA BATISTA - PB26200

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
Endereço: Edifício Citibank_**, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

Valor da causa: R\$ 23.500,00

DESPACHO

Visto.

Cuida-se de **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**, ajuizada por HELIO LOPES DA SILVA, devidamente qualificado, através de advogado legalmente constituído, em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A, também devidamente qualificado, pugnando pela procedência dos pedidos descritos na inicial.

É o relatório.

Passo a Fundamentar e a decidir.

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



Assinado eletronicamente por: AGILIO TOMAZ MARQUES - 20/05/2019 15:04:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052013452738100000020705119>
Número do documento: 19052013452738100000020705119

Num. 21302054 - Pág. 1

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

Considerando que a SEGURADORA LÍDER, promovida, reiteradamente não celebra acordos no bojo de processos judiciais, exceto em casos especiais, bem como tendo em mente que a estrutura do Poder Judiciário nesta Comarca não é das mais robustas, não possuindo centro de conciliação, entendo ser desnecessária a designação de audiência de conciliação no presente caso, devendo a parte ré ser **citada para já apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias**.

Seguindo a orientação contida da Recomendação 01/2015 do CNJ, a qual pode ser aplicada analogicamente ao caso em testilha, determino, desde já, **seja designado perito oficial cadastrado no TJPB (médico), atuante nessa Comarca, para realizar perícia médica no autor, a fim de comprovar as sequelas físicas oriundas do acidente automobilístico mencionado na exordial**. Caso haja mais de um perito cadastrado, deverá atentar a escrivanaria para haver proporcionalidade nas indicações, evitando-se privilegiar algum(s) profissional(ais) em detrimento de outros.

Faculto ao autor juntar, no prazo da contestação, quesitos para serem encaminhados ao perito, bem como indicar assistente técnico. Caso já tenha juntado seus quesitos na inicial, desconsiderar esse item do presente despacho.

Outrossim, intime-se a **SEGURADORA LÍDER para efetuar o pagamento, em conta judicial vinculada a este processo, dos honorários periciais**, arbitrados em R\$ 200,00 (duzentos reais), segundo cláusula 1.3 do Convênio 015/2014 TJPB.

Cite-se a promovida para apresentar contestação em 15 (quinze) dias, apresentando seus quesitos, caso queira.

Com o depósito do valor dos honorários, intime-se o Perito indicado, o qual já fica automaticamente nomeado pelo Juízo, encaminhando-lhe os quesitos do Juízo, quais sejam: **1) Qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado e os respectivos CIDs? 2) Existe relação de causa entre o acidente de trânsito noticiado na petição inicial e a(s) lesão(ões) apresenta(s)? 3) Houve debilidade permanente do membro, sentido ou função? 4) A debilidade é de caráter temporário ou definitivo? Qual o grau, em percentagem (de 0% a 100%), da debilidade apresentada?**

Com a designação da data da perícia pelo médico nomeado, intime-se a parte promovente para comparecer ao local designado pelo médico para a realização da perícia, munido, preferencialmente, de seus documentos pessoais e toda e qualquer documentação pertinente à demanda.

Com a entrega do laudo, falem as partes em 10 (dez) dias, informando se têm interesse em conciliar.

E, finalmente, **entregue o laudo, oficie-se ao Banco do Brasil para que transfira o numerário depositado na conta judicial para a conta bancária indicada pelo perito.**

Após o cumprimento de todos os itens acima mencionados, conclusos.

Cumpra-se. Diligências necessárias.

Nos termos do **ART. 108 DO CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL**, da Douta Corregedoria de Justiça da Paraíba, confiro a esta decisão força de **mandado/ofício** para as procedências necessárias ao seu fiel cumprimento.

SOUSA, 20 de maio de 2019

AGILIO TOMAZ MARQUES
Juiz(a) de Direito





Assinado eletronicamente por: AGILIO TOMAZ MARQUES - 20/05/2019 15:04:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052013452738100000020705119>
Número do documento: 19052013452738100000020705119

Num. 21302054 - Pág. 3

Em anexo.



Assinado eletronicamente por: SARA OLIVIA MOREIRA BATISTA - 01/07/2019 11:31:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070111310370900000021686967>
Número do documento: 19070111310370900000021686967

Num. 22342559 - Pág. 1

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, sem reservas de iguais, na pessoa do advogado CLÁUDIO ROBERTO LOPES DINIZ, OAB/PB 8023, com escritório na Rua Manoel Gadelha Filho, Cotton Shopping Center, Sala 33, todos os poderes que a mim foram outorgados por HÉLIO LOPES DA SILVA, para ajuizamentos e demais diligências.

Sousa, PB, 1 de julho de 2019.

Sara Olivia Moreira Batista

OAB/PB 26.200



Assinado eletronicamente por: SARA OLIVIA MOREIRA BATISTA - 01/07/2019 11:31:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070111310470400000021687666>
Número do documento: 19070111310470400000021687666

Num. 22343108 - Pág. 1