

PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE 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, Alagaa 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 Renilson Santos Gonzaga

Outorgante



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante: Jose Renilson Santos Gonzaga, brasileiro, solteiro, estudante, inscrito no CPF sob nº 115.848.184-50, podendo ser intimado na Rua Sítio Gavião, s/n, Alagoinha 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 pagara 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 Juízo, da causa, firmados na cláusula- *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, devera 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 duvidas, 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: Jose Renilson Santos Gonzaga

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Jose Renilson Santos Gonzaga, brasileiro (a),
Solteiro, estudante, inscrito no CPF sob nº 115.848.184-50
podendo ser intimado (a) na Rua
: Sítio Pavão, s/n, Alagaa 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

⇒ Jose Renilson Santos Gonzaga

Declarante.



DECLARAÇÃO DE ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA- PESSOA FÍSICA

Eu, Jose Renilson Santos Gonzaga; Carteira
de Identificação RG: 4.536-725, órgão expedidor: SSP, UF: PB;
CPF: 115.848.184-50; residente no endereço:
Sítio Gavião, s/n 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
de declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Declaro ser verdade todo o exposto acima.

_____ - Paraíba, _____ de _____ de _____.

Jose Renilson Santos Gonzaga
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.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.536.725 DATA DE EXPEDIÇÃO 16/05/2018

NOME
JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA

FILIAÇÃO
JOSÉ CARLOS GONZAGA
JOSICLEA BRITO SANTOS

NATURALIDADE AREIA-PB DATA DE NASCIMENTO 21/05/2001

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº27299 - LIV.A.27 - FLS.04 - CARTORIO AREIA-PB

CPF
115.848.184-50

João Pessoa - PB

Manoel A. B. Lopes Jr. DIRETOR

29/08/63

O+

L-234

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

José Renilson S. Gonzaga

CARTeira DE IDENTIDADE





BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é sequencial de boletim
Número para controle interno da empresa: 037.192.243



ENERGISA PARAIBA - 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

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 10854.611174 6 81400000007812				
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	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





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: JOSÉ 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





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, escrevê(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 Josiclea 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) Sitio 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 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 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(ela) 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 Sitio 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, escrevê(o) que digitei.

Jose Renilson Santos Gonzaga
JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA
Comunicante

[Assinatura]
Escrivão(a) Agente
Matrícula nº 182.464-3



Modelos_Delegado_ILAMILTO





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, escrevã(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 Gavião, 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 Trânsito;
- 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 do fato:**

IDEM AO 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 JOSIELE BRITO SANTOS**.

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

Jose Renilson Santos Gonzaga
JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA
Comunicante

Josicleia Brito Santos
JOSICLEIA BRITO SANTOS/ Genitora do Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168393-4



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josiele Brito Santos,
RG nº 3422920, data de expedição 09/03/2006 Órgão
SSPPBP, portador do CPF nº 082734034-67, com domicílio na
cidade de Alagoa Grande, no Estado de Pernambuco, onde
resido na Santos Dumont (Rua/Avenida/Estrada)
Santos Dumont, 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 Remilson Santos Gonzaga, cujo o condutor era
José Nildo Brito Santos.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 150 Fan ESI
Ano: 2012 / 2012
Placa: DEZ-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**)

José Nildo Brito Santos
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Selo Digital: AHD49964-ZXW0



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

Nº 013929631805

DETAM - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2018
VIA 1 0047356126-3 00/00000000 2018

NOME
JOSELE BRITO SANTOS

PLACA 08273403467
CPF / CNPJ 9C2KC1670CR526249
PLACA 0E22526/PB

PLACA ANT / UF PB
NOVO

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI
ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP / POT / CL 2 P/149 /CI
CATEGORIA PARTICINZA

COTA UNICA 30/00/0000
VENG / COTAS 1º

PARCELAMENTO / COTAS 0
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0
IOF (R\$) 0
PREMIO TOTAL (R\$) 27/03/2018

