

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 3625166 SSP PB

CPF: 016.161.694-19 DATA NASCIMENTO: 19/06/1990

ASSINATURA: JOAO FERNANDES SOUZA DE ANDRADE MARIA JOSE DA SILVA ANDRADE

PERMISSÃO: ACC CATIA: AB

Nº REGISTRO: 04634577793 VALIDADE: 08/04/2019 1ª HABILITAÇÃO: 07/05/2009

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 894392465

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Titular: *Leilson da Silva Andrade*

Assinatura do Portador: *Rodrigo Cavalcante*

LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 10/04/2014

58742271485 PB028402774

DETRAN - PB (PARAIBA)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727941838
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CÓD. RENAVAM: 174902697 R.N.T.R.C.: ***** EXERCÍCIO: 2018

NOME: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**

JAB GUARARAPES-PE 0

CPF / CNPJ: 016.161.694-19 PLACA: KLG9069

PLACA ANT. / UF: ***** / PE CHASSI: 9C2KC1640AR007473

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / CG150 TITAN MIX EX ANO FAB.: 2009 ANO MOD.: 2010

CAP. / POT. / CIL.: 2F / 149CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: CINZA

COTA ÚNICA: IPVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª *****

FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): SEGURO PAGO IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE PONTE OBRIGATORIO

LOCAL: JAB GUARARAPES DATA: 14/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

JAB GUARARAPES-PE 0

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 14/03/18

VIA: 1 CPF / CNPJ: 016.161.694-19 PLACA: KLG9069

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

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

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): DENATRAM (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):

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

SEGURO PAGO

PAGAMENTO: COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. SEM A NÃO É DE PONTE OBRIGATORIO



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Leilson de

DAVE
haveria ferida
do pulso - mas
os pontos foram
do pulso
sob
Ponto 1
Dr. Junior

MOD. 001

Data

Médico



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARÁS

RUA TULLIARDO

KIVIANO ou KIVIAN

ORIENTAR OUTROS MS
ADQUIRIR POR AFASTAMENTO

- Dr. Junior

Médico: _____

Data: _____

Até aqui nos apodou o Senhor (1 Samuel 7,11)



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SUS

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: *Leilson de Silva*

Andrade

DATA DO ATENDIMENTO: *30/06/17*

Nº PRONTUÁRIO: _____

FICHA: _____

DIAGNÓSTICO: *Luxação Corpo*

PROCEDIMENTO: *Redução / Fio 15*

MÉDICO (CARIMBO): *Dr. Carlos Marcos*





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Leilson de S. L. V7

Fisioterapia

HD: Luzia Cesar

MOD. 001

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 9985

30/06/17
Data

Médico





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Heilton de Silva
usuário 1

Loxonin 60mg — 2x
Temo 10mg 8/8h Sdico

MOD. 001

30/06/21
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 Silva

André

PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL N.º _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A

TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N.º 562 NO CID, DURANTE

O PERÍODO DE 25/06/17 A 30/06/17 NECESSITANDO DE

30 (trinta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES. Ortopedia e Traumatologia

CRM/PB-9985

Campina Grande 30/06/17

Ass. do Médico - N.º do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o

Dr., _____ a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

KCO. 080





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: _____

CRM: _____

UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

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

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2ª VIA - Orientação ao Paciente

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

Assinatura e Carimbo do Médico

Paciente: Leilson de Silva A. da S.

Endereço: 2ª Pça. Grande

Prescrição: Colocele, 500mg - 28cp
30-01-2019 6/6h 7 dias

Data: 22 / 06 / 20 19

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: Wagner Ultraditona

Donatito

Ident: 1329649

Org. Emissor: PB

End.: R. Homero de Sousa

142

Cidade: Aracaju

UF: PB

Telefone: 8137-0370

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA: _____

DATA: _____

MON-002





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR.
HEIRSON DA SILVA ESTEVE SOB TRATAMENTO
NESTA UNIDADE NO PERÍODO DA TARDE.

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.

