

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

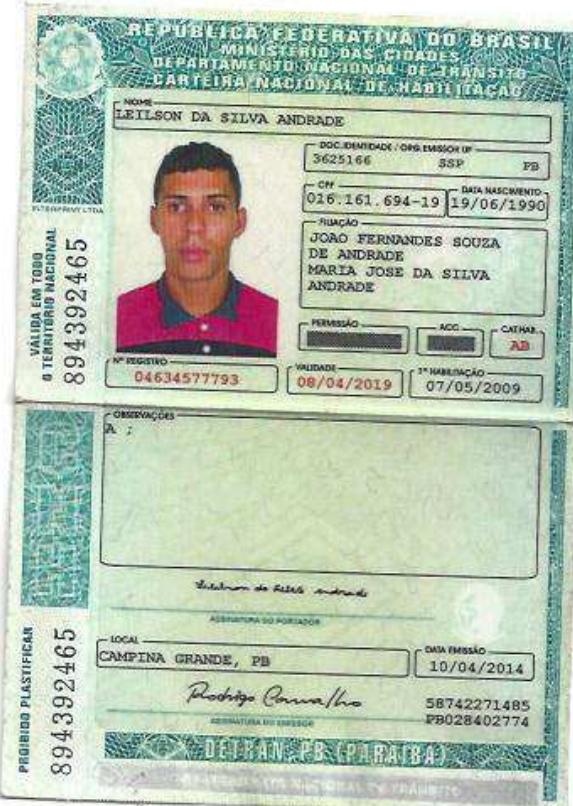
LEILSON DA SILVA ANDRADE, brasileiro, solteiro, passador, portador do CPF Nº 016.161.694-19, domiciliado em Aroeiras -PB, residente na Rua Jose Germano de Araújo, s/n, Centro, CEP 58489-000, através do presente instrumento particular de mandato nomeia e constitui como seus advogados: RODRIGO LUIS ARAÚJO CAVALCANTE (OAB/PB 14.784), MARCOS VINÍCIUS ROMÃO BASTOS (OAB/PB 15.997) e THIAGO DOS SANTOS SOARES (OAB/PB 17.807), com escritório profissional situado na Av. Cajazeiras, 173, Centro, Campina Grande/PB, conferindo poderes para representá-lo (a) nos autos da AÇÃO CÍVEL, podendo os outorgados realizar todos os atos do processo, inclusive transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber e dar quitação, firmar compromisso, produzir provas, fazer acordo, apresentar defesa escrita (informações, contestação, impugnação, entre outras) e oral, recorrer de decisões judiciais de qualquer espécie e substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Campina Grande/PB, 19 de Julho de 2018.

OUTORGANTE

Leilson da Silva Andrade





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PE Nº 013727941838 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO:
1	174902697	*****	2018
NOME: LEILSON DA SILVA ANDRADE			
JAB GUARARAPES-PE	0		
CPF/CNPJ	PLACA		
016.161.694-19	KLG9069		
PLACA ANT./UF	CHASSI		
*****/PE	9C2KC1640AR007473		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG150 TITAN MIX EX	2009	2010	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/149CL	PARTIC	CINZA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC/ COTAS	
IPVA 2018 QUITADO	1*	*****	
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****	
A 1	*****	3* *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE PORTO OBRIGATÓRIO / NAO FAZ PARTE DA TRANSFERÊNCIA			
Local: JAB GUARARAPES		Data: 14/03/18	
Charles Andrews Souza Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, À PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013727941838 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LEILSON DA SILVA ANDRADE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 14/03/18

VIA: 016.161.694-19 PLACA: KLG9069

RENAVAM: 174902697 MARCA / MODELO: HONDA/CG150 TITAN MIX EX

ANO FAB.: 2009 CAT. TABLE: 09 Nº CHASSI: 9C2KC1640AR007473

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

SEGURADO PAGO PAGAMENTO

COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.606/0001-04

DESTADOS E GUARDE O BILHETE DPVAT
SE NÃO È DE PERTO OBRIGATÓRIO



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE AREJAS

Receituário Simples

Leilson de Souza

Dado
- hirs hirs puer
do puer. no
ovis puer brac
do puer D
sobr
risco puer
Opu

MOD. 001

1 / 1

Médico

Medico: _____ Data: _____

Aleluias ao Senhor (1 Samuel 1:1)

Kiviano ou Kivian

Orientar quanto ao
uso da Atenção.

