



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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		
Local de procedência SANTA RITA	BE : 925487 8 4253425 TI: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA MI: DT. NASC.: 29/06/1991 MRE: ROSANGELA GONCALVES DE SOUZA		
Email	Naturalidade CB		
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	P脉	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []	ECG []	Ultrasoundografia []	
Dados clínicos			
Diagnóstico		CID	
Atendido por LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA		Tempo 04min 05seg	

Imprimir

08/07

07/06/2016 11:30



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

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

END.: NILO PEREIRA
N. 664 - POPULAR
SANTA RITA
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 24
DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de queda de moto, ao tentar virar-se de tronco na estrada; infarto que caiu apoiado em tronco erguido e deu contusão óssea dor um lado clavicular + deformidade sem fraturas queixas. Negativa: TCE / náuseas / vômitos / cefaleia / perda da consciência.

Cervical: SI dor a palp., NI crepitacões

Tórax: SI dor a palp., NI crepitacões

Abdome: SI dor a mobiliz. estável. NI enzemas

Deformidades + dor em ambos lados

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Péricáps () 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- RUIDOS

HTD: sim
 Não

HTD: Roncos
Sibilos
Estertores

HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreageente

() Paralisadas

Isocôricas

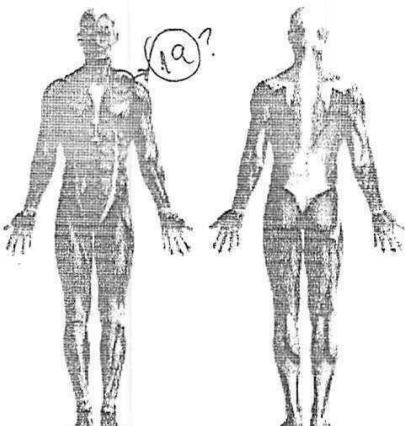
() Anisocôricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos
Solicitação verbal	3	Confusa / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)
TOTAL:	15			Nenhuma

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: <u>regras</u>																																																							
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____																																																							
IMUNIZAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____																																																							
PATOLOGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____																																																							
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____																																																							
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado.																																																							
																																																								
