

PROCURAÇÃO "ad judicia"

Outorgante: Eu, Flávio Silva de Aguiar, brasileiro(a), estado civil sócio, profissão cônsul de negócios, nascido(a) em 27/11/1955, inscrito(a) no CPF sob o nº 110.615.554-80 e RG nº 333.518, residente na Rua do Rio 100, Bairro Vila Jardim, na cidade de Belo Horizonte, Estado MG, CEP 58020-300, fone (31) 98102-2447, e-mail .

Outorgados: Jullyanna Karlla Viegas Albino, brasileira, casada, inscrita na OAB/PB sob o nº 14.577 com escritório na Avenida Maximiano Figueiredo, nº 504, Sala 206, Bairro Centro, no Município de João Pessoa, CEP 58013-470, fone (83) 987622817, jullyannaviegasadv@gmail.com e Cássia Peters Lauritzen, Sociedade Individual de Advocacia, devidamente registrada junto a OAB, neste ato por sua titular Cássia Peters Lauritzen, brasileira, casada, Advogada inscrita na OAB/PE sob o n. 46.856, endereço eletrônico pericia.peters@gmail.com, sendo essa última, contratada para elaboração de petições, cálculos e movimentação processual.

Poderes: Através do presente instrumento particular de mandato, o(a) **Outorgante** nomeia e constitui como seus procuradores os Outorgados, concedendo-lhes os **poderes da cláusula para o foro em geral (ad judicia)** com poderes amplos, gerais e ilimitados, podendo em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defenderem meus interesses, especialmente para proporem, a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal. Confere ainda os **poderes especiais** para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, assinar termo de renúncia de valores excedentes à alçada do JEF e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier. Não autorizo por este instrumento os advogados à sacarem valores em meu nome.

João Pessoa, em 5/6/2018.

X Flávio Silva de Aguiar
Outorgante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Sócio Líder de Aguiar, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado de negócios, nascido(a) em 27/11/1985, inscrito(a) no CPF sob o nº 110.615.554-80 e RG nº 3835.518, residente na Rua 106, Bairro Vila das Flores, na cidade de Patos, Estado PB, CEP 58.040-310, fone (83) 98162-1815, e-mail _____ declaro sob as penas da lei que não posso condições financeiras de arcar com os encargos processuais sem afetar o meu sustento e o da minha própria família.

Por isso requeiro a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Gratuidade da Justiça, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

João Pessoa, em 5/6/2018.


Declarante



CONTRATO DE HONORÁRIOS

Contratante: Eu, Silvio Silva de Aguiar, brasileiro(a), estado civil sócio profissão adv.-de-nv-juro's, nascido(a) em 27/11/65, inscrito(a) no CPF sob o nº 110.615.557-0 e RG nº 3833516, residente na Rua Rô José, Bairro Várzea, na cidade de PB, Estado PB, CEP 58020-300, fone (83) 98762-1044, e-mail

Contratados: Jullyanna Karlla Viegas Albino, brasileira, casada, inscrita na OAB/PB sob o nº 14.577 com escritório na Avenida Maximiano Figueiredo, nº 504, Sala 206, Bairro Centro, no Município de João Pessoa, CEP 58013-470, fone (83) 987622817, jullyannaviegasadv@gmail.com e Cássia Peters Lauritzen, Sociedade Individual de Advocacia, devidamente registrada junto a OAB, neste ato por sua titular Cássia Peters Lauritzen, brasileira, casada, Advogada inscrita na OAB/PE sob o n. 46.856, endereço eletrônico pericia.peters@gmail.com.

Serviços Contratados: Os CONTRATADOS obrigam-se a prestar ao CONTRATANTE, nos termos da procura, o ingresso e acompanhamento de minha demanda até o final do processo.

Honorários Advocatícios: O CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS, somente se ganhar o processo, 30% do conteúdo econômico da causa. Em caso de ação procedente, mas sem atrasados a receber, pagarei o valor de . O CONTRATANTE concorda que seja destacado o valor dos honorários contratados em nome da sociedade de advogados, em conformidade com o disposto no artigo 85, §15 da Lei 13.105/2015, declarando nesse ato que não adiantou nenhum valor aos advogados a título de honorários, tampouco adiantará no decorrer do processo, por convenção de que os advogados só receberão pelo seu trabalho caso tenham êxito na presente demanda. Fica assim acordado que em caso de desistência da ação (antes ou após a distribuição) o CONTRATANTE deverá pagar ao CONTRATADO, além do percentual equivalente ao trabalho já realizado, o valor de um salário-mínimo nacional a título de multa contratual. Em caso de deferimento do benefício administrativamente no decorrer da ação judicial, bem como em caso de acordo ou pagamento no âmbito administrativo, os honorários contratados serão devidos igualmente aos advogados.