- Dr. Júnior.

9819.3793

GOVERNO DA PARAÍBA	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	SUS
CARTÃO DE RETORNO		
PACIENTE:	Leilson de Souza	
DATA DO ATENDIMENTO:	30/06/17	
Nº PRONTUÁRIO:	FICHA:	
DIAGNÓSTICO:	Luxatio lervia	
PROCEDIMENTO:	Reduzio l/r F. o. k	
MÉDICO (CARIMBO):	Dr Chs marcos	





Receituário Simples

Leilson da S. 107
Fisioterapeuta
H.D. Luxariz C.R.P.

Mod. 001

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 6985

30/06/17
Data

Médico





GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

Leônio da Silva

Vas 2021

Loxapim 60mg - rx
Tomar 10mp 8/8h saido

MOD. 001

20/06/92
Data

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Médico





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Leilson de Souza
Andrade PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N°. 562 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 25/06/17 A 30/06/17 NECESSITANDO DE
30 (Trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

NECESSITANDO DE
Pastro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-9955

Campina Grande 30/06/17

Ass. do Médico - Nº do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

Nº 060



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

CNPJ: 08.778.268/0001-60 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

CRM: _____ UF: _____

2ª VIA - Orientação ao Paciente

Endereço: _____

Cidade: _____ Dr. Julio Cesar Castro
UF: _____ Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Telefone: _____

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: _____

Endereço: _____

Prescrição: _____

Data: 10/26/2022

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: 1729649 Órg. Emissor: PB

End.: P. Horácio Siqueira
142

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: 8137-0370

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: / /

MON 003





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o Sr.
Heitor da Silva esteve sob tratamento
nesta unidade no período da tarde.

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.,
FISIOTERAPEUTA
RG: 2164581



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Celso de Souza
Acidente
foi atendido (às) hoje, às 9:38 ()
horas, necessitando de 60 (SGSSONDA)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

S63.0

DIAGNÓSTICO CID

Campina Grande, 27/07/2017

Jr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TECI-12495
FIR. DA COLUNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, N° 429
CAMPINA GRANDE - PB

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____)
horas, necessitando de _____ (_____)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S63