FISIOTERAPEUTA

CREFITO 2164585

Aroeiras, 06/11/17





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

Carlos de Silva

foi atendido (às) hoje, às

7:55

horas, necessitando de

60

SGSSOADA

dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

S63.0

Campina Grande, *27/07/2017*

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 6321 - TEO-12495
CTR. DA COLUMNA VERTEBRAL - SBC
AV. DOM PEDRO II, Nº 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 Herbert da Silva
Quilho Jr
foi atendido (às) hoje, às _____
horas, necessitando de 10 (dez)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S63

Campina Grande, 31/08/17

[Assinatura]
Assinatura do Médico - CRM N°

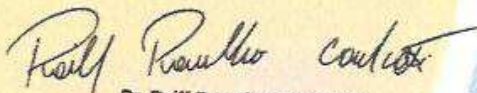
Fnd - AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB



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.



Dr. Raiff Ramalho Cavalcanti

Médico Radiologista
CRM 6320 PB

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



Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 6193414995 LEILSON DA SILVA ANDRADE
CPF: 016.161.694-19 NIT: 1.637.742.631-4

Situacao: Cessado
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: COMERCARIO

RP: N

Qtd. Dep. I. Renda: 00

Forma Filiacao: EMPREGADO

Qtd. Dep. Informada: 00

Meio Pagto: C/C N° 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

DELEGACIA DE POLÍCIA DE AROEIRAS - Centro - Aroeiras - 58489-000 - 83-3396-1279



OCORRÊNCIA Nº 000258/17

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Compareci ao meu escritório e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências desta Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000258/17 registrada em 14/09/2017, que passo a transcrever: Aos quatorze dias do mês de setembro do ano de 2017, nesta cidade de Aroeiras, estado da Paraíba, compareceu o Sr. LEILSON DA SILVA ANDRADE, com 27 anos de idade, filho de JOÃO FERNANDES 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:

Em 14/09/2017, por volta das 22h30 minutos aproximadamente, quando retornava da cidade de Campina Grande para a cidade de Aroeiras, conduzindo sua MOTO HONDA CG 150 TITAN MIX EX, DE COR CINZA, ANO 2010, placa KLG 9069, CHASSI 9C2KC1640AR007473, licenciada em seu nome e, na localidade de São João, fazenda do senhor conhecido popularmente por BETO DE LEOPOLDO, um animal (garrote) que estava em condições de frear, colidiu com o mencionado animal vindo a cair ao solo, ferindo-se no rosto e no peito, sendo levado para o Hospital da cidade de Aroeiras e em virtude da gravidade dos ferimentos, foi encaminhado ao Hospital de Trauma na cidade de Campina Grande onde foi atendido às 00:22min do dia 25/06/2017. Não houve exame post-mortem de UML nesta cidade de Aroeiras para a realização de Perícia. É o teor. Nada mais a declarar. Deixo o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e entendida, assinando a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Aroeiras, Quinta-feira, 14 de Setembro de 2017

Leilson da Silva Andrade
LEILSON DA SILVA ANDRADE

Declarante

JORGE PIRES PIMENTEL JUNIOR
Escrivão



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

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



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 Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





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

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR. LEONARDO DA SILVA, ESTEVE SOB TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NESTA UNIDADE, PARA TRATAMENTO DE LOMBALGIA BILATERAL DIREITA.

ARACAJU, 13 DE DEZEMBRO DE 2017.

Dr. Dana S. Cavalcanti Jr.
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 216458 F

12.12.17





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASF)

DECLARAÇÃO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR
LEILSON DA SILVA ANDRADE ESTEVE SOB
TENTAMENTO NESTA UNIDADE PARA COM RENOVAÇÃO
DO FÓRMIO DO CASO.

Aroeiras, 27 de Dezembro de 2017

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.
FISIOTERAPEUTA
CREITO: 215458-F

Davi S. Cavalcanti Jr.

27/12/17





PREFEITURA MUNICIPAL DE AROEIRAS

SECRETARIA DE SAÚDE

SETOR DE FISIOTERAPIA (NASE)

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O SR
LEILSON DA SILVA ANDRADE, ESTEVA SOB TRATAMENTO
NESTA UNIDADE.

AROEIRAS 08 DE JULHO DE 2018.

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 216458-1



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 - BOREOREMA-CAMPINA GRANDE, PB

Rubrica	Descricao	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/1 at DTPRJCV3

40 80 99



Pedido de Prorrogação

Requerimento: 162795620
Benefício Nº: 6193414995
Data: 11/09/2017

Dados do Requerimento	
NIT (PIS/PASEP):	16377426314
Nome	LEILSON DA SILVA ANDRADE
Endereço	JOSÉ GERMANO DE ARAUJO SN
Bairro	CENTRO
CEP - Município - UF:	58489000 / AROERAS / 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, apresentá-los ao médico perito.

