

RENATA VALSKA ALCOFORADO COSTA
RUA DR PEDRO NARCISO CASTANHEIRA, 85 / AP 301 - ALTO JARDIM
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)

Emissão: 28/08/2018 Referência: Ago / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL TRIFÁSICO
Roteiro: 18 - B - 330 - 3880 Nº medidor: 00009570609



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km 25 - Crote Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 011.735.816
Cód. para Débito Automático: 00016376766

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Ago / 2018	28/08/2018	26/09/2018	324.038.640-2 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1637676-6

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/07/18	14528	28/08/18	14695	1	157	32

Demonstrativo										
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos Totais	Valor Base Calc. ICMS(R\$)	Alq. ICMS	ICMS(R\$)	Base Calc. Fio(R\$)	Por Coluna(R\$)	Coluna(R\$)	Coluna(R\$)
				ICMS(R\$)	ICMS		(1,0045%)	(0,9955%)		
0801	Consumo em kWh	157,000	C 742890	116,80	116,80	27	51,46	116,80	1,28	5,83
0801	Adc. B. Vermelha			11,73	11,73	27	3,16	11,73	0,13	0,58
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIB SERV. LUM PÚBLICA			5,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL

Média últimos meses (kWh)

211

VEN
04/0

Histórico

203 | 194 | 183 | 222 | 205 |
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17

RESERVADO AO FISCO

b6a9.92d2.ad9a.6

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite
DIC MENSAL	4,26	0,00	NOMIN
DIC TRIMESTRAL	8,91		
DIC ANUAL	19,82		
FIC MENSAL	3,17	0,00	CONTR
FIC TRIMESTRAL	6,34		LIMITE
FIC ANUAL	12,70		
CMSC	2,77	0,00	
DICRI	12,22		

TERM 00700951 AGENTE 701230 AUTE 66128
CIBAN:050494 LOJA:007135 PUV:000951
11-03/2316 BANCO DO BRASIL 15:46:58
350136756 CORRESPONDENTE BANCO DO 2544

COMPROVANTE PAGAMENTOS COM CUD.BARRA

CONVENIO: FIDC - ENERGISA PARAIBA

03630030001 03460149000 16376762018

03930036019

NR. DOCUMENTO

71.350.991

NR. CONVENIO

57.262-2

DATA DO PAGAMENTO

11-09-2018

VLR DO PAGAMENTO

133,46

NR. AUTENTICACAO E.108.BDF.715.A18.287

Valor do EUSD (Ref 8/2018) R\$ 47,44

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: INDIRA FERREIRA RIBEIRO - 30/08/2019 18:06:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083018065212000000023256441

Número do documento: 19083018065212000000023256441

Num. 24009766 - Pág. 1

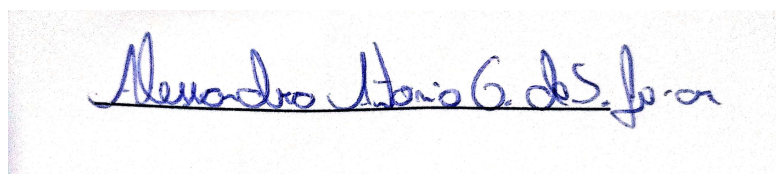
PROCURAÇÃO“AD JUDICIA”

ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR, brasileiro, solteiro, estudante, inscrito no CPF sob o nº 700.318.494-07, inscrito no RG sob o nº 3943176, residente e domiciliado a Rua Dr. Pedro N. Castanheira, 2, Altiplano – João Pessoa-PB – CEP 58046-320, pelo presente instrumento de procuração nomeia e constitui sua bastante procuradora e advogada, **INDIRA FERREIRA RIBEIRO**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 16.761; com endereço profissional na Rua São Miguel, 104 – Centro, na cidade de João Pessoa/PB, onde recebe intimações e avisos, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com cláusula “*ad judicium et extra*”, em qualquer juízo, instância, tribunal ou repartição, podendo propor as ações competentes e defender nas contrárias, acompanhando umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, comparecer a audiências, fazer carga, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR, brasileiro, solteiro, estudante, inscrito no CPF sob o nº 700.318.494-07, inscrito no RG sob o nº 3943176, residente e domiciliado a Rua Dr. Pedro N. Castanheira, 2, Altiplano – João Pessoa-PB – CEP 58046-320 declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

João Pessoa, 10 de junho de 2019.



