

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

Boletim de Atendimento: 925487



Identificação do paciente			
ID 1045707	Nome ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA		Sexo Masculino
Data de nascimento 29/06/1991	Idade 24 anos 11 meses 9 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA	Pai SEVERINO GOMES DE SOUZA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ROSANGELA BRITO DE SOUZA		
DDD Móvel	Fone Móvel		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3599260	BE.: 925487 TI: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA MI DT.: NASC.: 29/06/1991 MRE: ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA	
Local de procedência SANTA RITA	Naturalidade	CE	
Endereço			
CEP 58301205	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro NILO PEÇANHA
Número 604	Complemento	Bairro POPULAR	
Admissão			
Data e Hora 07/06/2016 11:26:00	Número da pulseira 4253425	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor [] ECG [] Ultrassonografia []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA			Tempo 04min 05seg

Imprimir

05/09

07/06/2016 11:30





Primeiro Atendimento Médico



4253425
ALEXANDRO GONCALVES DE SOUZA
DT. NASC.: 29/06/1991
MAE: ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA

BE.: 925487

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: NILO PEA ANHA
N.: 624 - POPULAR
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 24
DT. ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto, ao tentar livrar-se do animal na estrada; relata que caiu apoiado em braço esquerdo e desde então apresenta dor em região clavicular + deformidade da consciência.
Nega: Tê / náuseas / vômitos / cabeça / pernas
Cervical: N / dor a palp, N / crepitação
Tórax: N / dor a palp, N / crepitação
Abdome: N / dor a palp, N / crepitação
Deformidade + dor em braço esquerdo

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☒ Pervias () Obstruídas

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 _____ %

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)
A 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:	(15)				

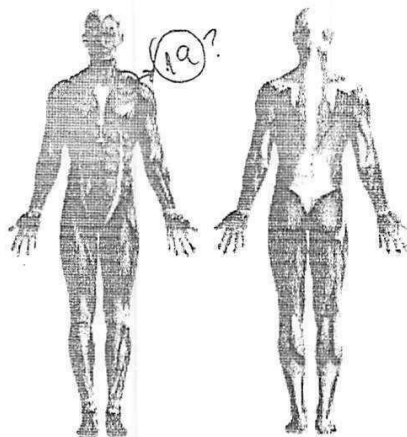


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não () Sim: nequ
 MEDICAMENTOS: ☒ Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA: ☒ Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias () Lavado peritoneal
 () Ultrassonografia (FAST) () Gasometria arterial
 () Tomografia computadorizada () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Atendimento Inicial		
2	Paracetamol 100 mg + 100 ml SF 991-E		
3			
4	Tipografia		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORNO às 12:00 do dia 02/06/16
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE

DATA 02/06/16
 DA 13
 SAÍDA 13
 HORAS: 13
 () Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor)
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JIML () SVO

Dr. Jacques Parva
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM-PB 1625

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



4253425 BE.: 925487
ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA
DT. NASC.: 29/06/1991
MAE: ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA

END.: NILO PEN ANHA
N. 604 - POPULAR
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 24
DT. ENTRADA:

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
7/06/16	13h	Ortopedia
		Paciente vítima de fratura com dor e
		deformidade esquerda.
		Apresenta fratura de clavícula e
		cd: tipo
		As ambulatório
		Atendido 30 (trinta) dias
		Analgesia p/case


Dr. Nivaldo Cavalcanti
CRM-PB 1625

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: ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA

BE: 925487

DATA: 12/6/2016 10:15

DATA EXAME: 07.06.2016

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

RX. OMBRO ESQUERDO AP
FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

10

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645





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	ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	26/06/91
NOME DA MÃE	ROSÂNGELA GONÇALVES DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	925.487
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	07/06/16
HORA DO ATENDIMENTO	11:26
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EM CALVÍCULA ESQUERDA
CID 10	V 29 + S 42.0.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RESGATADO PELO SAMU, QUEIXANDO-SE DE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA. EF= DEFORMIDADE NA REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA. GLASGOW 15.


EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO OMBRO ESQUERDO- FRATURA EM CALVÍCULA ESQUERDA
RX DE TÓRAX

TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADA POR COT + IMOBILIZAÇÃO COM TIPÓIA + PRESCRIÇÃO + ORIENTAÇÕES + RETORNO AGENDADO AO HTOP.