Campina Grande, 31/08/17

Assinatura do Médico - CRM N°

Fnd: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

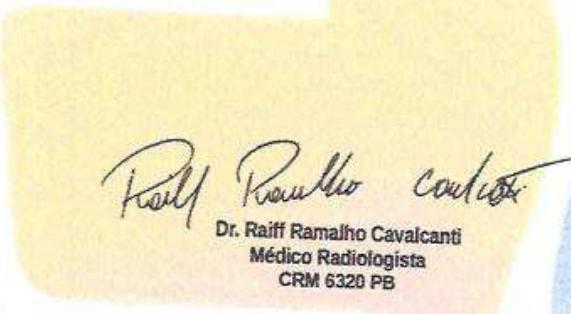




PACIENTE: LEILSON DA SILVA ANDRADE

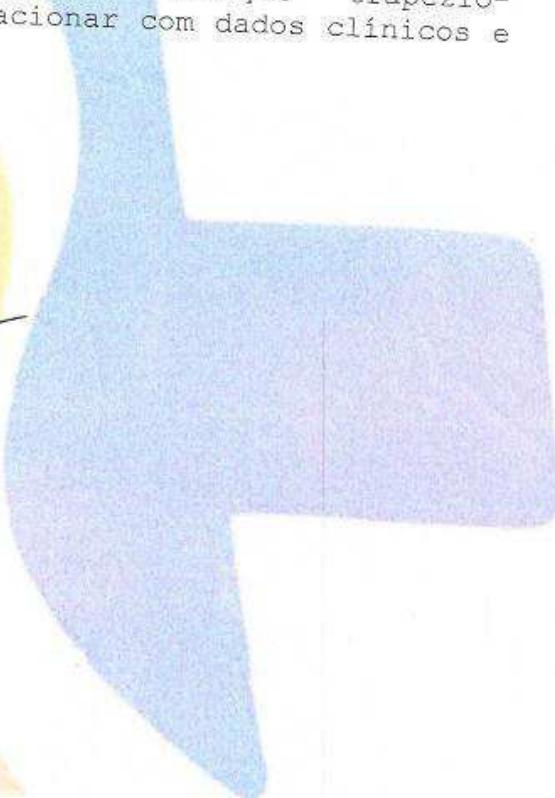
RADIOGRAFIA DE MAO

- Discreto espessamento periosteal no aspecto proximal do terceiro metacarpo (fratura previa?) evidenciando-se área noduliforme com densidade calcifica em partes moles regionais de aspecto inespecífico e aparente luxação trapézio-metacarpiana. Correlacionar com dados clínicos e exames prévios.



Raiff Ramalho Cavalcanti

Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti
Médico Radiologista
CRM 6320 PB



Av. Floriano Peixoto, 151 - Centro - Campina Grande - FONE (83) 3099-1400



Acao

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 23/11/2017 08:26:04
INFBEN - Informacoes do Beneficio

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 6193414995 LEILSON DA SILVA ANDRADE Situacao: Cessado
CPF: 016.161.694-19 NIT: 1.637.742.631-4 Ident.: 00003625166 PB
OL Mantenedor: 13.0.21.030 APS : APS CAMPINA GRANDE - DINAME SABI
OL Mant. Ant.: Banco : 001 BRASIL
OL Concessor : 13.0.21.030 Agencia: 293249 BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB
Nasc.: 19/06/1990 Sexo: MASCULINO Trat.: 13 Procur.: NAO RL: NAO
Esp.: 31 AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00
Ramo Atividade: COMERCIARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: EMPREGADO Qtd. Dep.Informada: 00
Meio Pagto: C/C No 748447 TIPO: C/C INDIVIDUAL Dep. para Desdobr.: 00/00
Situacao: CESSADO EM 14/10/2017 Dep. valido Pensao: 00
Motivo : 54 LIMITE MEDICO INFORMADO P/ PERICIA
APR. : 1.010,80 Compet : 10/2017 DAT : 25/06/2017 DIB: 10/07/2017
MR.BASE: 937,00 MR.PAG.: 937,00 DER : 14/07/2017 DDB: 14/08/2017
Acompanhante: NAO Tipo IR: ISENTO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 31/10/2017

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE

Rua Presidente Vargas, nº 100 - Centro - Aroeiras - 58489-000 - 83-3396-1279



OCORRÊNCIA Nº 000258/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

No dia 14 de Setembro de 2017, no meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Atendimento do meu Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000258/17 registrada em 14/09/2017, que passo a transcrever: Nos vinte e quatro dias do mês de setembro do ano de 2017, nesta cidade de Aroeiras, estado da Paraíba, no bairro Centro, na Rua José Germano de Araújo, nº 100 - Centro, Delegacia Regional de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE AROEIRAS, quando encontrava-se presente o Belo, de nome completo FERNANDO SOUZA DE ANDRADE, com 27 anos de idade, filho de JOÃO FERNANDO SOUZA DE ANDRADE e MARIA JOSÉ DA SILVA ANDRADE, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de Aroeiras - PB, Casado, escolaridade Médio Completo, profissão PASSADOR, portador da Cédula de Identidade Nº 362566, expedida pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 01616169419, residindo à rua JOSÉ GERMANO DE ARAUJO, bairro CENTRO, na cidade de Aroeiras - PB, celular 981024942.

Declaro que:

No dia 25/06/2017, por volta das 22h30minutos aproximadamente, quando retornava da cidade de Campina Grande para a sua cidade de Aroeiras, conduzindo sua MOTO HONDA CG 150 TITAN MIX EX, DE COR CINZA, ANO 2010, placa PAB-02010-BLACA KLG 9069, CHASSI 9C2KC1640AR007473, licenciada em seu nome e, na localidade de Trajana, quando ao tentar a frenagem do senhor conhecido popularmente por BETO DE LEOPOLDO, um animal(garrote) que estava na pista, que não conseguiu frear, colidiu com o mencionado animal vindo a cair ao solo, ferindo-se gravemente, foi imediatamente levado para o Hospital da cidade de Aroeiras e em virtude da gravidade dos ferimentos, foi encaminhado para o Hospital de Trajana na cidade de Campina Grande onde foi atendido as 00:22min do dia 25/06/2017, tendo sido submetido ao exame de UML nesta cidade de Aroeiras para a realização de Perícia. É o teor. Nada mais declaro, quanto a declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de assinado o termo de comparecimento à presente certidão. O referido é verdade e dou Fé.