PREMIO TOTAL (R\$) 27/03/2018
OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
0

ALAGOA GRANDE PB
05/04/2018
14460

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS FÍSICOS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929631805 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

VIA 1 08273403467
CPF / CNPJ 9C2KC1670CR526249
PLACA 0E22526/PB

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 05/04/2018

RENOVAÇÃO 00473561263
MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2012 CAT TARE 9
Nº CHASSI 9C2KC1670CR526249

PREMIO TARIFARIO
R\$ 0
IOF (R\$) 0
PREMIO TOTAL (R\$) 27/03/2018

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0
CUSTO DO SEGURO (R\$) 0
TOTAL ASSEG. SEL. RES. ANO (R\$) 0

CUSTO BILHETE (R\$) 0
IOF (R\$) 0
PREMIO TOTAL (R\$) 27/03/2018

PAGAMENTO 0
PARCELADO

SEGURO LIDER - DPVAT
CNPJ 06.900.510/0001-06

14460-1256476-20180405



21/01/2018

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°:1584291

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 21/01/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Giselle De Oliveira Lopes

PACIENTE: JOSE RENILSON SANTOS CEP:58388000

Nascimento:21/05/2001

GONZAGA

Sexo:M

Telefone: 991910357

Cidade: Alagoa Grande

Idade:016

Bairro:ZONA RURAL

Nome da Mãe: JOCCLEIA BRITO SANTOS

RG:

Nº:0

Responsável: MARIA DE LOURDES BRITO SANTOS

CPE: 11584818450

Profissão:ESTUDANTE

Estado Civil:Solteiro(a)

Data de Atendimento:21/01/2018

CNS:708001357107420

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

Hora: 21:58:50

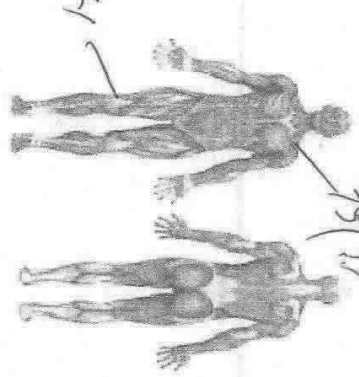
CONVÊNIO:SUS

Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entesão subcutânea
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Alma branca
13. F. Alma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Corte
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Parêntese
32. Parêntese
33. Queimadura
34. Rinoçrágia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID: *Acidente moto - carro*

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Acidente moto - carro

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente moto - carro, há aproximadamente 3 horas, com queixa de dor em ambas as mãos e dedos, inicialmente com dor no dedo indicador e anelar da mão direita e no dedo médio e anelar da mão esquerda.

Torax e abdome: sem alterações.

ALERGIA:

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

PUPILAS

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Glasgow

PA

PA

PA

PA

PA

PA

PA

PA

PA

PA

PA

EXAMES SOLICITADOS:

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

EXAMES SOLICITADOS:

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Especialista:

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Especialista:

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Especialista:

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Especialista:

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Especialista:

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

Nega

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Acidente moto - carro

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

Fratura do dedo

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grau

() 1º Grau

() 2º Grau

() 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Acidente moto - carro

Fratura do dedo

Fratura do dedo



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Trama G.

UNIDADE DE ORIGEM: HMMOT

NOME DO PACIENTE: Tai Ruelson S. Gomes.

PROCEDÊNCIA: Paciente vítima de queda de
um bloco apertado da estrutura
em alagôa (E) + edema e de
um fêmur (P)

#CP: Patra em
clavícula e fêmur (P)

João Paulo R. C. Honório
Assessoria Jurídica Geral
CRM: 27.017/8
CPF: 05.091.304-09



ALAGOA GRANDE (PB), _____ / _____ / _____

MÉDICO





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	José Renilson Soares Gonçalves										PRONTUÁRIO:	527
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:
	M	F	B	P	A							

DADOS CLÍNICOS:

Acidente de motocicleta.