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

PB

NOME
ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3943176 SSDS PB

CPF
700.318.494-07

DATA NASCIMENTO
28/10/1996

FILIAÇÃO
ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA
RENATA VALESKA
ALCOFORADO DE SOUZA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO
06545454614

VALIDADE
09/02/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/01/2016

OBSERVAÇÕES
EAR;

ASSINATURA DO PORTADOR
Alessandro Antonio Gomes de Souza Junior

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
09/02/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Avulok

11815108295
PB034043675

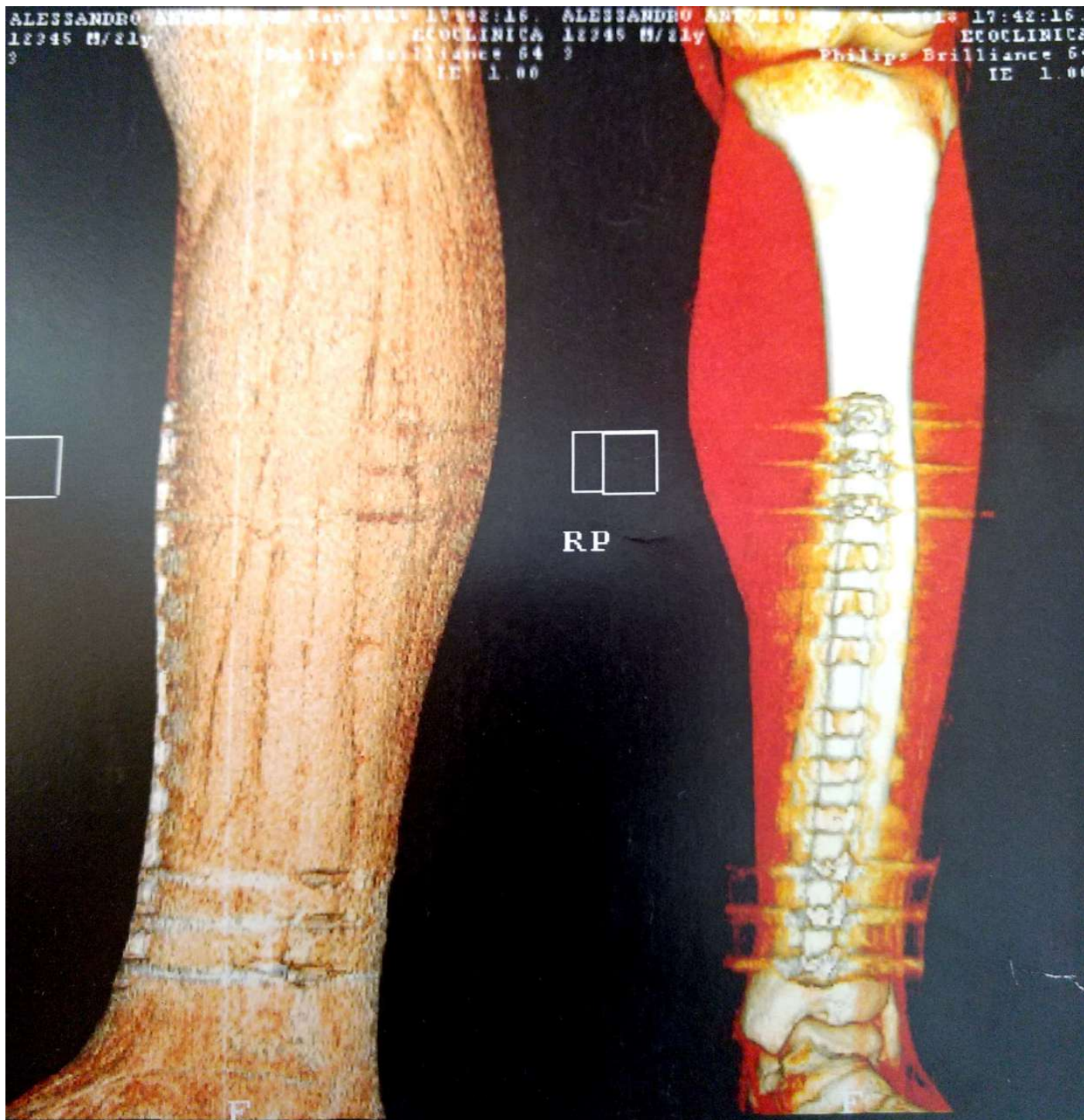
PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1467300762