→																																																								
<table border="0"> <tr><td>1 Abrasão</td><td>19 Fratura Óssea Fechada</td></tr> <tr><td>2 Amputação</td><td>20 Fratura Óssea Aberta</td></tr> <tr><td>3 Avulsão</td><td>21 Hematoma</td></tr> <tr><td>4 Contusão</td><td>22 Ingurgitamento Nervoso</td></tr> <tr><td>5 Crepitação</td><td>23 Lacerção</td></tr> <tr><td>6 Dor</td><td>24 Lesão Tendínea</td></tr> <tr><td>7 Edema</td><td>25 Luxação</td></tr> <tr><td>8 Empalamento</td><td>26 Mordedura</td></tr> <tr><td>9 Efirsema subcutâneo</td><td>27 Movimento torácico paradoxal</td></tr> <tr><td>10 Esmagamento</td><td>28 Objeto Encravado</td></tr> <tr><td>11 Equimose</td><td>29 Otorragia</td></tr> <tr><td>12 F. Arma Branca</td><td>30 Paralisia</td></tr> <tr><td>13 F. Arma de Fogo</td><td>31 Paresia</td></tr> <tr><td>14 F. Contuso</td><td>32 Parestesia</td></tr> <tr><td>15 F. Cortante</td><td>33 Queimadura</td></tr> <tr><td>16 F. Corte-Contuso</td><td>34 Rinorragia</td></tr> <tr><td>17 F. Perfuro-Contuso</td><td>35 Sinais de Isquemia</td></tr> <tr><td>18 F. Perfuro-Cortante</td><td>36</td></tr> </table>		1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada	2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta	3 Avulsão	21 Hematoma	4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso	5 Crepitação	23 Lacerção	6 Dor	24 Lesão Tendínea	7 Edema	25 Luxação	8 Empalamento	26 Mordedura	9 Efirsema 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. Corte-Contuso	34 Rinorragia	17 F. Perfuro-Contuso	35 Sinais de Isquemia	18 F. Perfuro-Cortante	36																			
1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada																																																							
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta																																																							
3 Avulsão	21 Hematoma																																																							
4 Contusão	22 Ingurgitamento Nervoso																																																							
5 Crepitação	23 Lacerção																																																							
6 Dor	24 Lesão Tendínea																																																							
7 Edema	25 Luxação																																																							
8 Empalamento	26 Mordedura																																																							
9 Efirsema 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. Corte-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: <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau																																																								
EXAMES SOLICITADOS																																																								
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea																																																								
PROCEDIMENTOS REALIZADOS																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> <th colspan="2">ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td><u>Atendimento Inicial</u></td><td></td><td><u>DR. JACQUES PAPY</u></td><td><u>NASCIMENTO</u></td></tr> <tr><td>2</td><td><u>Propenid 100 mg + 100 ml SF 99.5%</u></td><td></td><td><u>0522</u></td><td><u>0522</u></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td><u>H. Nota</u></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p><i>Dr. Jacques Papy / Ortopedia / Traumatologia / CRM-PB-1625</i></p>		CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO		1	<u>Atendimento Inicial</u>		<u>DR. JACQUES PAPY</u>	<u>NASCIMENTO</u>	2	<u>Propenid 100 mg + 100 ml SF 99.5%</u>		<u>0522</u>	<u>0522</u>	3					4					5	<u>H. Nota</u>				6					7					8					9					10				
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																																					
1	<u>Atendimento Inicial</u>		<u>DR. JACQUES PAPY</u>	<u>NASCIMENTO</u>																																																				
2	<u>Propenid 100 mg + 100 ml SF 99.5%</u>		<u>0522</u>	<u>0522</u>																																																				
3																																																								
4																																																								
5	<u>H. Nota</u>																																																							
6																																																								
7																																																								
8																																																								
9																																																								
10																																																								
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO																																																								
Solicito parecer da <u>ORTO</u> às <u>12:00</u> do dia <u>02/06/16</u> Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____/_____																																																								
DESTINO DO PACIENTE																																																								
DATA <u>06/06</u> / DA <u>13/06</u> / HORAS: _____ SAÍDA <u>13/06</u> : DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) _____ <input type="checkbox"/> Internado (setor) _____ <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revalia <input type="checkbox"/> Desistência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO																																																								
<i>Dr. Jacques Papy / Ortopedia / Traumatologia / CRM-PB-1625</i> ASSINATURA/CARIMBO																																																								
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL																																																								

F(NG).CC.001-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

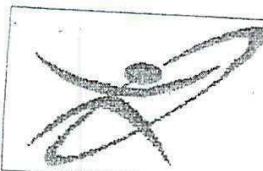


— 1 —

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

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
TRANSPARÉNCIA 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



S

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 MOTOCICLÍSTICO, 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

Dr. 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





SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ABDENIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

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

DECLARAÇÃO

ATO

(DECLARATÓRIO)

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
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial de Número: 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 14^a Delegacia Distrital de Polícia Civil, presente o (a) Dr(a). MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(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: PRÓXIMO 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 NOTIFICAÇÕE 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, escrivã(o) que digitei.

Alexsandro Gonçalves de Souza
ALEXSANDRO GONÇALVES DE SOUZA-Comunicante

R. B. B.
Escrivã(o)/Agente



24/01/2017



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

Dígito 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.)

1/1







Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALEXANDRO GONCALVES DE SOUZA
DATA DO ACIDENTE 07-06-2016 CPF DA VÍTIMA 090.409.861-64

PORADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PÁRANTESCO COM A VÍTIMA É ALEXANDRO GONCALVES DE SOUZA
ENDERECO DO PORTADOR JOSE PAUZINO CAVALCANTI
Nº 204 COMPLEMENTO BAIRRO POPULAR
CIDADE SANTA FÉ UF PR CEP 58301-015
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98840-7085

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

Declaração do Proprietário

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- 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)
- LAUDO DE Morte (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 CONFIRME 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, TAI COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Procuração / SUSPE

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)

INTANTE 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 O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO 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, TAI 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

- 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 6.194/74.
- 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 FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/10/2017IDENTIDADE 3.599.260ASSINATURA José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213375865800000009116715

Número do documento: 17082213375865800000009116715

Num. 9316358 - Pág. 1



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, ALEXANDRE GONÇALVES DE SOUZA
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.599.960 EXPEDIDO POR SSDSIPB EM 31/10/2007 E
CPF 090.909.864-64 /CNPJ 12.345.678/0001-00, PROFISSÃO GRÁFICO
E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXANDRE GONÇALVES DE 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 POUPIANÇA 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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 N° da CONTA (com dígito, se existir) 123 855-1 OP 013

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.