Aroeiras, Quinta-feira, 14 de Setembro de 2017

José Wilson da Silva Andrade
José Wilson da Silva Andrade

Declarante

JORGE PIRES PIMENTEL JUNIOR
Escrivão



MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 11/09/2017 09:17:04
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 619.341.499-5 LEILSON DA SILVA ANDRADE Esp: 031 Meio Pag: CCF
Compet 08/2017 Per: 01/08/2017 a 31/08/2017 Dt. Calc. Credito: 15/08/2017
OLM.....: 13.0.21.030 Dt. Inic. Validade: 06/09/2017
Conta Corrente: 748447 Dt. Final Validade: 31/10/2017
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 001027 Seq: 0030346
Banco: BRASIL OP: 293249 - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE,PB

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	937,00 +
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	78,08 +

Valor Bruto
1.015,08

Descontos
0,00

Valor Liquido
1.015,08

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 11/09/2017 09:17:05
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 619.341.499-5 LEILSON DA SILVA ANDRADE Esp: 031 Meio Pag: CCF
Compet 08/2017 Per: 10/07/2017 a 31/07/2017 Dt. Calc. Credito: 15/08/2017
OLM.....: 13.0.21.030 Dt. Inic. Validade: 29/08/2017
Conta Corrente: 748447 Dt. Final Validade: 31/10/2017
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 001027 Seq: 0030345
Banco: BRASIL OP: 293249 - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE,PB

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	655,90 +

Valor Bruto
655,90

Descontos
0,00

Valor Liquido
655,90

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 13/11/2017 10:47:23
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Página atual: 01

NB 619.341.499-5 LEILSON DA SILVA ANDRADE Esp: 031 Meio Pag: CCF
Compet 10/2017 Per: 01/10/2017 a 31/10/2017 Dt. Calc. Credito: 14/10/2017
OLM.....: 13.0.21.030 Dt. Inic. Validade: 07/11/2017
Conta Corrente: 748447 Dt. Final Validade: 29/12/2017
Origem.....: MACICA Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arg: 000221 Seq: 6874135
Banco: BRASIL OP: 293249 - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	937,00 +
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	312,33 +
218	13. SALARIO PAGO COMPETENCIAS ANTERIORES	78,08 -
323	ADIANTAMENTO DE 13 COMPETENCIA ANTERIOR	78,08

Valor Bruto
1.249,33

Descontos
78,08

Valor Liquido
1.171,25

Proxima Página: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:36:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915353490300000018792766>
Número do documento: 19021915353490300000018792766

Num. 19313117 - Pág. 5

PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS
SECRETARIA DE SAÚDE
SETOR DE FISIOTERAPIA (NASE)

DECLARAÇÃO

Durante todo o período fui, daa o se. Louron
Da Silva, ESTEVES FOG TRATAMENTO fisioterapeutas
NESTA UNIDADE, PARA TRATAMENTO DA LESÃO PROPRIADO
DIREITO.

A 000115, 13 de Dezembro de 2017.

Dr. Dara S. Carvalho Jr.
FISIOTERAPEUTA
CRM/SC 216458 F

Dara S. Carvalho Jr. 01/12/17





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

Atesto para os devidos fins, que o IR
Lorenzo da SILVA ANDRADE ESTEVES COA
tentamento NESTA VILA DE AROEIRAS PARA CURA RACIONÁRIA
DE FAMÍLIA DO CAPTO.

Aroeiras, 27 de Dezembro de 2017

Dr. Davi S. Zorokanti Jr.
FISIOTERAPEUTA
CRF/110.216458-F

27/12/17



PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS
SECRETARIA DE SAÚDE
SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

Declaro para os Devidos Fatos, que o Sr.
Leilson da Silva Andrade, estevo sob tratamento
nesta Unidade.

Aroeiras 08 de Janeiro de 2018.

