

PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE José Renelson Santos Gonçaga

**brasileiro (a), Solteiro, Estudante inscrito no CPF sob nº
115.848.184-50, podendo ser intimado (a) na Rua:
Sítio Guaiá s/n, Alagoa Grande**

- Paraíba, neste ato nomeia e constitui como seu bastante procurador e advogado

OUTORGADO(S)

Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, com escritório profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, com os poderes especial de patrocinar defesa do outorgante junto a processo junto a Comarca de

- Paraíba, podendo os outorgados, requererem o que necessário for junto a quaisquer órgãos administrativos, judiciais para tanto, praticar todos os atos, constantes da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**, para o foro em geral, para defender o outorgante, bem como em qualquer órgão do Poder Judiciário e/ou extrajudicialmente, em qualquer grau de jurisdição, e diante de qualquer ente/órgão da Administração Pública direta e indireta, INSS, podendo, para tanto, propor ação e dela variar, contestar, recorrer, requerer, embargar, transigir, passar recibos, receber e dar quitação, desistir, renunciar, firmar acordos, requerer o benefício da gratuidade judiciária e tudo o mais praticar a bem do completo e fiel patrocínio de toda e qualquer pretensão do outorgante, podendo ainda levantar, receber, dar quitação, inclusive o "alvará judicial", decorrente da presente demandada, substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, se lhe convier, dando o outorgante tudo por bom, firme e valioso, como se por ele houvesse sido praticado.

_____- Paraíba, ____ de _____ de 2020

⇒

José Renelson Santos Gonçaga
Outorgante



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante: José Renilson Santos Gonzaga, brasileiro, sócio, estudante, inscrito no CPF sob nº 115.848.184-50, podendo ser intimado na Sítio Gavião, km 1 Alagoa Grande - Paraíba, contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB 6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

- 1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Campina grande - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;
- 2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juizo, da causa, firmados na clausula- *ad exitum* (quando o pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);
- 3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsara, quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida;
- 4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (trinta por cento) sob o valor da causa;
- 5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de
_____- Paraíba;

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

_____- Paraíba, ____ de _____ de 2020

⇒ Contratante: José Renilson Santos Gonzaga

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, José Renilson Santos Gonzaga, brasileiro (a),
Solteiro, estudante, inscrito no CPF sob nº 115.848.184-50,
podendo ser intimado (a) na Rua
Sítio Gavião, s/n, Alagoa Grande, Paraíba.

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 da palavra.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

____ - Paraíba, ____ de _____ de 2020

⇒ José Renilson Santos Gonzaga

Declarante.



DECLARAÇÃO DE ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA- PESSOA FÍSICA

Eu, José Renilson Santos Gonçaga; Carteira de Identificação RG: 4.536.725, órgão expedidor: SSP, UF: PA; CPF: 115.848.184-50; residente no endereço:

Sítio Gavião - km Alagoa Grande., declaro que sou isento de declarar o imposto de renda pelo motivo de possuir baixa renda. Declaro ainda que esta declaração segue em conformidade com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864 de 25 de julho de 2008, relatando que deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir de 2008; também segue em conformidade com o previsto na Lei nº 7.115/83 relatando que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Declaro ser verdade todo o exposto acima.

_____- Paraíba, _____ de _____ de _____.

José Renilson Santos Gonçaga

Assinatura do declarante.

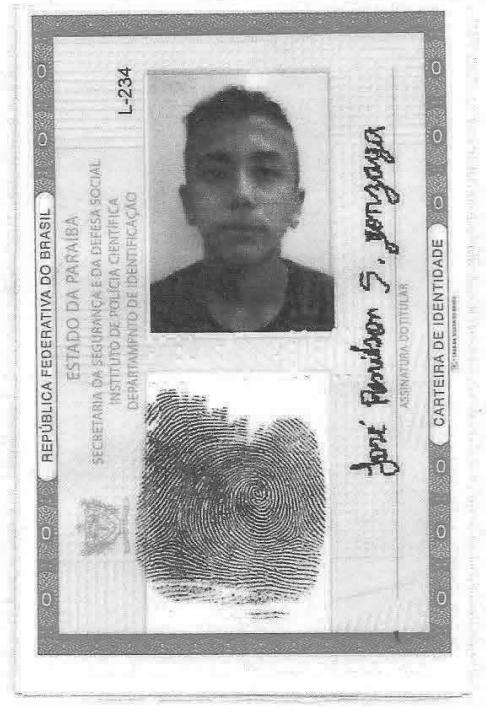
DAI – DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO.