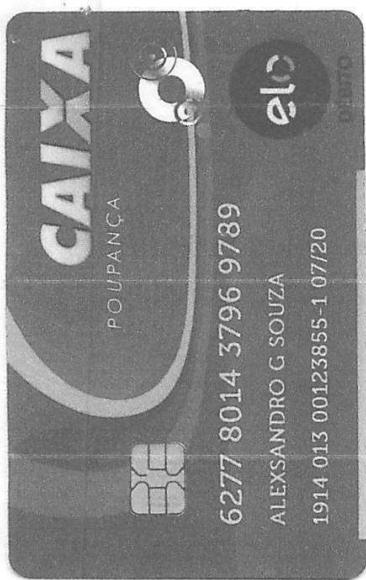
SAVIA PITA, 10 de JANEIRO de 2017
LOCAL E DATA

Alexandre 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.





Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213375865800000009116715>
Número do documento: 17082213375865800000009116715

Num. 9316358 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213375865800000009116715>
Número do documento: 17082213375865800000009116715

Num. 9316358 - Pág. 4

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALEXSANDRO GONÇALVES 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 posso comprovar 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>JOSÉ PAULINO CAVALCANTE</u>
Número	<u>204</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>POPULAR</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58301-015</u>
Telefone de contato	<u>83 98840-7085</u>
E-mail	<u>JOSAZUCINDO@GMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SANTA RITA/PB 10/01/2017.

Alexsandro Gonçalves de Souza
Assinatura do Declarante



IVAN ALEX DE SOUZA
RUA JOSÉ PAULINO CAVALCANTE, 204 - POPULAR
SANTARITA/PB CEP: 58301-015 (AG. 1)

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.098.183/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Referência: Mar/2017
Roteiro: 2 - 9 - 25 - 5820 Emissão: 07/03/2017
Nº medidor: 00000219929 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000.084.791
Código para Débito Automático: 00000443648

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	-- Acionamento da Bandeira Amarela -- A bandeira tarifária aplicada no mês de Março/17 será a amarela, com custo de R\$ 2,00 a cada 100 quilowatts-hora (kWh) consumidos. A medida se deve às condições hidrológicas menos favoráveis, o que determinou o acionamento de usinas termelétricas, com custo de geração mais cara.																																							
Data prevista da próxima leitura																																								
07/03/2017																																								
04/04/2017																																								
CPF/ CNPJ/ RANI																																								
82887651400 Insc. Est:																																								
Faturas em atraso																																								
Histórico de Consumo (kWh)																																								
<table border="1"> <tr><td>Fev/17</td><td>87</td></tr> <tr><td>Jan/17</td><td>88</td></tr> <tr><td>Dez/16</td><td>82</td></tr> <tr><td>Nov/16</td><td>95</td></tr> <tr><td>Out/16</td><td>44</td></tr> <tr><td>Set/16</td><td>118</td></tr> <tr><td>Ago/16</td><td>98</td></tr> <tr><td>Jul/16</td><td>113</td></tr> <tr><td>Jun/16</td><td>93</td></tr> <tr><td>Mai/16</td><td>118</td></tr> <tr><td>Abri/16</td><td>108</td></tr> <tr><td>Mar/16</td><td>132</td></tr> </table>	Fev/17	87	Jan/17	88	Dez/16	82	Nov/16	95	Out/16	44	Set/16	118	Ago/16	98	Jul/16	113	Jun/16	93	Mai/16	118	Abri/16	108	Mar/16	132	<table border="1"> <thead> <tr><th>Anterior</th><th>Atual</th><th>Constante</th><th>Consumo</th><th>Dias</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>02/02/17</td><td>42173</td><td>07/03/17</td><td>42308</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td>133</td><td>33</td></tr> </tbody> </table>	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias	02/02/17	42173	07/03/17	42308	1				133	33
Fev/17	87																																							
Jan/17	88																																							
Dez/16	82																																							
Nov/16	95																																							
Out/16	44																																							
Set/16	118																																							
Ago/16	98																																							
Jul/16	113																																							
Jun/16	93																																							
Mai/16	118																																							
Abri/16	108																																							
Mar/16	132																																							
Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias																																				
02/02/17	42173	07/03/17	42308	1																																				
			133	33																																				
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR																																							
26/03/2017	R\$ 92,06																																							