Dr. Douglas Cavalcante Jr.
FISIOTERAPEUTA
CRF/PI 216458-1





MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 16/10/2017 10:24:55
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 619.341.499-5 LEILSON DA SILVA ANDRADE Esp: 031 Meio Pag: CCF
Compet 09/2017 Per: 01/09/2017 a 30/09/2017 Dt. Calc. Credito : 16/09/2017
OLM.....: 13.0.21.030 Dt. Inic. Validade: 05/10/2017
Conta Corrente: 748447 Dt. Final Validade: 30/11/2017
Origem.....: MACICA Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 000220 Seq: 6902415
Banco: BRASIL OP: 293249 - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB

Rubrica	Descrição	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	937,00 +

Valor Bruto
937,00

Descontos
0,00

Valor Liquido
937,00

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/I at DTPRJCV3

40 80 99



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:36:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915353490300000018792766>
Número do documento: 19021915353490300000018792766

Num. 19313117 - Pág. 9

Pedido de Prorrogação

Requerimento: 182795620
 Benefício N°: 6193414998
 Data: 11/09/2017

Dados do Requerimento

NIT (PIS/PASEP)	16377426314
Nome	LEILSON DA SILVA ANDRADE
Endereço	JOSE GERMANO DE ARAUJO SN
Bairro	CENTRO
CEP - Município - UF:	58499000 / AROEIROS / PB
Agência da Previdência Social:	13021030
Nome da Agência:	CAMPINA GRANDE DINAMERICA
Endereço da Perícia:	AV DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N
Bairro da Perícia:	SANTA ROSA
Município da Perícia:	CAMPINA GRANDE
Exame Médico-pericial agendado para	09/10/2017 09:40

Termo de Responsabilidade

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005.33.00.020.219-8.



Data



Assinatura

Observação

Quando do comparecimento para a realização do exame médico-pericial:
 1 - É obrigatório apresentar este requerimento, devidamente assinado e um documento de identificação (RG / CTPS) do segurado.
 2 - Caso possua exames ou relatórios médicos, apresente-los ao médico perito.





COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16377426314

Número do Benefício: 6193414995 Espécie: 31

Número do Requerimento: 181647013

Ao Sr. (a): LEILSON DA SILVA ANDRADE

Endereço: JOSE GERMANO DE ARAUJO SN, CENTRO

CEP: 58489000 Município: AROEIRAS UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/07/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 25/09/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (25/09/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 25/09/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 14 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência: CAMPINA GRANDE DINAMERICA
CEP: 58416680 Município: CAMPINA GRANDE

Endereço: AV DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N,
UF: PB SANTA ROSA

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:36:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915353490300000018792766>
Número do documento: 19021915353490300000018792766

Num. 19313117 - Pág. 11



PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS
SECRETARIA DE SAÚDE
SETOR DE FISIOTERAPIA (NASE)

DECLARAÇÃO

Atestado.

Atesto para os devidos fins, que Leônora
Dr. Sílvia Andrade, esteve sob tratamento
fisioterapêutico nesta Unidade.

Aroeiras, 06 de dezembro de 2017

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.
FISIOTERAPEUTA
CREMTO-216458-F

06/12/17





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16377426314

Número do Benefício: 6193414995

Espécie: 31

Número do Requerimento: 181647013

Ao Sr. (a) : LEILSON DA SILVA ANDRADE

Endereço: JOSE GERMANO DE ARAUJO SN, CENTRO

CEP: 58489000

Município: AROEIRAS

UF: PB

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 11/09/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi prorrogado até 31/10/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 31/10/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/10/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 9 de Outubro de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência

CEP: 58410680

CAMPINA GRANDE DINAMERICA

Município: CAMPINA GRANDE

Endereço: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N,

UF: PB SANTA ROSA

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal





PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

SEQ : 044022
DATA: 14/08/2017

NOME

LEILSON DA SILVA ANDRADE

(NIT: 1637742631-4)

OL

13.021.030

NB

619.341.499-5

COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO **AUXILIO-DOENCA (31)**
619.341.499-5 REQUERIDO EM **14/07/2017** COM RENDA MENSAL DE **R\$ 937,00** CALCULADA CONFORME ABAIXO,
 COM INÍCIO DE VIGÊNCIA A PARTIR DE **10/07/2017**