ALTA HOSPITALAR:	07/06/2016
DATA DA EMISSÃO:	10/08/2016


Drª. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMEA/JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Calanca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

ATO
(DECLARATÓRIO)

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 609/070, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1305031, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA** idade 24 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 07/06/2016, na Rua Prof. Severo Rodrigues, Bairro: Alto das Populares - Santa Rita - aproximadamente às 10:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 16 de Setembro de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Coordenador
CRM: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Calanca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Numero: 1987, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra como adiante segue: Aos VINTE E UM dias do mês de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de SANTA RITA/PB, No Cartório desta 14ª Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). **MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, ao final assinado e declarado, por volta das 09h:50min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA, conhecido por SANDRO, Identidade nº 3.599.260-SSPPB, CPF nº 090.909.864-64, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: grafico, filho(a) de Severino Gomes De Souza E De Rosangela Gonçalves De Souza, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 29/06/1991 (25 anos de idade), do sexo MASCULINO, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Paulino, 204, Alto Das Populares, tendo como ponto de referência: JB BEBIDAS, na cidade de SANTA RITA, fone(s) para contato: 83 98681-3634.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 07 de 06 de 2016;
- 3) HORÁRIO: 09h:25min;
- 4) LOCAL: PROXIMO A RUA SEVERO RODRIGUES, EM SANTA RITA/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM, CATEGORIA A;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN KS, DE COR VERMELHA, GASOLINA, CHASSI 9C2JC4110FR107039, ANO MODELO 2014/2015, DE PLACA QFJ 6145 MUNICIPIO DE SANTA RITA/PB, DE PROPRIEDADE DE ROSANGELA GONÇALVES DE SOUZA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO

8) BREVE RESUMO DO FATO:

DISSE QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU-SE NA FRENTE DA MOTO E NESSE MOMENTO O NOTIFICANTE AO DESVIAR A MOTO PARA NÃO COLIDIR NO ANIMAL DERRAPOU VINDO A CAIR AO CHÃO E NA QUEDA FRATUROU A CLAVÍCULA ESQUERDA; DISSE QUE FICOU CONSCIENTE E AGUARDOU A CHEGADA DO SAMU QUE ATENDEU SOB O REQUERIMENTO Nº 609/070 E PROTOCOLO 1305031; DISSE QUE FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL SUPRACITADO ONDE DEU ENTRADA AS 11h26min, CONFORME O BOLETIM DE ENTRADA Nº 925.487, DIAGNOSTICADO SOB O CID 10 V 29+ S 42.0.0

9) OBSERVAÇÕES:

NADA A CONSTAR

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

Alexsandro Gonçalves de Souza
ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA - Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

CPF

Nº do CPF: 090.909.864-64

Nome da Pessoa Física: **ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA**

Data de Nascimento: **29/06/1991**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/09/2007**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:03:36** do dia **24/01/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0066.18AA.7456.E579**



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

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DET-RAN - PB		CERTEFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 011545711296		001505080411-0	
00/00000000 2015		ROSANGELA GONÇALVES DE SOUZA	
09674615/PB		965467439434	
PLACA		CIRE CNRJ	
0076145/PB		962JC410FF107039	
PLACA ANTERIOR		CIRE ANTERIOR	
NOVO		PB	
HONDA/CG 125 FAN KS		HONDA/CG 125 FAN KS	
CATEGORIA		CATEGORIA	
PARTIC		PARTIC	
VENDEDORA		VENDEDORA	
2 E/124 /CI		2 E/124 /CI	
IPVA PAGO EM		IPVA PAGO EM	
28/05/2015		28/05/2015	
MODALIDADE		MODALIDADE	
0		0	
FREQUÊNCIA		FREQUÊNCIA	
*****		*****	
SEGUNDO P A G O		SEGUNDO P A G O	
28/05/2015		28/05/2015	
V.A.F. BANCO HONDA S.A.		V.A.F. BANCO HONDA S.A.	
SANTA RITA - PB		SANTA RITA - PB	
LOCAL		LOCAL	
37842		37842	
0003781		0003781	



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA
DATA DO ACIDENTE 07.06.2016 CPF DA VÍTIMA 040.409.864-64
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA
ENDEREÇO DO PORTADOR JOSE PAULINO CAVALCANTE
Nº 204 COMPLEMENTO BAIRRO POPULAR
CIDADE SANTA FITA UF PB CEP 58301-015
E-MAIL TELEFONE (83) 98840-7085

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) **DUT**
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) **CERTIDÃO NEGATIVA RECEITA SAMU**
☒ LAUDO ~~DO IML~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ 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 COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E DO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITO DO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI Nº 194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/01/2017
IDENTIDADE 3.599.260
ASSINATURA Jose Alberto de Sá

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ALEXSANDRO LONCAVES DE SOUZA
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.599.260 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 31/10/2007 E
CPF 090909864-64 /CNPJ _____, PROFISSÃO GRAFICO
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXSANDRO LONCAVES DO SOUZA, 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 documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 123855-1 OP013

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.