Autorização: O CONTRATANTE autoriza os CONTRATADOS a enviarem correspondências, no endereço informado, com objetivo de manter informado sobre questões relacionadas ao direito e cidadania, sem nenhum custo adicional.

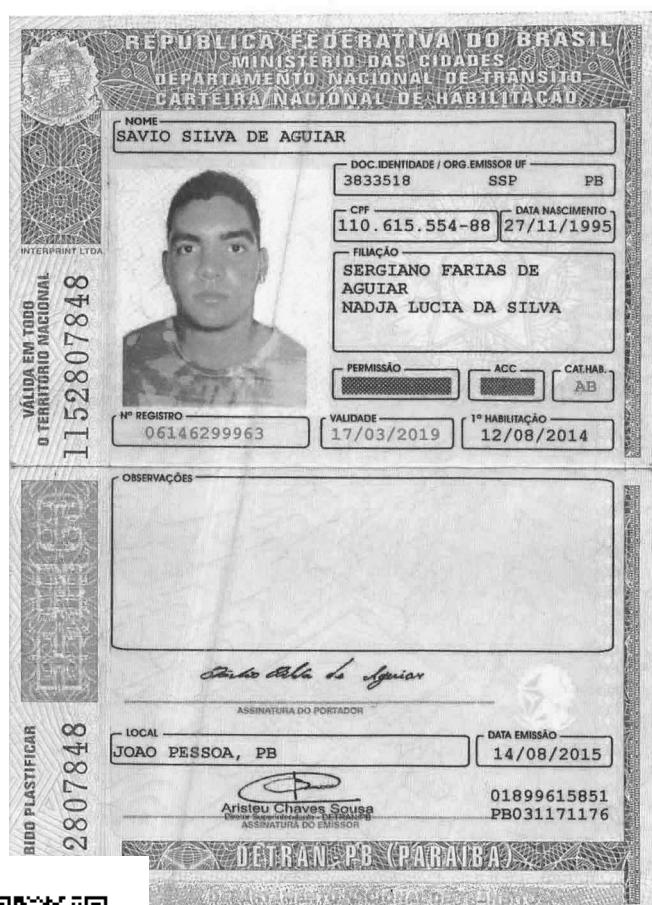
Responsabilidade e Autenticidade: O CONTRATANTE se responsabiliza pela autenticidade e veracidade dos documentos entregues ao CONTRATADO, bem como pelas informações fornecidas no ato do atendimento e por aquelas que forem prestadas no decorrer da ação judicial. Assim, em 5/6/2018, elegem o Foro da Comarca onde tramitar o pedido e assinam as partes o presente instrumento, extraído em duas vias de igual teor e forma, escritas somente no verso.