CASO NÃO TENHA FEITO OPÇÃO PELO CRÉDITO EM CONTA CORRENTE OU POUPLANÇA, COMPAREÇA A PARTIR DE **06/09/2017** NA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA INDICADA ABAIXO. MUNDO, OBRIGATORIAMENTE, DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO APRESENTADO NO ATO DO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO, OS CRÉDITOS SUBSEQUENTES SERÃO EFETUADOS NO **4** DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

ORGÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA:

293249 - BRASIL - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB
 RUA SETE DE SETEMBRO, 52 1.E 3.ANDARES CENTRO Leonardo de Melo Gadelha
 VIA SEGURADO Presidente do INSS

CÁLCULO DE BENEFÍCIOS SEGUNDO A LEI 9876, DE 29/11/1999 (ATIVIDADE PRINCIPAL)									
DATA SALARIO	INDICE	SAL.CORR	DATA SALARIO	INDICE	SAL.CORR	DATA SALARIO	INDICE	SAL.CORR	
05/2017	775,35	1.0005	775,80	04/2017	903,35	1.0013	904,60*	03/2017	948,05
02/2017	861,43	1.0070	867,46	01/2017	835,60	1.0112	844,98	12/2016	735,14
01/2016	762,67	1.0777	821,98	12/2015	1.123,51	1.0874	1.221,78*	11/2015	862,75
10/2015	1.034,40	1.0800	1.146,12*	09/2015	910,26	1.1136	902,35*	08/2015	864,42
07/2015	818,18	1.1228	918,75*	06/2015	903,36	1.1315	909,05*	05/2015	866,48
04/2015	809,68	1.1508	931,84*	03/2015	901,85	1.1602	1.053,59*	02/2015	807,76
01/2015	912,82	1.1993	1.094,74*	12/2014	831,88	1.2067	1.053,83*	11/2014	680,33
10/2014	836,17	1.2177	1.018,24*	09/2014	922,99	1.2237	1.120,47*	08/2014	624,33
08/2012	24,85	1.3866	1.044,45	01/2012	656,09	1.4282	937,04*	12/2011	1.745,68
11/2011	1.156,59	1.4436	1.669,75*	10/2011	1.388,44	1.4483	2.030,88*	07/2010	631,60
06/2010	631,60	1.5585	988,34*	05/2010	831,60	1.5652	988,98*	04/2010	631,60
03/2010	615,20	1.5878	976,68*	02/2010	815,20	1.5989	983,66*		1.5766
* SALARIOS UTILIZADOS PARA CÁLCULO DA MÉDIA									

TOTAL DOS SALARIOS CONTRIBUICAO CORRIDOS

31.101,60

DIVIDIDO POR 28

1.110,77)

SALARIO DE BENEFICIO (

TEMPO DE SERVICO : 03 GRUPOS DE 12 CONTRIBUICOES

RENTA MENSAL INICIAL (EM: R\$) (1.110,77 X 0,910)

937,00

*** NAO HOUVE GERACAO DE CREDITOS ATRASADOS DE ANO ANTERIOR ***

DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DE ATRASADOS (VALORES EXPRESSOS EM REAL)