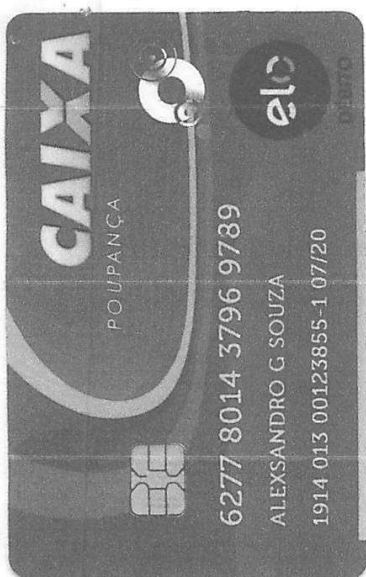
SAVIA FITA 10 de JANEIRO de 2017
LOCAL E DATA

Alexsandro Gonçalves de Souza
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 0800-0221204.







DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA,

RG nº 3.599-260, data de expedição 31/10/2007,

Órgão SSP/PB, CPF nº 090.909.864-64, 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)	<u>JOSE PAUZINO CAVALCANTE</u>
Número	<u>204</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>POPULAR</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58301-015</u>
Telefone de contato	<u>83 98840-7085</u>
E-mail	<u>JOSA.LUCINDO@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SANTA RITA/PB / 10, 01/20/17.

Alexandro Goncalves de Souza
Assinatura do Declarante



IVAN ALEX DE SOUZA
RUA JOSE PAULINO CAVALCANTE, 204 - POPULAR
SANTA RITA / PB CEP 58301-015 (AG 1)



Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 2 - 8 - 25 - 5820 Referência: Mar / 2017 CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.015.823-0
Nº medidor: 00000213929 Emissão: 07/03/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.084.791
Código para Débito Automático: 0000043848

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/44364-8**

Mar / 2017

Canal de contato

Apresentação

07/03/2017

Data prevista da próxima leitura

04/04/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

82887551400
Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
02/02/17	42173	07/03/17	42308	1
			133	33

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	133	0,44026	58,55
Adic. B. Amarela			0,48
ICMS			24,22
PIS			1,15
COFINS			5,32
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERVILUM PÚBLICA			2,38

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/17	87
Jan/17	86
Dez/16	82
Nov/16	85
Out/16	44
Set/16	116
Ago/16	98
Jul/16	119
Jun/16	93
Mai/16	118
Abr/16	108
Mar/16	192

Média dos últimos meses
88

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
26/03/2017 **R\$ 92,06**

RESERVADO AO FISCO

0035.4a0a.f0ce.77d2.31fd.23ca.b465.8b47.

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Santa Rita

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,87	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	11,34		
DIC ANUAL	22,69		
FIC MENSAL	3,48	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	6,97		
FIC ANUAL	13,95		
DMIC	3,28	0,00	
DICRI	12,22		

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia PB	21,44	23,28
Compra de Energia	27,66	30,05
Serviço de Transmissão	1,49	1,61
Encargos Setoriais	8,43	9,16
Impostos Diretos e Encargos	33,05	35,80
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	92,06	100,00

Valor do EUSD (Ref. 1/2017) R\$ 19,94

ATENÇÃO

- Leitura confirmada



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA,
portador da carteira de identidade nº 3.599-260 e inscrito no
CPF nº 090-909-864-64, residente e domiciliado na
RUA JOSE PAULINO CAVALCANTE Nº 204 BAIRRO POPULAR
_____, Cidade SANTA RITA,
Estado PARAIBA, 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.

x Alexsandro Gonçalves de Souza
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

SANTA RITA 10-01-2017
Local e data



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA,
RG nº _____, data de expedição 1/1/, Órgão _____,
portador do CPF nº 965-467-434-34, com Domicílio na
cidade de SANTA RITA, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) JOSE PAULINO CAVALCANTE,
nº 204, complemento, POPUZAR, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA,
cujo o condutor era ALEXSANDRO GONCAVES DE SOUZA.