Por Assessoria de Comunicação Social — publicado 26/02/2016 10h54, última modificação 28/06/2019 :10h29.

Informamos que a Declaração Anual de Isento (DAI) da Secretaria da Receita Federal do Brasil foi instituída com o objetivo de manter atualizado o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).

A Instrução Normativa RFB 864/2008 extinguiu a Declaração de Isento a partir de 2.008, sendo substituída pela Declaração da Lei Federal 7.115/1983.





Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 20/01/2020 10:01:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012010010218100000026582277>
Número do documento: 20012010010218100000026582277

Num. 27547911 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 20/01/2020 10:01:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012010010218100000026582277>
Número do documento: 20012010010218100000026582277

Num. 27547911 - Pág. 2

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal
Documento não é哼pungo de débito
Número do documento: 20012010010318700000026582279

Nº 037.192.243



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES BRITO SANTOS
SIT GAVIAO S/N
ALAGOA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1501745-2

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

13/01/2020

CONSUMO

158

VENCIMENTO

20/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 78,12

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 10854.611174 6 8140000007812

Pagador: MARIA DE LOURDES BRITO SANTOS CNPJ/CPF: 543.759.404-68
SIT GAVIAO S/N - JD CID UNIV - ALAGOA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010854611	001501745202001	20/01/2020	R\$ 78,12	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 20/01/2020 10:01:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012010010318700000026582279>
Número do documento: 20012010010318700000026582279

Num. 27547913 - Pág. 1



AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREIA
DATA: 19/10/2018 HORA: 10:48:04
TERMINAL: 11001980 CONTROLE: 110019800219

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1100 013.00027803-1
NOME: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 100,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 83 99171-8353

NÚMERO DO ENVELOPE: 395966027

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018
Ocorrência nº. 503/2018

Aos DEZESSEIS dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr.(a). MARIA SOLIDADE DE SOUSA, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:58min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA, conhecido(a) por , Identidade nº 4.536.725-SSS/PB, CPF nº 115.848.184-50, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: estudante, filho(a) de José Carlos Gonzaga E De Josicleia Brito Santos , natural de Areia/PB, nascido(a) em 21/05/2001 (17 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Gavião,Zona Rural , tendo como ponto de referência: , na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 99337-8897 compareceu acompanhado de sua genitora JOSICLEIA BRITO SANTOS, sob RG de nº 2849274.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 21 de 01 de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 19h:00min;
- 4) **Local do fato:** PB-079 , nas imediações da entrada da fazenda Serra Grande, município de Alagoa Grande/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital municipal de Alagoa Grande e em seguida encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo? NÃO;**
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado?**
;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias? SIM**
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

UMA MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN EDI , DE PLACA OEZ 2226/PB, CHASSI: 9C2KC1670CR526249, DE COR CINZA ,ANO/MODELO 2012, REGISTRADA EM NOME DE JOSILENE BRITO SANTOS e UM VEICULO FIAT STRADA ,DE COR BRANCA.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

8) Breve resumo do fato:

Que o NOTICIANTE procurou esta delegacia para comunicar que no dia e hora acima citado estava vindo de carona com seu Tio JOSENILDO BRITO SANTOS na referida motocicleta; Que o NOTICIANTE e seu tio estavam vindo do município de Areia/PB pela PB-079 com sentido a sua residência que fica localizada no Sítio Gavião, momento em que estavam passando próximo a entrada da Fazenda Serra Grande ,fizeram a manobra de entrar a esquerda ,com os devidos cuidados e quando já haviam efetuado a manobra um veículo STRADA de cor Branca sobrou na curva e os atingiu; Que com o impacto o NOTICIANTE e seu tio foram arremessados ao chão, e o ocupante do veículo se evadiu sem prestar socorro; Que o NOTICIANTE informa que quando tentou se levantar sentiu sua clavícula doer muito e seu tio sofreu apenas escoriações; Que o NOTICIANTE foi socorrido por populares para o hospital municipal de Alagoa Grande e em seguida foi encaminhado para o Hospital de emergência e trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes em Campina Grande/PB ,onde passou por exames que constataram uma fratura em sua clavícula; Que o NOTICIANTE foi atendido, medicado e passou por procedimentos de imobilização e em seguida foi liberado.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

José Renilson Santos Gonzaga
JOHÉ RENILSON SANTOS GONZAGA
Comunicante

Escrivã(o) Agente
Matrícula nº 182.464-3





Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
8ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Cia da Comarca de ALAGOA GRANDE



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 602/2018

Aos SEIS dias de DEZEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de ALAGOA GRANDE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARIA SOLIDADE DE SOUSA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 12h:45min, compareceu a **PESSOA** a seguir qualificada:

JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA, conhecido(a) por XXXX, Identidade nº 4536725-SSP/PB, CPF nº 115848184-50, nacionalidade brasileira, estado civil: Solteiro, profissão: estudante, filho(a) de Jose Carlos Gonzaga e de Josiclea Brito Santos, natural de Areia/PB, nascido(a) em 21/05/2001 (0 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Gaviao, tendo como ponto de referência: Barragem de Pitombeira, na cidade de ALAGOA GRANDE/PB, fone(s) para contato: (83) 9 .