DATAS: REGUL.DOCUMENTACAO 14/07/2017 INICIO PAGAMENTO 10/07/2017

07/2017 REND.MENSAL 655,90

LÍQUIDO 655,90

Impresso pela Dataprev





PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

TOTAL BRUTO	655,90	DESCONTO	0,00	LIQUIDO	655,90
DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DO MES					
08/2017 REND.MENSAL	937,00	13* SALARIO	78,08		
TOTAL BRUTO	1.015,08	DESCONTO	0,00	LIQUIDO	1.015,08
OBS: E DE 10(DEZ) ANOS O PRAZO PARA REVISAO DO ATO DE CONCESSAO, CONFORME LEI 8213/91 ART 103.					
(*) Renda Mensal proporcional ao periodo de 10/07/2017 a 31/07/2017					
(*) Renda Mensal proporcional ao periodo de 01/09/2017 a 25/09/2017					
A Previdencia Social informa que o(a) segurado (a) em auxilio doença que retornar voluntariamente a mesma atividade, podera ter seu auxilio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6 e 7 do art. 60 da Lei n. 8213/91, com redacao dada pela Lei n.13135/15.					
Prezado beneficiario,					
O pagamento dos beneficios previdenciarios e assistenciais e realizado por intermedio de instituicoes financeiras contratadas pelo INSS.					
Estas instituicoes financeiras devem garantir:					
- O pagamento do beneficio conforme a data designada na Tabela de Pagamento de Beneficio, estabelecida pela Previdencia Social;					
- O pagamento do beneficio pelo banco e agencia designados pelo INSS e, a utilizacao de cartao magnetico, em qualquer agencia ou terminal de autoatendimento;					
- O Pagamento em local adequado, sem fila externa, nem fila com tempo de espera superior a trinta minutos ou de acordo com a legislacao local vigente;					
- A opcao de receber o beneficio por meio de cartao magnetico, gratuitamente, sem necessidade da abertura de conta na instituicao bancaria designada ou por conta corrente, quando ja possuir e desde que seja um dos titulares. A emissao do primeiro cartao para saque do beneficio por meio magnetico tambem e gratuita;					
- Uma transferencia mensal de valores, entre conta corrente / poupanca, gratuitamente, por meio da utilizacao do Documento de Ordem de Credito - DOC ou Transferencia Eletronica Disponivel - TED, para o banco de sua escolha, desde que possua conta corrente no banco que recebe o beneficio, de mesma titularidade e que a transferencia seja no valor total do beneficio;					
- A emissao de cartao com a identificacao de que voce e um beneficiario da Previdencia Social, caso o seu pagamento seja na modalidade de credito em conta / poupanca. Esse cartao e opcional e a 1a via gratuita;					
- A disponibilizacao do Demonstrativo de Credito do Beneficio - informe-se no banco pagador do beneficio sobre a disponibilidade deste servico;					
- A disponibilizacao do Extrato Anual de Pagamento de Beneficios e da Declaracao de Rendimentos para fins de Imposto de Renda, se for o caso;					
- O envio anual ao INSS, da comprovacao de vida do beneficiario e a alteracao de endereço, quando houver;					
Caso essas regras nao sejam observadas pelos bancos, voce pode registrar reclamacao na Ouvidoria-Geral da Previdencia Social, pelo telefone 135.					





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16377426314

Número do Benefício: 6193414995

Espécie: 31

Número do Requerimento: 181647013

Ao Sr. (a) : LEILSON DA SILVA ANDRADE

Endereço: JOSE GERMANO DE ARAUJO SN, CENTRO

CEP: 58489000 Município: AROEIRAS

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 14/07/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 26/09/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (25/09/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 25/09/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 14 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência: CAMPINA GRANDE DINAMERICA
CEP: 58416680 Município: CAMPINA GRANDE

Endereço: AV. DINAMERICA ALVES CORREIA, S/N.
UF: PB SANTA ROSA

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Assinatura do Requerente / Representante Legal





Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Sinistro: **3180207566**

Vítima: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180207566** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12558136





Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: LEILSON DA SILVA ANDRADE

Nº Sinistro: 3180207566

Vitima: LEILSON DA SILVA ANDRADE

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número 3180207566), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em 24/06/2017. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone 0800 022 12 04 (ligação gratuita) ou 0800 022 12 06 que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 130007161



PETIÇÃO E DOCUMENTOS EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 19/02/2019 15:40:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021915400833200000018792812>
Número do documento: 19021915400833200000018792812

Num. 19313166 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Aroeiras**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800116-60.2019.8.15.0471

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se o promovente, através de seu advogado, para que adeque os pedidos aos termos do Novo Código de Processo Civil, haja vista a extinção do procedimento sumário, no prazo de 15 dias, sob pena de indeferimento liminar da exordial.

AROEIRAS, 25 de março de 2019.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: MARIA CARMEN HERACLIO DO REGO FREIRE FARINHA - 25/03/2019 16:55:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032516555147300000019496156>
Número do documento: 19032516555147300000019496156

Num. 20040405 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Aroeiras**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800116-60.2019.8.15.0471

DESPACHO

Vistos, etc.

Intime-se o promovente, através de seu advogado, para que adeque os pedidos aos termos do Novo Código de Processo Civil, haja vista a extinção do procedimento sumário, no prazo de 15 dias, sob pena de indeferimento liminar da exordial.