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

Indicadores de Qualidade			Composição do valor total da sua conta		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,87	0,00	NOMINAL	220	21,44
DIC TRIMESTRAL	11,34	0,00	CONTRATADA	202	27,68
DIC ANUAL	22,89	0,00	LIMITE INFERIOR	231	1,49
FIC MENSAL	3,48	0,00	LIMITE SUPERIOR		8,49
FIC TRIMESTRAL	6,77	0,00			33,05
FIC ANUAL	13,95	0,00			35,90
DMIC	3,29	0,00			0,00
DICRI	12,22		Total	92,06	100,00

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

ATENÇÃO

- Leitura confirmada



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 22/08/2017 13:45:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17082213375865800000009116715>
 Número do documento: 17082213375865800000009116715

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ALEXANDRO 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 Vº 204 BAIRRO POPULAR, Cidade SANTA RITA, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

SANTA RITA/PB 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 PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) JOSE PAZILO CAVALCANTE, nº 204, complemento, PORTARIA, 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 GONCALVES DE SOUZA.

Veículo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2014

Modelo: 2015

Placa: QFJ 6145 / PB

Chassi: 9L2JG4110ER107039

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



DOURADO DE AZEVEDO

1º Tabelionato do Peculiar de Letras

Notariais - Ofício de Notas

ROANGELA GONCALVES DE SOUZA

Rua São João, nº 10 Centro
CEP: 58300-151-0
Fone/Fax: (83) 3229-2252

Santa Rita - Paraíba

CPF: 965-467-434-34

E-mail: tpb.dourado@tjpb.jus.br

En test da verdade Santa Rita-PB 19/01/2017 14:45:56

Virginio Valdoso Borges Dourado de Azevedo - Substituto

[2017-000534]ENOL-R\$ 0,23 FARFEN-R\$ 0,22 FEPJ-R\$ 1,85

SELO DIGITAL: AE039696-SNPF

Confira a autenticidade em <http://tjpj.tjpb.jus.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.

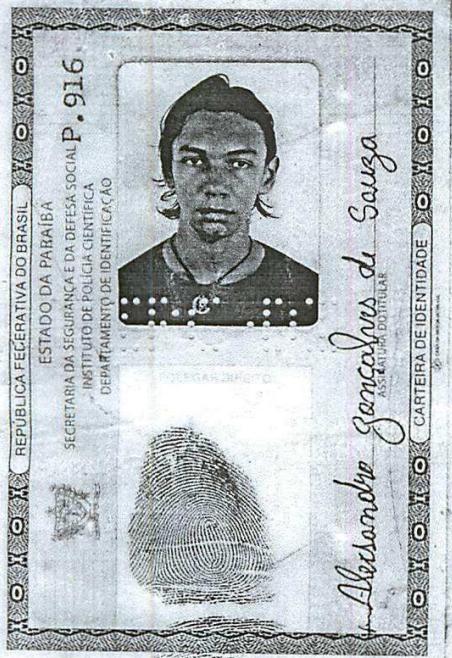
Emitida às 10:31:51 do dia 14/03/2017 <hora e data de Brasília>.

Válida até 10/09/2017.

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

Qualquer rasura ou emenda invalidará este documento.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.599.260
NOME	ALESSANDRO GONÇALVES DE SOUZA
FILIAÇÃO	SEVERINO GOMES DE SOUZA ROSÂNGELA GONÇALVES DE SOUZA
NATURALIDADE	BAYEUX-PB
DOC ORIG	WASC.N.48596 FLS.104 LIV.A43
CARTÓRIO	SANTA RITA/PB
CPF	29/06/1991
Assinatura do Titular	
Julio Prado PB EMBAIXADA DO BRASIL EMBAIXADA DO BRASIL EMBAIXADA DO BRASIL EMBAIXADA DO BRASIL	
Data da emissão: 22/08/2017	



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

Num. 9316373 - Pág. 4



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:

ALEXANDRO GONÇALVES DE SOUZA
BRASILEIRO CASADO RG. 3.599-260 CPF 090-909-864-64
RESIDENTE NA RUA JOSÉ 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 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, 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



SIS DPVAT-Sinistros

SIS DPVAT - Sinistros

Ações

- Aviso Seguradora Líder
- Filtros
- Buscar processo
- Legenda
- Digitalização
- Recepção

Resumo

Auto-Seguradora Líder

Identificação

Natureza do Sinistro *	Data do sinistro *
Invalidadez	07/06/2016
CPF de *	CPF *
Próprio	090.909.864-64

Vítima *

ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA

Data de nascimento *

29/06/1991

Erro

Nome de vítima bloqueado. Registro de sinistro não permitido.

