

DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. João Machado, 399, Sala - 01, Centro, João Pessoa-Paraíba.
83-998732-6361/ 83-99342-1170/ 83-3512-6361

PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

CONTRATANTES:

NOME Alexim Francisco de Silva Costa TELEFONE 982 282 710
ESTADO CIVIL Do Divórcio PROFISSÃO Psicólogo 986 40-7991
CPF 049.341.924-17 RG 2.440.172 ENDEREÇO R.?
Residência 18 ST. 53 num

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, JOSÉ EDUARDO DA SILVA OAB/PB 12.578, e ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438, ANITA NÁGILA DE SÁ CARDOSO, OAB/PB 14.178, com escritório profissional sito à Avenida João Machado 399, sala 01, Centro, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de economia mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA

Declara ainda o outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa, 17 de Novembro de 2016.

(OUTORGANTE) Alexim Francisco de Silva Costa





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro do Pessoa Física

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

049.341.924-17

Nome

Nome
ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA

Nascimento

08/05/1980

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

CÓDIGO DE CONTROLE

02EE.7734.9876.6A1A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:59:56 do dia 03/11/2014 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 00



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71531815

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

SET/2016

MARIA DA PENHA DA SILVA
RUA PROJETADA 18 ST. 53 NUM. SN

ALTO DO CEU

58000-000

JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.53.090.0025	0	1	0	0	0	80333826
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N407469	20/10/2015	7	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m3)	NUM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
184	200	16	30	15/10/2016		
HIST. DE CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS				
MAR/2016	14 0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
ABR/2016	17 0	COL.TOTAIS	294	294	294	
MAI/2016	17 0	TURBIDEZ	294	294	292	
JUN/2016	18 0	CLORO	294	294	294	
JUL/2016	13 0	COL.TERMOT	0	0	0	
AGO/2016	13 0	COR	77	132	131	
MEDIA(M)	16	DADOS REFERENTES A:AGO/2016				

DATA DA LEITURA: 16/09/2016		HORA DA LEITURA: 10:37:27	
DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10h	10	32,78	R\$32,78
DE 11h A 20h	6	25,38	R\$25,38
TOTAIS		58,16	
047-JUROS DE HORA			R\$0,06
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.			R\$1,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$5,38 PIS E COFINS: LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

28/09/2016

Total a Pagar:

R\$59,55

v. 16.7 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NAO EXISTE(M) CONTA(S) INTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA CONDIÇÃO, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO
MÁTICO.







Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170065316 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA

CPF/CNPJ: 04934192417

Posição em 20-04-2017 17:29:29

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 843,75

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
24/04/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

x A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

- Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)
- Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)
- Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

v:seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/1







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00087.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00087.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:06 horas do dia 11 de janeiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu Alcemir Francisco da Silva Costa, CPF nº 049.341.924-17, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria José da Silva e Antônio Francisco da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/05/1980 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 30, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Próximo a Ups, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98828-2710.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Uma Loja de Tintas, João Pessoa/PB, bairro Varadouro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/08/16 13:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 30/08/16, por volta das 13:30h, quando conduzia a motocicleta de marca I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, cor vermelha, ano 2011/2012, de placa OEZ-8881/PB, chassi nº LXYXCBL09C0528474, registrada em nome de Ronaldo Barbosa da Silva, pela Rua Maciel Pinheiro, no Bairro do Varadouro, nesta cidade de João Pessoa/PB, após atingir um veículo, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura da clavícula esquerda, sendo socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 11 de janeiro de 2017.

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.662-3

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão de Polícia

ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA
Noticiante

Procedimento Policial: 00087.01.2017.1.00.420

1/1







VISTO EM: 19/09/16

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM-521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 13 de Setembro de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 355/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 30/08/2016, conforme requerimento nº 361/16, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 13h30min o/a Sr.(a) **ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA** CPF Nº 049.341.924-17, vítima de acidente de trânsito (*queda de moto*), ocorrido na Rua Maciel Pinheiro, 268, Varadouro, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o **CABO BM Jackson da Silva Florêncio**, Matrícula 521.979-5, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se sentada, consciente e orientada, apresentando tórax normal, com MMSS (membro superior) esquerdo apresentando sinais de fratura de clavícula e no MMII (membro inferior) com escoriações e abrasão. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Idjinne Carollynne Borges de Lima** SD-BM, Mat. 527.446-0, (*Idjinne*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Eliude Bruno Freitas Santiago
Ten. QOBM
Mat. 523.685-1