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/Registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** Acidente de Transito;
2) Data do fato: 21/01/2018;
3) Horário do fato: 19:00H;
4) Local do fato: PB-079, Nas proximidade da entrada da Fazenda Serra Grande- Alagoa Grande-PB.

5) Descrição do(s) documento(s) perdido(s)/extraviado(s):

6) Breve resumo de fato:

IDEAM BOLETIM DE OCORRENCIA nº503/2018 do livro nº001/2018

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

No BOLETIM DE OCORRENCIA nº503/2018 onde se lê a placa da motocicleta OEZ 2226/PB
leia-se PLACA OEZ 2526/PB; onde se lê o nome JOSILENE BRITO SANTOS, proprietária da motocicleta. ***leia-se JOSILENE BRITO SANTOS.***

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que diaitei.

JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA
JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA
Comunicante

JOSICLEIA BRITO SANTOS / Garota do Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168393-4



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 20/01/2020 10:01:05
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001201001042310000026582282>
Número do documento: 2001201001042310000026582282

Núm. 27547916 - Pág. 2

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josiele Brito Santos,
RG nº 34 22920, data de expedição 09/03/2006 Órgão
SSP PB P, portador do CPF nº 082734034-67, com domicílio na
cidade de Alagoa Grande, no Estado de Pernambuco, onde
resido Santos Dumont na (Rua/Avenida/Estrada), nº 233,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
José Renilson Santos Gonçalves, cujo o condutor era
Josenildo Brito Santos.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 150 FAN ES1

Ano: 2012 / 2012

Placa: 0EZ-2526 / PB

Chassi: 9C2KC1670CR526249

Data do Acidente: 21/01/18

Local e Data: Alagoa Grande - PB 08/08/2018



Josiele Brito Santos

Assinatura do Declarante (reconhecer firma por AUTENTICIDADE)

Josenildo Brito Santos

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Selo Digital: AHD49964-ZXWD



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 20/01/2020 10:01:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012010010542500000026582284>
Número do documento: 20012010010542500000026582284

Num. 27547918 - Pág. 1

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013929631805

DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E HIGIENE MÉTODOS DE VÉHICULO

VIA 1 0047356126-3 00/00000000 2018

CÓD. REGISTRAÇÃO - ANTR. EXERCÍCIO
NOME: JOSIELE BRITO SANTOS

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

PB Nº 013929631805 BILHETE DE SEGURO DPVAT
- EXERCÍCIO 2018 - DATA EMISSÃO 05/04/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
AUTOMOTORES DE VIA TERRestre, QUER SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT



00000000000000000000000000000000		CPF / CNPJ	PLACA
08273403467		08273403467	OEB22526/PB
PLACA ANT / UF	PB	CHASSI	
NOVO		9C2KC1670CR526249	
PAS / MOTOCICLE / NAO APPLIC		COMBUSTIVEL	
		ALCO/GASOL	
HONDA / CG 150 FAN		ANO FAB.	ANO MOD.
		2012	2012
CAP. FOT. OIL		COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CT		CINZA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
1 P		30/00/0000	1º
1 P		30/00/0000	2º
1 P		30/00/0000	3º
PARCELAGEMENTO / COTAS			
0			
PRÊMIO TAPUÁBIO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		27/03/2018	
PRÊMIO TAPUÁBIO (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		27/03/2018	
OBSERVAÇÕES			
3 COTA ÚNICA			
PRÉMIO TAPUÁBIO (R\$) 0			
CUSTO DO SEGURO (R\$) 0			
DESENTRAL (R\$) 0			
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0			
IOF (R\$) 0			
TOTAL ARBITRAGEM SUBSEGURADORA (R\$) 0			
SEGURADO PAGO			
DATA DE QUITAÇÃO 27/03/2018			
PAGAMENTO PARCELADO			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.220.800/0001-04

ALAGOA GRANDE/PB 05/04/2018
14460-1256476-20180405



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 20/01/2020 10:01:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012010010542500000026582284>
Número do documento: 20012010010542500000026582284

Num. 27547918 - Pág. 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

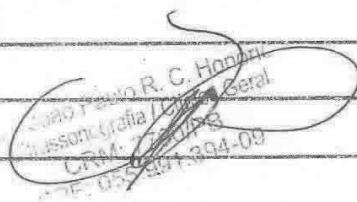
UNIDADE DE REFERÊNCIA: Trauma Cr.