AROEIRAS, 25 de março de 2019.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: MARIA CARMEN HERACLIO DO REGO FREIRE FARINHA - 25/03/2019 16:55:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032516555147300000019496156>
Número do documento: 19032516555147300000019496156

Num. 20053171 - Pág. 1

em anexo.



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 07/05/2019 14:23:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050714335737700000020412473>
Número do documento: 19050714335737700000020412473

Num. 20989374 - Pág. 1

**EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DA VARA ÚNICA DE AROEIRAS –
ESTADO DA PARAÍBA,**

PROCESSO Nº 0800116-60.2019.8.15.0471

LEILSON DA SILVA ANDRADE, já qualificado no processo descrito, na ação proposta em face da recorrida **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S.A.**, vem à presença de Vossa Excelência, EMENDAR À INICIAL com o objetivo de adequar seus pedidos ao Novo Código de Processo Civil, nos seguintes termos:

Primeiramente, informamos que a nobre Magistrada tem total razão em sua determinação, houve um equívoco do causídico na apresentação da ação ainda com pedidos do rito sumário, o qual foi extinto.

Renovamos os votos de respeito.

Relativo aos pedidos, inicialmente requeremos a alteração da Regra Processual do Item I dos Pedidos, já que o Procedimento correto é o Comum, de acordo com o artigo 318 do CPC e seguintes.

Antes de tudo requer que o juízo receba a ação ante as adequações e determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;



Posteriormente requer que a ré seja intimada para audiência de conciliação, visto que o autor tem interesse em conciliar, conforme artigo 319 inciso II.

Requer que as partes sejam intimadas com antecedência, conforme regra do CPC.

Caso não haja acordo, requer que seja concedido prazo para que a promovida apresente sua Contestação.

Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização **DPVAT**.

Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

No mais, reitera os fatos e os fundamentos da Exordial.

Nesses termos,

Pede deferimento.

Campina Grande, 07 de Maio de 2019.

RODRIGO LUIS A. CAVALCANTE
OAB/PB 14.784

MARCOS VINICIUS. R. BASTOS
OAB/PB 15.997

THIAGO DOS SANTOS SOARES

sbcadvogados@hotmail.com

Avenida canal, próximo ao ministério do trabalho

Thiago dos Santos Soares
(83) 8898-3210 - Bacharel

Marcos Vinícius Romão Bastos
(83) 8899-1699 Advogado - OAB/PB 15.997

Rodrigo Luís Araújo Cavalcante
(83) 8880-5563 Advogado - OAB/PB 14.784



sbcadvogados@hotmail.com

Avenida canal, próximo ao ministério do trabalho

Thiago dos Santos Soares
(83) 8898-3210 - Bacharel

Marcos Vinícius Romão Bastos
(83) 8899-1699 Advogado - OAB/PB 15.997

Rodrigo Luís Araújo Cavalcante
(83) 8880-5563 Advogado - OAB/PB 14.784



Assinado eletronicamente por: RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE - 07/05/2019 14:23:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050714232168700000020412575>
Número do documento: 19050714232168700000020412575

Num. 20989377 - Pág. 3



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Aroeiras**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800116-60.2019.8.15.0471

DESPACHO

Vistos, etc.

Em tendo sido atendido a determinação de emenda da exordial, deve o feito ter regular processamento.

Cite-se o réu para, querendo, contestar os termos da ação. Prazo de 15 dias.

AROEIRAS, 21 de outubro de 2019.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: MARIA CARMEN HERACLIO DO REGO FREIRE FARINHA - 21/10/2019 13:50:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102113504281200000024633941>
Número do documento: 19102113504281200000024633941

Num. 25474678 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Aroeiras**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800116-60.2019.8.15.0471

DESPACHO

Vistos, etc.

Em tendo sido atendido a determinação de emenda da exordial, deve o feito ter regular processamento.

Cite-se o réu para, querendo, contestar os termos da ação. Prazo de 15 dias.

AROEIRAS, 21 de outubro de 2019.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: MARIA CARMEN HERACLIO DO REGO FREIRE FARINHA - 21/10/2019 13:50:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102113504281200000024633941>
Número do documento: 19102113504281200000024633941

Num. 25557871 - Pág. 1