ADVOGADO

CONTRATANTE

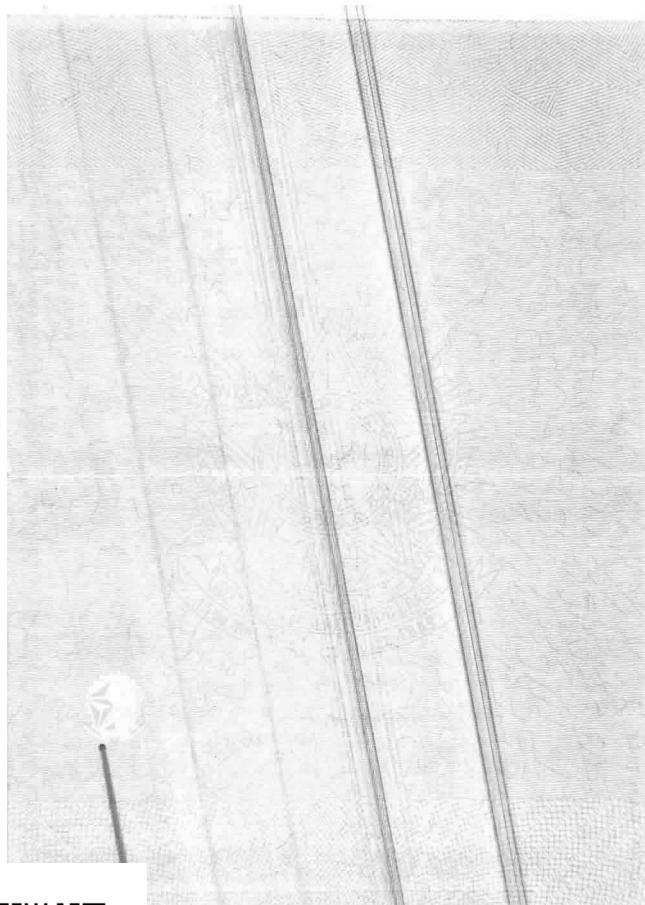
Testemunhas: _____ e _____





Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921333441300000024356269>
Número do documento: 19100921333441300000024356269

Num. 25179482 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921333441300000024356269>
Número do documento: 19100921333441300000024356269

Num. 25179482 - Pág. 2

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.prevencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000818



SAVIO SILVA DE AGUIAR
SAO JOAO 505
VARJAO
JOAO PESSOA - PB
58070.300



5013196987425160000001058430151217

REMETENTE

010725

INSS
AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA - CENTRO
AV DOM PEDRO I, 215 TERREO
CENTRO
JOAO PESSOA - PB
58013.020

- MUDOU-SE
- ENDEREÇO INSUFICIENTE
- NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
- DESCONHECIDO

- RECUSADO
- NÃO PROCURADO
- AUSENTE
- FALECIDO

- INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO
- OUTROS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

EM: / /

/ RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: ATU20X



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921333545700000024356270>
Número do documento: 19100921333545700000024356270

Num. 25179483 - Pág. 1

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT. 2.011.715.831.8

Número do Benefício: 618.829.162.7

Espécie: 91

Ao Sr(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505 , VARJAO

CEP: 58.070.300 **Município:** JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Requerimento do Pedido de Prorrogação.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991 e arts .71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Pedido de Prorrogação, efetuado em 07/11/2017, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício, em razão do exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio-Doença foi concedido até 20/01/2018 Data da Cessação do Benefício - DCB.
Informamos que o pagamento do seu benefício sera mantido ate 06/12/2017.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o(a) Senhor poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15 (quinze) dias antes da cessação do benefício 20/01/2018 observado o disposto no artigo 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30(trinta) dias contados a partir de 20/01/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio da internet pelo endereço eletrônico meu.inss.gov.br, da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10 (dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em auxílio doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA - CENTRO

ENDERECO: AV DOM PEDRO I, 215 TERREO - CENTRO

CEP: 58013.020 MUNICIPIO: JOAO PESSOA

UF: PB M:06

FORM: ATU40X

Impresso pela Dataprev



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921333545700000024356270>
Número do documento: 19100921333545700000024356270

Num. 25179483 - Pág. 2



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) João Silveira Oliveira portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 M05 | S02.G, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 120 (dois e vinte dias) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 10/04/18