Veículo: HONDA / CG 125 FAN KS
Ano: 2019
Modelo: 2015
Placa: QFJ 6145 / PB
Chassi: 962 JC 4110 FR 10 7039
Data do acidente: 07/06/2016

Local e data: SANTA RITA 19-01-2017

Rosangela goncalves de souza
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

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

Serviço Notarial e Registral
DOURADO DE AZEVEDO
Rua São João, nº 23, Centro
CEP: 58300-150
Fone/Fax: (033) 3278-2252
Santa Rita - Paraíba
E-mail: paje@paje.com.br
ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA
Em test.da verdade, Santa Rita-PB 19/01/2017 14:45:56
Virginio Valloso Borges Dourado de Azevedo - Substituto
[2017-000534]JENOL:R# 19,23 FAFEN:R# 0,22 FEPJ:R# 1,85
SELO DIGITAL: 4ED39696-SWPF
Confira a autenticidade em <http://www.sigil.com.br>





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil
Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional

**CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA
ATIVA DA UNIÃO**

Nome: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA
CPF: 090.909.864-64

Ressalvado o direito de a Fazenda Nacional cobrar e inscrever quaisquer dívidas de responsabilidade do sujeito passivo acima identificado que vierem a ser apuradas, é certificado que não constam pendências em seu nome, relativas a créditos tributários administrados pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e a inscrições em Dívida Ativa da União junto à Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN).

Esta certidão refere-se exclusivamente à situação do sujeito passivo no âmbito da RFB e da PGFN e abrange inclusive as contribuições sociais previstas nas alíneas 'a' a 'd' do parágrafo único do art. 11 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

A aceitação desta certidão está condicionada à verificação de sua autenticidade na Internet, nos endereços <<http://www.receita.fazenda.gov.br>> ou <<http://www.pgfn.fazenda.gov.br>>.

Certidão emitida gratuitamente com base na Portaria Conjunta RFB/PGFN nº 1.751, de 02/10/2014.

Emitida às 10:31:51 do dia 14/03/2017 <hora e data de Brasília>.

Válida até 10/09/2017.

Código de controle da certidão: **D22C.E831.A43F.67DF**

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL


ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 916



Alexandre Gonçalves de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.599.260

DATA DE EMISSÃO 31/10/2007

NOME ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA

FILIAÇÃO SEVERINO GOMES DE SOUZA

ROSÂNGELA GONÇALVES DE SOUZA

NATURALIDADE BAYEUX-PB

DATA DE NASCIMENTO 29/06/1991

DOC. ORIGINAL N. 48596 FLS. 104 LIV. A43

CARTÓRIO SANTA RITA/PB

CPF

Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:52

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213382541400000009116728

Número do documento: 17082213382541400000009116728



**ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA**Alberto de Sá e Benevides
OAB PB 10.469Vladislav Ribeiro
OAB PB 11.290**INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO "AD-JUDITIA ET EXTRA"****OUTORGANTE:**

ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA
BRASILEIRO CASADO RG. 3.599.260 C.P.E. 090.909.864-64
RESIDENTE NA RUA JOSE PAULINO CAVALCANTE Nº 204
BAIRRO POPULAR SANTA RITA

Procuração bastante que faz o outorgante acima qualificado e Abaixo assinado, pela qual constitui procurador e advogados os **Drs. JOSÉ ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE OAB 10469 -PB** e **DR. VLADISLAV RIBEIRO DE SOUZA OAB 11290 PB** com escritório situado na Rua: Rodrigues de Aquino N.º 310 sala 03 Centro de João Pessoa PB, telefone 3222-9062, onde recebe intimações, para representá-lo agindo com poderes de Cláusula "**ad-judicia et extra**" podendo propor contra quem é de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, Seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando recursos legais e acompanhado-as, receber citação inicial, valores, receber alvarás no Banco do Brasil, dar quitação, confessar, transigir, desistir, e renunciar direitos, firmar compromissos, arguir suspeições, revogar procurações e substabelecer, agindo em conjunto ou isoladamente, podendo ainda efetuar e requerimentos administrativos em nome do outorgante junto a repartições estaduais, federais e municipais, assim como requerer e receber prontuários, laudos e documentos médicos, especialmente junto aos Hospitais estaduais, particulares e municipais, especialmente junto ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e Complexo hospitalar de Mangabeira, nesta capital, na forma do **Art. 38 do Código de Processo Civil** conferindo amplos poderes para foro em geral, em qualquer Juízo, na instância ou Tribunal.