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gendim, 58.031-090, João Pessoa-PB.
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



EXCERPT OF THE
PROCEEDINGS OF THE
COURT OF JUSTICE





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Alcemir Francisco da Silva Costa
DATA DE NASCIMENTO	08/05/80
NOME DA MÃE	Maria José da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	944026
DATA DO ATENDIMENTO	30/08/16
HORA DO ATENDIMENTO	14:15
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura de clavícula E.
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, alcoolizado, com dor em ombro esquerdo, edema e deformidade, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula E.

TRATAMENTO:

1º atendimento + tratamento conservador de fratura da clavícula esquerda.

ALTA HOSPITALAR:	30/08/16
DATA DA EMISSÃO:	05/12/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: **ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA**

BE: **944026**

DATA: **31/8/2016 17:12**

DATA EXAME: **30 .08.2016.**

RX. TÓRAX AP

TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.

SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.

ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. OMBRO ESQUERDO AP

FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

15

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645



16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 944026

RX



Identificação do paciente

ID 1076059	Nome ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA	Sexo Masculino
Data de nascimento 08/05/1980	Idade 36 anos 3 meses 22 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MARIA JOSE DA SILVA	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade NAO INFORMADO	Pai ANTONIO FRANCISCO DA COSTA	
DDD Móvel	Fone Móvel	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2440172	DDD Fixo
Local de procedência VARADOURO	Nº Cns 709609626848173	Fone Fixo
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB
		Tipo BAIRO
		CBO/R

Endereço

CEP 58027150	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ALTO DO CÉU
Número S/N	Complemento		Beiro MANDACARU

Admissão

Data e Hora 30/08/2016 14:15:35	Número da pulseira 1000005775599	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

EXAME OK

Diagnóstico	CID
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA	Tempo 03min 38seg

Imprimir

14/09

30/08/2016 14:18





EVOLUÇÃO DO PACIENTE



1000005775598 BE.: 944026
ALCEMIR FRANCISCO DA SILVA COSTA
DT. NASC.: 09/05/1980
MAE: MARIA JOSE DA SILVA

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

END.: ALTO DO C 8U
N. S/N - MANDACARU
JORD PESSOA
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 36
DT. ENTRADA:

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		# Otopedica
		# 30/08/16 às 17:00h
		# Lesão cutânea de gendete no rosto, apresentando dor, edema e hiperemia em áreas com lesões e limitação de movimento do ombro esquerdo.
		# AD: fratura de 43 milis de clavícula esquerda
		# Conduta: - Enrijecimento em "8" - Ex de Costal - Realização para Otopedica
		Ass: CRM: 10251

F(NG).ENF.018-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSML

[illegible]

F(NG).ENF.018-1

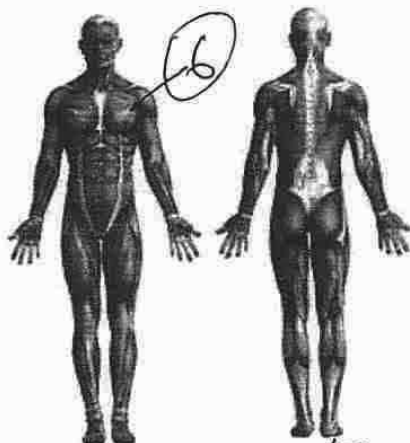


EXAME SECUNDÁRIO

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

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



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

OBS.:

Fratura de humero C

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>Alimentação</i>		
2	<i>Alta hospitalar</i>		
3	<i>Dr. Roberto Nery Dantas</i>		
4	<i>Dr. Roberto Nery Dantas</i>		
5	<i>Dr. Roberto Nery Dantas</i>		
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *ORTOPEDIA* às _____ do dia ____
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____

DESTINO DO PACIENTE

DATA *20/05/16* () Centro cirúrgico
 DA () Transferência (unidade de saúde)
 SAÍDA () Internado (setor)
 HORAS: *10:00* () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO

Severino Ramos do Nascimento
 Médico CRM-PR 1595
 CMC 108235374970004
 ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1





Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0824145-17.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

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.

cumpra-se

João Pessoa, data definida no sistema

Juiz(a) de Direito