PROIBIDO PLASTIFICAR
1467300762

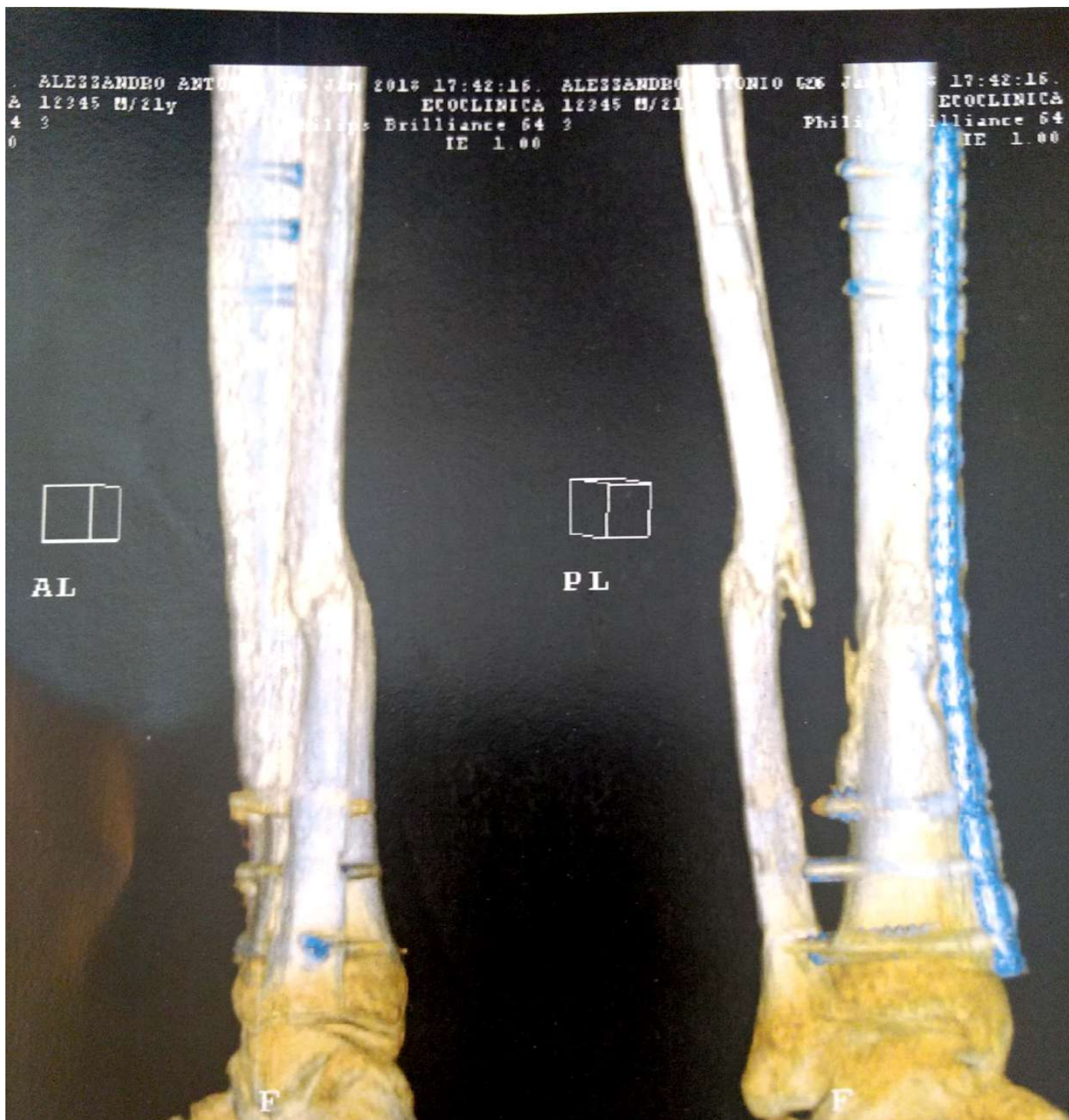
Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner

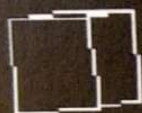




Scanned by CamScanner



ALESSANDRO ANTONIO L25 2018 17:42:16
12345 M/21y COOCLINICA
3 Philips Brilliance 64
IE 1.00

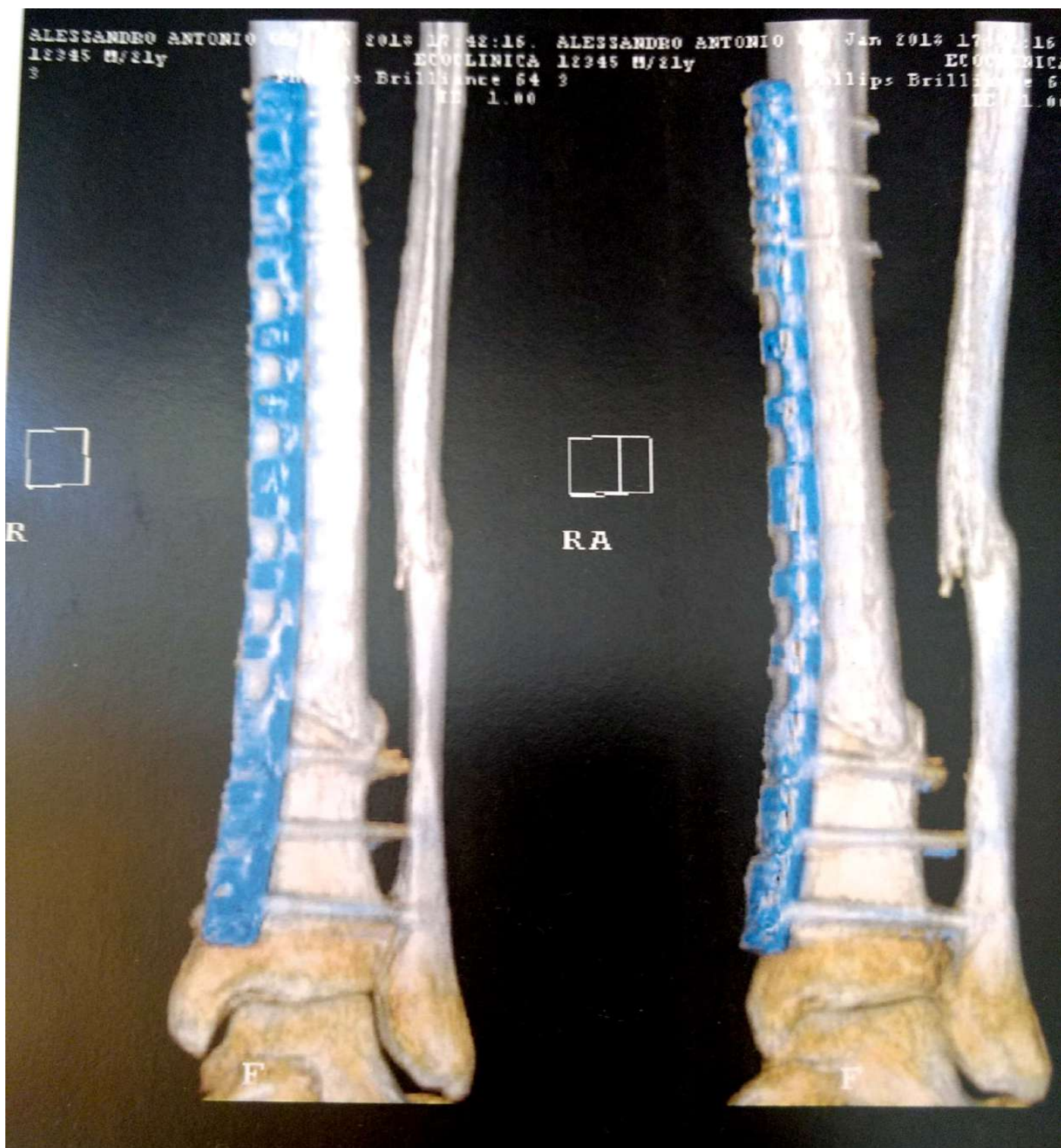


RA



Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180444983**

Vítima: **ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR**

Data do Acidente: **08/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180444983**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência ilegível
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01623/01624 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13402322



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180444983

Vítima: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR

Data do Acidente: 08/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00365/0386 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13619538



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180444983**

Vítima: **ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR**

Data do Acidente: **08/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180444983**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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 13400675

Pag. 00189/00190 - carta_01 - INVALIDEZ





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo <input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA											
Tipo de Sinistro Invalidez Permanente/Total		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA											
Nome do Requerente ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SO		Nome da Vítima ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SO	CPF da Vítima 70031849407										
Documentos Complementares <table border="0"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima</td><td><input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus</td><td><input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT</td></tr><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial</td><td><input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador</td><td><input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador</td></tr></table>				<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário	<input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima	<input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais	<input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus	<input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT	<input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente	<input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador	<input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário												
<input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima	<input checked="" type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais												
<input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus	<input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT												
<input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial	<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente												
<input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador	<input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador												