UNIDADE DE ORIGEM: HMOT

NOME DO PACIENTE: Tais Ferreira S. Gomes.

PROCEDÊNCIA: Paciente vítima de queda de
moto apresentando dor e edema
em clavícula (L) + edema e dor
em fôlho (P)

#CD: Pata da
clavícula e fôlho (P)



ALAGOA GRANDE (PB), / /

MÉDICO





GOVERNO
DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	José René por Santos Gombez	PRONTUÁRIO:	529
IDADE:	50	SEXO:	M
COR:	P	PESO:	60
ALTURA:	178	CLÍNICA:	Enf.
LEITO:	18	ENF.:	

DADOS CLÍNICOS:

Socidente de motocicleta.

MATERIAL A EXAMINAR:

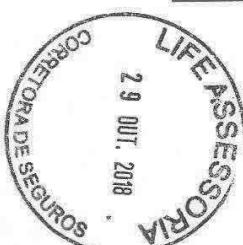
EXAMES SOLICITADOS:

*Rx ldo omegas (E) AP + Retafes + Cervical + Abdominal.
Rx ldo joelhos (S) AP + perfil.*

RAIO X
REALIZADO EM:
18/01/2020

URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>
DATA:	21/01/2020		
HORA DA SOLICITAÇÃO:		Carijópe Assinatura do Médico	

MOD. 002





PACIENTE: JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA

DATA DO EXAME: 21.01.2018

RADIOGRAFIA DE JOELHO

- Ossos de morfologia e textura normais.

- Partes moles sem alterações.

- Relações articulares conservadas

RADIOGRAFIA DE OMBRO

- Fratura da extremidade acromial da clavícula.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

20

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

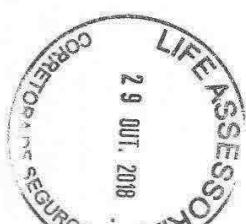
Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberten Maia
CRM/PB: 6401

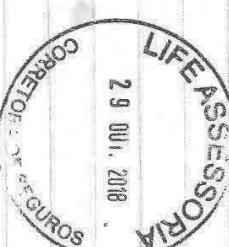


EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedista
Paciente vítima de esguice
de tendão do clavícola e
a joelho.
Aos exames físicos evidenciou-se
fratura de clavícula e torso
múltiplo. Incluiu-se 17 ferimentos

Co.: Tipi
Altura média 172cm, peso 70kg
cor vermelha.
Análisis:

Dr. Julio Cesar Gaspão
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB/9966



DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ hs.

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

- Centro cirúrgico _____
 Internação (setor) _____
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
 Óbito _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
0394575158	115.848.184.50	JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA	CPF: 115.848.184-50
Profissão: ESTUDANTE	Endereço: SITIO GAVIÃO
Número: 8723	Complemento: 5170

Bairro: JARD. CIS. UNIVERSITÁRIA	Cidade: ALAGOA GRANDE
Estado: PARANÁ	CEP: 58.388-000

E-mail: BALBINO CG@HOTMAIL.COM	Tel.(DDD): (83)99829.8855
-----------------------------------	------------------------------

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 1100	AGÊNCIA: _____
CONTA: 27.803	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
---	--------------------------

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
--	--

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1 ^a Nome: _____	
CPF: _____	CPF: _____	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura	

José Renilson Santos Gonzaga
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Leid B. Santos
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1 ^a Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2 ^a Nome: 29 OUT. 2018
CPF: _____
Assinatura



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Renilson Santos Gonçaga
 DATA DO ACIDENTE 21.01.2018 CPF DA VÍTIMA 115.848.184-50

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É José Renilson Santos Gonçaga
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Gavias
 Nº S/nº COMPLEMENTO Sítio BAIRRO Jardim Cidade Universitária
 CIDADE Alagoa Grande UF PA CEP 58.388-000
 E-MAIL BELBINO.C@Hotmail.com TELEFONE (83) 29899-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS), DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (NOTAS FISCAIS, ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (LAUDO DO IML: (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL))
- * NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL, ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- * BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- * COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- * AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODEPONTO.COM.BR OU LIGUE **1400-111111**

DATA 29/01/2018 NOME Corretora de Seguros

ASSINATURA José Cláudia B. Sampaio

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODEPONTO.COM.BR OU LIGUE **1400-111111**