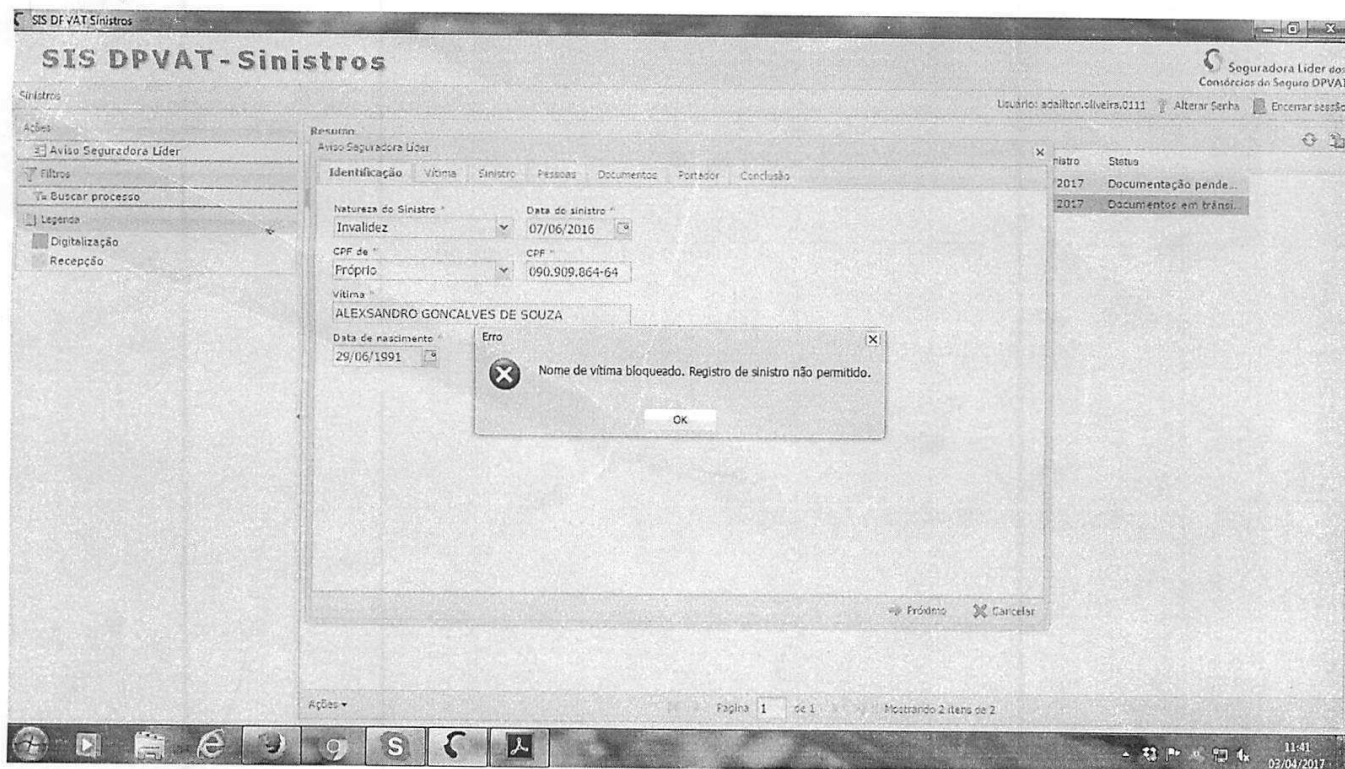
Declara, ainda, nos termos do Art.1º da Lei nº. 7.115 de 29 de Agosto de 1993 (dispõe sobre a prova documental) e Lei 1060/50, para o fim de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, que é hipossuficiente financeiramente, e sua situação econômica não lhe permite arcar com custas processuais e honorários Advocatícios, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.

João Pessoa, 22 de 08 de 2017

CPF: 090.909.864-64

Rua: Rodrigues de Aquino nº 310 Sala 03, Centro- Fone : 3222-9062 João Pessoa PB
E-mail: benevides_ribeiro@yahoo.com.br





Solicitado desbloqueio





Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual.

Junte o autor, em 15 dias, o instrumento procuratório assinado, sob pena de indeferimento da p.i.

Uma vez atendida a determinação anterior, cumpram-se as disposições seguintes:

1. Certifique-se sobre a existência de eventual ação proposta pelo(a) autor(a) contra qualquer das Seguradoras do convênio DPVAT.
2. Designe-se a audiência de conciliação/mediação, a realizar-se na **sala de audiências da 12ª Vara Cível** da Comarca de João Pessoa.
3. Cite-se e intime-se a parte ré. O prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.
4. Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.
5. A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.
6. Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvt somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.
7. Para tanto, nomeio o médico FELIPE DE PAIVA DIAS (TJ/PB) perito nos presentes autos, dando-lhe ciência da nomeação e data e horário da perícia.
8. Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.



9. Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

10. A parte autora será intimada através de seu advogado.

11. Poderão as partes, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de quinze dias.

12. Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

13. Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado de citação/intimação.

Int. e cumpra-se.

João Pessoa, 8 de novembro de 2017

MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO

Juiz de Direito



Proc.0840818-85.2017.8.15.2001.

Intime-se a autor, por seus advogados, para juntar ao processo, em 15 dias, o instrumento procuratório assinado, sob pena de indeferimento da petição inicial, conforme determinado no despacho inserido no ID 10634826.



EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12 VARA CIVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA-PB.

12ª Vara Cível da Capital/Juiz de Direito

ProComum 0840818-85.2017.8.15.2001 - SEGURO

ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA X MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA, devidamente qualificado nos autos mencionados, processo que move contra **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, também qualificada, vem à presença de Vossa Excelência, por meio de seus advogados, com muito respeito, juntar **INSTRUMENTO PROCURATÓRIO, COM DECLARAÇÃO DE POBREZA INCLUSO**.

Nestes termos, pede deferimento.

João Pessoa, 05/04/2019.

VLADISLAV RIBEIRO ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES

OAB 11290-PB OAB PB 10.469



**ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA**

Alberto de Sá e Benevides Vladislav Ribeiro
OAB PB 10.469 OAB PB 11.290

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO "AD-JUDITIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA, brasileiro, casado, gráfico, portador da Cédula de Identidade/RG sob nº 3599260 -SSP-PB, inscrito no CPF: 090.909.864-64, residente e domiciliado na Rua José Paulino Cavalcante, 204, Bairro Popular- Santa rita -PB.

Procuração bastante que faz o outorgante acima qualificado e Abaixo assinado, pela qual constitui procurador e advogados os **Drs. JOSÉ ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE OAB 10469 -PB, DR. VLADISLAV RIBEIRO DE SOUZA OAB 11290 PB** com escritório situado na Rua: Rodrigues de Aquino N.º 310 sala 03 Centro de João Pessoa PB, telefone 3222-9062, onde recebe intimações, para representá-lo agindo com poderes de Cláusula "**ad-judicia et extra**" podendo propor contra quem é de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, Seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando recursos legais e acompanhado-as, receber citação inicial, valores, receber alvarás no Banco do Brasil, dar quitação, confessar, transigir, desistir, e renunciar direitos, firmar compromissos, arguir suspeições, revogar procurações e substabelecer, agindo em conjunto ou isoladamente, podendo ainda efetuarem requerimentos administrativos em nome do outorgante junto a repartições estaduais, federais e municipais, assim como requerer e receber prontuários, laudos e documentos médicos, especialmente junto aos Hospitais estaduais, particulares e municipais, especialmente junto ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e Complexo hospitalar de Mangabeira, nesta capital, na forma do **Art. 38 do Código de Processo Civil** conferindo amplos poderes para foro em geral, em qualquer Juízo, na instância ou Tribunal.

Declara, ainda, nos termos do Art.1º da Lei nº. 7.115 de 29 de Agosto de 1993 (dispõe sobre a prova documental) e Lei 1060/50, para o fim de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, que é hipossuficiente financeiramente, e sua situação econômica não lhe permite arcar com custas processuais e honorários Advocatícios, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.

João Pessoa, 28 de 03 de 2019

Alexsandro Gonçalves de Souza
CPF: 090.909.864-64

Rua: Rodrigues de Aquino nº 310 Sala 03, Centro- Fone : 3222-9062 João Pessoa PB
E-mail: benevides_ribeiro@yahoo.com.br



Seguem a certidão e o despacho referentes à substituição do perito.






**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DA CAPITAL
12.^a VARA CÍVEL**

CERTIDÃO

Certifico que em despacho anterior foi determinado por este Juízo a designação de perícia médica na parte autora, com a nomeação de perito. Ocorre que, por diversas vezes esta escrivania tentou, por telefone, entrar em contato com o perito designado, no entanto, não obteve êxito, seja por não conseguir falar com o perito, seja por este ter informado não ter mais interesse em realizar a perícia. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa, 13/08/2019.


Téc. Judiciária
mat.473.041-1

DESPACHO

Vistos, etc.