Morte <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada) <input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) <input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento <input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS Rec.Fed. <input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na <input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores <input type="checkbox"/> Alvará Judicial	Inválidez Permanente <input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Doctos. Entregues e Observações AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML; DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO;	DAMS <input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico <input type="checkbox"/> Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) <input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) <input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros											



0141585

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: INDIRA FERREIRA RIBEIRO - 30/08/2019 18:06:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083018065885600000023256455>

Número do documento: 19083018065885600000023256455

Num. 24009782 - Pág. 1

**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**
PRODUTIVIDADE NUM CLICK**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT**

Tipo de Processo <input type="radio"/> Processo Novo <input checked="" type="radio"/> Documentos Complementares		Atendente LILIANI CARNEIRO DOS SANTOS
Tipo de Sinistro Invalidez Parcial		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA
Nome do Requerente ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SO		Nome da Vítima ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SO
		CPF da Vítima 70031849407
Documentos Complementares		
<input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima		
<input type="checkbox"/> CPF da Vítima		
<input type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus		
<input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial		
<input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador		
<input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário		
<input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais		
<input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT		
<input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente		
<input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador		
Morte	Inválidez Permanente	DAMS
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito (Cópia autenticada)	<input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada	<input type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar
<input type="checkbox"/> Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada)		<input type="checkbox"/> Relatório Médico
<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada)	Outros Doctos. Entregues e Observações	<input type="checkbox"/> Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)
<input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento	DECLARAÇÃO DO PROPRIETARIO DA MOTO, DOCUMENTO DA MOTO E COMPROVANTE DE RESIDENCIA EM NOME DE RENATA	<input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)
<input type="checkbox"/> Prova de Companheirismo junto ao INSS		<input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros
<input type="checkbox"/> Declaração de Dependentes na Rec.Fed.		
<input type="checkbox"/> Prova de Dependência na CTPS		
<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento		
<input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros		
<input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento		
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores		
<input type="checkbox"/> Alvará Judicial		