DATA 29/01/2018 NOME Corretora de Seguros

IDENTIDADE 2819216

ASSINATURA José Cláudia B. Sampaio



 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 003.7.20.00133/01
	Alagoa Grande	ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	Data de emissão: 20/01/2020
Número da guia: 003.2020.600133 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/01/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 101,84 Promovente: JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA - Taxa Judiciária: R\$ 50,92 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Despesas processuais com mandados: R\$ 58,56 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO			UFR vigente: R\$ 50,92
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 224,67
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866800000022 246709283187 520200131008 372000133010</p>			Valor final: R\$ 224,67

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 003.7.20.00133/01
	Alagoa Grande	ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	Data de emissão: 20/01/2020
Número da guia: 003.2020.600133 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/01/2020
Promovente: JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A			UFR vigente: R\$ 50,92
Detalhamento: - Despesas processuais postais: - Cartas R\$ 12,00 - Despesas processuais com mandados: - 1x Intimação (DE 02 A 05 KM) R\$ 58,56			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 224,67
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 224,67

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 003.7.20.00133/01
	Alagoa Grande	ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	Data de emissão: 20/01/2020
Número da guia: 003.2020.600133 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 31/01/2020
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 101,84 Promovente: JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA - Taxa Judiciária: R\$ 50,92 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Despesas processuais com mandados: R\$ 58,56 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO			UFR vigente: R\$ 50,92
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 224,67
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866800000022 246709283187 520200131008 372000133010</p>			Valor final: R\$ 224,67





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 003.2020.600133

Data Vencimento: 31/01/2020

Data Emissão: 20/01/2020

Comarca: Alagoa Grande

Classe: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65

Promovente: JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Valor da Causa: R\$ 1.000,00

Despesas Processuais: R\$ 70,56

Custas: R\$ 101,84

Taxa: R\$ 50,92

Total da Guia: R\$ 223,32

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 20/01/2020 10:01:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012010011005600000026582291>
Número do documento: 20012010011005600000026582291

Num. 27547925 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Alagoa Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800139-31.2020.8.15.0031

DESPACHO

Vistos, etc.

Inicialmente, defiro o pedido de justiça gratuita a parte autora (art. 98 do CPC).

Deixo, outrossim, de determinar a realização da audiência prevista no art. 334 do CPC, tendo em vista especificidade da demanda, que sempre reclama a produção de prova pericial para o seu deslinde, e ainda a circunstância de que a parte demandada, de modo recorrente, em centenas de processos análogos a este, não demonstra interesse na autocomposição, de modo que determino a sua CITAÇÃO para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 dias. Expeça-se carta e encaminhe-se via ECT.

Providências necessárias.

Alagoa Grande, data e assinatura eletrônica.

JOSÉ JACKSON GUIMARÃES

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE JACKSON GUIMARAES - 21/01/2020 11:56:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012111113052700000026613026>
Número do documento: 20012111113052700000026613026

Num. 27580465 - Pág. 1



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
VARA ÚNICA DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE

0800139-31.2020.8.15.0031

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA

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

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Fica a parte promovida, através de seu Procurador Geral, devidamente citado para apresentação de contestação, no prazo de 15 dias. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

Alagoa Grande-PB, 4 de março de 2020

IVONALDO FARIAS MONTENEGRO
Analista/Técnico(a) Judiciário(a)

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	20012010005848600000026582167
INICIAL	Outros Documentos	20012010005997600000026582170
PROCURAÇÃO	Procuração	20012010010099300000026582174



Assinado eletronicamente por: IVONALDO FARIAS MONTENEGRO - 04/03/2020 22:06:56
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030422065581600000027752469](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030422065581600000027752469)
Número do documento: 20030422065581600000027752469

Num. 28793288 - Pág. 1

DOC. IDENTIFICAÇÃO	Documento de Identificação	20012010010218100000026582277
RESIDENCIA E DADOS DO BANCO	Outros Documentos	20012010010318700000026582279
B.O	Outros Documentos	20012010010423100000026582282
DUT	Outros Documentos	20012010010542500000026582284
PRONTUÁRIOS	Outros Documentos	20012010010722200000026582286
SOLICITAÇÃO DE SEGURO	Outros Documentos	20012010010860100000026582289
GuiaCustas	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas	20012010011005600000026582291



Assinado eletronicamente por: IVONALDO FARIAS MONTENEGRO - 04/03/2020 22:06:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030422065581600000027752469>
Número do documento: 20030422065581600000027752469

Num. 28793288 - Pág. 2