Considerando o teor da certidão retro, nomeio o médico **Dr. LUCIANO JOSÉ LIRA MENDES, fone: (83) 99984-8151**, perito Judicial para atuar nos presentes autos.

Ato contínuo, cumpra-se nos termos do despacho anterior.

P.I.

João Pessoa, 13/08/2019.


Manuel Maria Antunes de Melo
Juiz de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0840818-85.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DESIGNAÇÃO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E PERÍCIA MÉDICA

De ordem do MM Juiz de Direito, fica designado o dia 31/10/2019, às 15:10h, para audiência de conciliação, precedida de perícia médica a ser realizada no autor da presente ação.

JOÃO PESSOA, 16 de setembro de 2019
MARIA RISOMAR JACINTO SILVA



Proc.0840818-85.2017.8.15.2001.

INTIMAÇÃO

(AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E PERÍCIA MÉDICA)

Intime-se o promovente, por seus advogados, **para audiência de conciliação designada para o dia 31/10/2019, às 15:10h, precedida da perícia médica no autor,** a serem realizadas na sala de audiências da 12ª Vara Cível (4º andar do Fórum Cível). Poderão as partes, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de quinze dias. Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB. Tudo, conforme despacho inserido no ID 10634826. Médico perito: Dr. Luciano José Lira Mendes (ID24452846).

João Pessoa, 18 de setembro de 2019.





Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0840818-85.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fê, em cumprimento ao item 1 do despacho inserido no ID 10634826, que, além desta, não existe ação distribuída em nome do autor e de outra(s) seguradora(s).

JOÃO PESSOA, 18 de setembro de 2019
MARIA RISOMAR JACINTO SILVA



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

COMARCA DE JOÃO PESSOA

Juízo do(a) 12ª Vara Cível da Capital

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

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

**MANDADO DE INTIMAÇÃO DO AUTOR PARA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E
PERÍCIA MÉDICA**

(JUSTIÇA GRATUITA)

Nº DO PROCESSO: 0840818-85.2017.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO] **Justiça gratuita**

AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Nome: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA

Endereço: Rua Jose Paulino Cavalcante, 204, Popular, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-000

OBS: Telefone para contato, informado nos autos: (83) 98840-7085

De ordem do MM Juiz de Direito Dr. MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO, manda ao(à) Oficial(a) de Justiça, a quem este for entregue, que proceda a **INTIMAÇÃO do AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA, profissão: Gráfico**, para comparecer neste juízo, no endereço supra, à **AUDIÊNCIA: Tipo: Conciliação e PERÍCIA MÉDICA, designadas para a Data: 31/10/2019 Hora: 15:10 h.** Devendo o mesmo trazer consigo documentos pessoais e exames médicos referentes ao acidente em questão. Médico perito: Luciano José Lira Mendes.

JOÃO PESSOA-PB, em 18 de setembro de 2019

De ordem, MARIA RISOMAR JACINTO SILVA
Técnico Judiciário



Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, 532, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO
(AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO/PERÍCIA MÉDICA)**

Nº DO PROCESSO: 0840818-85.2017.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

Nome: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA
Endereço: Rua Jose paulino Cavalcante, 204, Popular, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-000
Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A
Endereço: av epitacio pessoa, 723, bairro dos estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58280-000

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 12ª Vara Cível da Capital, fica devidamente **CITADO(A)**: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, através do representante legal, por todos os atos do processo acima mencionado e **INTIMADO(A)** para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de: **Tipo: Conciliação Sala: Conciliação Data: 31/10/2019 Hora: 15:10**, nos termos dos arts.334 e 335, com as advertências do art.344, todos do NCPC, **precedida de perícia médica a ser realizada no autor**. Poderão as partes, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de quinze dias. Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB. Honorários fixados em R\$ 200,00(duzentos reais), a serem pagos pela Seguradora Líder, comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud. **Despacho na íntegra no ID 10634826**. Médico perito: Dr. Luciano José Lira Mendes (ID 24452846). JOÃO PESSOA, em 19 de setembro de 2019.

MARIA RISOMAR JACINTO SILVA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:17082213453108200000009116606



CERTIDÃO

Certifico e dou fé, que em cumprimento ao mandado ID 24552534, dirigi-me à rua descrita no mesmo, e ali sendo, fui informado pela Sra. Rafaela França, moradora da casa de Nº 211, de que a casa de Nº 204 ENCONTRA-SE ATUALMENTE DESOCUPADA, há cerca de três meses, e que o autor mudou-se para local incerto e não sabido. Certifico ainda, que o número de telefone indicado no referido mandado pertence a um amigo do autor, que se identificou por Josenildo, o qual me informou que o autor reside atualmente na RUA JOSÉ JOAQUIM DE MELO, Nº 774, ALTO DA BOA VISTA, BAYEUX, motivo pelo qual DEIXEI DE INTIMÁ-LO, pois deve ser expedido um novo mandado pela CEMAN DA REFERIDA COMARCA, conforme atual determinação do TJ.