V2.12.2 - build-time 2017-07-12T20:26:34Z

MPS | INSS

Segunda-feira, 11 de Setembro de 2017

11/09/2017 10:26





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 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

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

CEP: 58416680

Município: CAMPINA GRANDE

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





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

DECLARAÇÃO

Atestado.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE LEISON
DA SILVA ANDRADE, ESTEVE SOB TRATAMENTO
FISIOTERAPEUTICO NESTA UNIDADE.

Aroeiras, 06 de Dezembro de 2017

Dr. Davi S. Cavalcanti Jr.
FISIOTERAPEUTA
CREFIO 216458-1

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 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





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-DOENÇA(31)**

619.341.499-5 REQUERIDO EM **14/07/2017** COM RENDA MENSAL DE R\$

CASO NÃO TENHA FEITO OPÇÃO PELO CRÉDITO EM CONTA CORRENTE OU POUPANÇA, 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.

937,00 CALCULADA CONFORME ABAIXO

ORÇÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA:

293249 - BRASIL - BORBOREMA-CAMPINA GRANDE, PB
RUA SETE DE SETEMBRO, 52 1.E 3.ANDARES CENTRO

Leonardo de Melo Gadelha
Presidente do INSS

VIA SEGURADO

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	775,90	04/2017	903,35	1,0013	904,60*	03/2017	948,05	1,0045	952,40*
02/2017	861,43	1,0070	867,46	01/2017	835,60	1,0112	844,98	12/2016	735,14	1,0126	744,43
01/2016	762,67	1,0777	821,98	12/2015	1.123,51	1,0874	1.221,78*	11/2015	862,75	1,0995	948,63*
10/2015	1.034,40	1,1080	1.146,12*	09/2015	810,26	1,1136	902,35*	08/2015	864,42	1,1164	965,07*
07/2015	818,18	1,1229	918,75*	03/2015	803,36	1,1315	909,05*	05/2015	866,48	1,1427	990,18*
04/2015	809,68	1,1508	931,84*	12/2014	901,85	1,1602	1.053,59*	02/2015	807,76	1,1819	954,62*
01/2015	912,82	1,1993	1.094,74*	09/2014	831,86	1,2067	1.003,83*	11/2014	680,33	1,2131	825,33
10/2014	836,17	1,2177	1.018,24*	12/2013	922,99	1,2237	1.129,47*	08/2014	830,50	1,2289	1.018,12*
08/2012	24,85	1,3866	34,45	01/2012	656,09	1,4282	937,04*	12/2013	1.745,68	1,4355	2.505,93*
11/2011	1.156,59	1,4436	1.669,75*	10/2011	1.388,44	1,4483	2.010,88*	07/2010	631,60	1,5602	985,43*
06/2010	631,60	1,5585	984,34*	05/2010	631,60	1,5652	989,58*	04/2010	631,60	1,5766	995,79*
03/2010	615,20	1,5878	976,82*	02/2010	615,20	1,5989	983,66*				

* SALARIOS UTILIZADOS PARA CÁLCULO DA MÉDIA

TOTAL DOS SALARIOS CONTRIBUICAO CORRIGIDOS

SALARIO DE BENEFÍCIO (1.110,77)

31.101,60

DIVIDIDO POR 28

TEMPO DE SERVIÇO : 03 GRUPOS DE 12 CONTRIBUICOES

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

937,00

*** NAO HOVE 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

LIQUIDO 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 doenca 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 endereco, quando houver;

Caso essas regras nao sejam observadas pelos bancos, voce pode registrar reclamacao na Ouvidoria-Geral da Previdencia Social, pelo telefone 135.

Impresso pela Dataprev

FORM. CON54A





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 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: 58416880 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



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 12958136



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **LEILSON DA SILVA ANDRADE**
Nº Sinistro: **3180207566**
Vítima: **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 13007161



PETIÇÃO E DOCUMENTOS EM ANEXO.





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 no 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





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 no 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



em anexo.



**EXCELENTÍSSIMO(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;

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



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





**Soares & Bastos
Cavalcante**
ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

OAB/PB 17.807

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





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