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx de ombros (C) AP e lateral + traçado e radiografia.
Rx de joelhos (D) AP + perfil.

URGÊNCIA: ☐

ROTINA: ☐

DATA:

21/01/18.

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo e Assinatura do Médico

RAIO X
REALIZADO EM

MOD. 002





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	José Roussey Soares Gonçalves		
End:	Sítio Grano		
Data de Nascimento:	21/05/1961	Documento de Identificação:	Bairro: A. Gama
Queixa:	A. P. 1234	Data do Atendimento:	21/05/18
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fácels de dor	() Gemente
Frequência respiratória:	180 x 70 x 30 mmHg						
Pressão arterial:	120 x 70 x 30 mmHg						
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida						
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

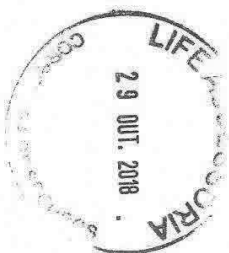
MOD. 110

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



GOVERNO DA PARAIBA	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAIBA
-----------------------	---

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

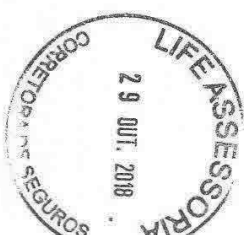
Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcela Farias
CRM/PB 6560

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoné Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6701



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: 0394171118 CPF da vítima: 115.848.184.50 Nome completo da vítima: JOSE 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 GAVIAS Número: 82 Complemento: SITO
Bairro: JARD. CID. UNIVERSITÁRIA Cidade: ALAGOA GRANDE Estado: PARAIBA CEP: 58.388-000
E-mail: BALBINO CG@hotmail.com Tel.(DDD): (33) 99829.8855

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1100 CONTA: 27.803
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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, _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
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.



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA
DATA DO ACIDENTE 21.01.2018 CPF DA VÍTIMA 15.848.184-50
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É JOSE RENILSON SANTOS GONZAGA
ENDEREÇO DO PORTADOR SITIO GAVIAS
Nº SNº COMPLEMENTO SITIO BAIRRO JARDIM CID UNIVERSITARIA
CIDADE ALAGOA GRANDE UF ALAB CEP 58.388-000
E-MAIL BALBINO.CG@HOTMAIL.COM TELEFONE (83) 99829.8855

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 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ 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, TAIS 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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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

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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

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, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/10/2018
IDENTIDADE 284 9274
ASSINATURA José Carlos B. Santos



RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 29 OUT. 2018
NOME
ASSINATURA

ASSESSOR
CORRETORA DE SEGUROS

 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 (Via da parte)			Número do boleto: 003.7.20.00133/01
Nº do Processo: Alagoa Grande			Data de emissão: 20/01/2020
Classe Processual: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65			Data de vencimento: 31/01/2020
Número da guia: 003.2020.600133 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,92
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 101,84 Promovente: JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA - Taxa Judiciária: R\$ 50,92 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - Despesas processuais com mandados: R\$ 58,56 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
Valor total: R\$ 224,67			Desconto total: R\$ 0,00
866800000022 246709283187 520200131008 372000133010 			Valor final: R\$ 224,67

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

 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 (Via do banco)			Número do boleto: 003.7.20.00133/01
Nº do Processo: Alagoa Grande			Data de emissão: 20/01/2020
Classe Processual: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65			Data de vencimento: 31/01/2020
Número da guia: 003.2020.600133 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,92
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 101,84 Promovente: JOSÉ RENILSON SANTOS GONZAGA - Taxa Judiciária: R\$ 50,92 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO - Despesas processuais com mandados: R\$ 58,56 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
Valor total: R\$ 224,67			Desconto total: R\$ 0,00
866800000022 246709283187 520200131008 372000133010 			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 PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





**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





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



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