24 de setembro de 2019

SEVERINO PEREIRA DE FARIAS NETO



CERTIDÃO

Certifico que o Aviso de Recebimento (AR) foi devolvido nesta data e anexado ao Autos.

JOÃO PESSOA

8 de outubro de 2019

MARIA RISOMAR JACINTO SILVA



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

AR

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO (PROC.0840818-85.2017.8.15.2001)
(AUDIÊNCIA/PERÍCIA)

Ao Representante Legal de
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A
Av. Eptácio Pessoa, nº 723 – Bairro dos Estados
Nesta

CEP: 58.280-000

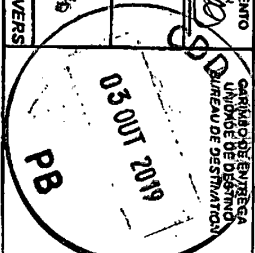
☐ SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU DESTINATAIRE	DATA DE RECEBIMENTO / DATE DE LIVRAISON	COPIAÇÃO / COPIES
Lucas S. Espínola	3/10/2018	UNIDADE DE DESTINO / BUREAU DE DESTINATION
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RECEVEUR		
Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ORAÇÃO EXPEDIDA	RUBRICA E LUGAR DO EXPEDIENTE / RUBRIQUE DU LIEU DE L'EXPEDIENT	
	2018/10/03	
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO		

75240207-0

FC063116

114 x 165 mm



AVISO DE RECEBIMENTO AR AVISO DE RECEBIMENTO		JU 36798222 4 BR <small>(Código de rastreio do processo eletrônico)</small>					
CONTÉGIOS <small>BRASIL</small>		DATA DE POSTAGEM / DATE OF DESPATCH 26/08/2019					
UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÊCHE 2019		TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON <table border="1"> <tr> <td>h</td> <td>h</td> <td>h</td> <td>h</td> </tr> </table>		h	h	h	h
h	h	h	h				
PARCELER COMPLETA DE TITULO NOME DO REMETENTE / NOM DU BAISSE LOCAL DE L'EXPÉDIENT PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBÁ JUIZO DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL FORUM DES MARIO MOACYR PÓRTO Av. João Machado, s/n - 4º andar Jaguaripe - João Pessoa/PB CEP: 58013-520 - Fone: (83) 3208-2485							
ENDERECO PARA DEVOLUÇÃO RETOUR		ENDERECO PARA: CIDADE / LOCAL: UF: BRASIL					



ATO ORDINATÓRIO (Provimento 04/2014 da CGJ)

Tendo em vista o motivo exposto na certidão do oficial de justiça (ID 24697681), bem como o endereço atual do autor ali informado, renove-se o mandado inserido no ID 24552534 .

João Pessoa, 08 de outubro de 2019.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

COMARCA DE JOÃO PESSOA

Juízo do(a) 12ª Vara Cível da Capital

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

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

**MANDADO DE INTIMAÇÃO DO AUTOR PARA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO E
PERÍCIA MÉDICA**

(JUSTIÇA GRATUITA)

Nº DO PROCESSO: 0840818-85.2017.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Nome: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA

Endereço: Rua José Joaquim de Melo, 774, Alto da Boa Vista, BAYEUX - PB - CEP: 58308-420

De ordem do MM Juiz de Direito Dr. MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO, manda ao(à) Oficial(a) de Justiça, a quem este for entregue, que proceda a **INTIMAÇÃO do AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA, profissão: Gráfico**, para comparecer neste juízo, no endereço supra, à **PERÍCIA MÉDICA E AUDIÊNCIA: Tipo: Conciliação, designadas para a Data: 31/10/2019 Hora: 15:10 h, a serem realizadas na sala de audiências desta 12ª Vara Cível (4º andar do Fórum Cível)**. Devendo o mesmo trazer consigo documentos pessoais e exames médicos referentes ao acidente em questão, caso os tenha. Médico perito: Luciano José Lira Mendes.

JOÃO PESSOA-PB, em 8 de outubro de 2019

De ordem, MARIA RISOMAR JACINTO SILVA
Técnico Judiciário