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 31/10/2018

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: INDIRA FERREIRA RIBEIRO - 30/08/2019 18:06:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083018065885600000023256455>

Número do documento: 19083018065885600000023256455

Num. 24009782 - Pág. 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013747325156
16858711524

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20170000480699-3

VIA
1

0065632486-4

00/00000000

CICERO FERREIRA MACHADO
R MARCELO L MENDONCA 100 APT 3
AERoclUBE
58036520 JOAO PESSOA-PB

89389140463

NOA1341/PB

ALESSANDRO ANTONIO G DE S JUNIOR

NOVO PB

9C2ND1110ER009515

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/XRE 300

2013 2014

2 P/291 /CI

PARTIC

PRETA

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
N.Motor : ND11E1E009515

JOAO PESSOA-PB

21/12/2017

99999999

16730

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: INDIRA FERREIRA RIBEIRO - 30/08/2019 18:07:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083018065990000000023256458>

Número do documento: 19083018065990000000023256458

Num. 24009785 - Pág. 1

Nome: Alessandro Antonio Veiros
de Souza Junior

Relatório médico

• O paciente acima, sofreu
Acidente de moto há (08/07/17)
01 ano, apresentando na época
fratura de tíbia (E), sendo
tratado com tratamento cirúrgico
com fixação interna por placa
& parafusos evoluindo com
consolidação. Ulceras de tíbia (E)
PU evoluindo com sinais de
fratura de tíbia (E) & lesões
da fíbula de MI (E) em 25%.

MATRIZ DA SUA FURCA

Av. Dom Pedro II, 690 - Centro

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

CFD: 5828

22/08/18

Temístocles A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 7618 / TEOT: 15747 / RQE: 5245



Nome:

ALISSANDRO ANTONIO VONIG
DE SOUZA JUNIOR

Relatório médico

O paciente acima, sofreu
ACIDENTE DE TRÔNEO EM (08/07/17)
01 Ano, apresentando na época
fratura de TÍBIA (E), sendo
tratado com tratamento cirúrgico
com fixação interna por placa
e parafusos evoluindo com
consolidação. VUOSA DE TÍBIA (E)
PU EVOLUINDO COM SINTOMAS DE
FRATURA DE TÍBIA (E) E LUMBAS
DA FURCA DO M.I. (E) em 25%.

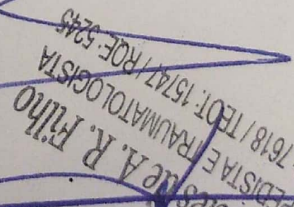
MATRIZ DA SUA FURCA

Av. Dom Pedro II, 690 - Centro

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

CPF: 5828

22/08/18


A.R. Filho
ORTOPEDISTA / RAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 7618 / TBO: 15742 / RQE: 5245

Scanned by CamScanner





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58059-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 803/043, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1723555, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 08/06/2017, na BR 230, em cima do Viaduto do Forroch - João Pessoa - aproximadamente às 17:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

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

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58059-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9255

Scanned by CamScanner





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 803/043, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1723555, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 08/06/2017, na BR 230, em cima do Viaduto do Forróck - João Pessoa - aproximadamente às 17:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Março de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

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 / 3218.9245

Scanned by CamScanner





**Poder Judiciário da Paraíba
16ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0851461-34.2019.8.15.2001

AUTOR: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar 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.

João Pessoa/PB, na data da assinatura eletrônica