OK

Página 1 de 1 Mostrando 2 itens de 2

Próximo Cancelar

11:41 03/04/2017

Seguradora Líder dos
Condórios do Seguro DPVAT

Usuario: adalton.oliveira.0111 Alterar Sessão Encerrar sessão

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 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 Dpvat 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 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.



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 14/03/2019 16:56:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031416563131600000019263473>
Número do documento: 19031416563131600000019263473

Num. 19798807 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque - 05/04/2019 12:51:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040512515649200000019795310>
Número do documento: 19040512515649200000019795310

Num. 20349413 - Pág. 1



ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

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

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO “AD-JUDICIA 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.



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 16/09/2019 13:49:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091613491827200000023674273>
Número do documento: 19091613491827200000023674273

Num. 24452843 - Pág. 1



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

C E R T I D Ã O

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



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 16/09/2019 13:55:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909161355127960000023675358>
Número do documento: 1909161355127960000023675358

Num. 24453840 - Pág. 1

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.



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 18/09/2019 18:13:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909181813300210000023767525>
Número do documento: 1909181813300210000023767525

Num. 24551326 - Pág. 1



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: [SEGURÓ]
Polo ativo: AUTOR: ALEXSANDRO GONCALVES DE SOUZA
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, 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



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 18/09/2019 18:55:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091818553428600000023768634>
Número do documento: 19091818553428600000023768634

Num. 24552517 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 18/09/2019 19:11:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091819110403800000023768651>
Número do documento: 19091819110403800000023768651

Num. 24552534 - Pág. 1

**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:	ALEXANDRO	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 12^a 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.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:1708221345310820000009116606



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 19/09/2019 15:54:39
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091915543741000000023795608>
Número do documento: 19091915543741000000023795608

Num. 24581335 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 08/10/2019 14:28:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100814282155400000024301150>
Número do documento: 19100814282155400000024301150

Num. 25120712 - Pág. 1

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. Epitácio Pessoa, nº 723 – Bairro dos Estados
Nesta

CEP: 58.280-000

SEGURO / VALEUR DÉCLARÉ

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR / ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR

Lucas S. Espíndola

DATA DE RECEBIMENTO
DATE DE LIVRAISON

3/10/2019

Capitalização em reais
Montant en francs
Montante des francs

Quincunx de destinação

Quincunx de destination

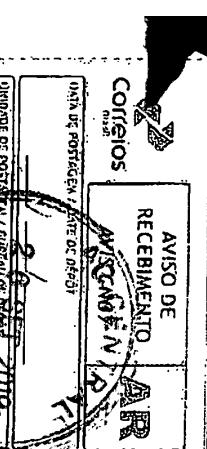
Tatá Ma
Signature de
Lucas S. Espíndola
03 OUT 2019

PB

75/2020-0

FOLHA 16

146 x 185 mm

AVISO DE RECEBIMENTO		JU 36798222 4 BR
(CÓPIA DO DOCUMENTO DE ENTREGA)		
CORREIOS		
AVISOS DE ENTREGA		
DATA DE ENTREGA / DATE DE DÉPÔSIT		26/10/2019
TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON		
		
<small>PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE / PREFEITURE MUNICIPALE DE JAGUARIBI</small>		
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA JUIZO DE DIREITO DA 12ª VARA CÍVEL FÓRUM DES. MARIO MOACYR PORTO Av. João Machado, s/n - 4º andar Jaguaribe - João Pessoa/PB CIAPE: 58013-570 - Fone: (83) 3208-2455		
		BRASIL
		BRESIL
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



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.



Assinado eletronicamente por: MARIA RISOMAR JACINTO SILVA - 08/10/2019 15:07:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100815073408600000024303393>
Número do documento: 19100815073408600000024303393

Num. 25123121 - Pág. 1

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