Assinatura é Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

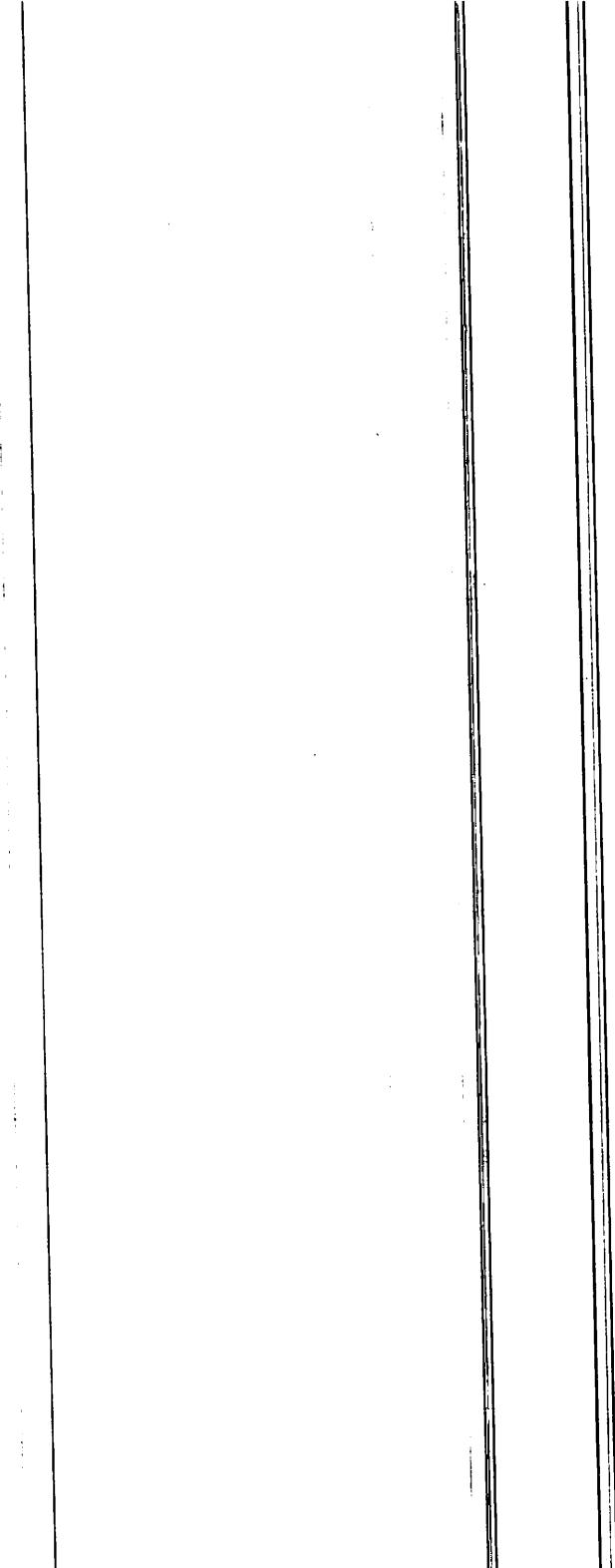
Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1^º VIA-PACIENTE 2^º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921333650400000024356271>
Número do documento: 19100921333650400000024356271

Num. 25179484 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **SAVIO SILVA DE AGUIAR**

Nº Sinistro: **3180054591**
Vitima: **SAVIO SILVA DE AGUIAR**
Data do Acidente: **09/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180054591**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12333771

Pag. 01311/01312 - carta_01 - INVALIDEZ



00020656



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921333751600000024356273>
Número do documento: 19100921333751600000024356273

Num. 25179486 - Pág. 1

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01877.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01877.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:13 horas do dia 09 de outubro 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu SAVIO SILVA DE AGUIAR, CPF nº 110.615.554-88, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços Gerais, filho (a) de Nadja Lucia da Silva e Sergiano Farias de Aguiar, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/11/1995 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São João, Nº 505, bairro Rangel, tendo como ponto de referência Mercadinho Baratotal, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98320-1003.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Nossa Senhora de Fátima X Rua Barão de Mamanguape, Esquina Com o Posto Fan, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/05/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN ES, VERMELHA, 2013/2013, PLACA OFX4549/PB, registrada em nome de NADJA LUCIA DA SILVA, CHASSI 9C2JC4120DR548438, pela Rua Nossa Senhora de Fátima quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Barão de Mamanguape foi surpreendido por um AUTOMÓVEL DE MARCA GOLF, PLACA NLY7069, o qual não respeitou a placa de PARE que havia no local e cruzou na frente do noticiante que tentou desviar, porém ainda acabou atingindo a lateral do GOLF; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 12.09.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas ANTÔNIO SÉRGIO e seu irmão SIDNEY SILVA DE AGUIAR.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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, 09 de outubro de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigacao

SAVIO SILVA DE AGUIAR
Noticiante

Procedimento Policial: 01877.01.2017.1.00.420

1/1



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921333852800000024356274>
Número do documento: 19100921333852800000024356274

✓

Num. 25179487 - Pág. 2

SAC CAIXA: 0800-726 0101
Informações, reclamações, sugestões e elogios

04/04	041439	DP DIN LOT	300,000	06/04	061738	SAGUE ATM	1.000,000	16/04	100000	DP DINH AG	250,000	18/04	181645	SAGUE ATM	70,000	23/04	000000	REM BASICA	0,000	23/04	000000	CRED JUROS	2,240	26/04	000001	CRED TED	1.687,500	26/04	261205	SAGUE ATM	350,000	27/04	000000	REM BASICA	0,000	27/04	000000	CRED JUROS	1,820	28/04	000000	REM BASICA	0,000	28/04	000000	CRED JUROS	0,740	30/04	292122	SAGUE B24H	50,000	30/04	180426	SAGUE TERMINAL	2,100	30/04	180430	SAGUE TERMINAL	2,100
-------	--------	------------	---------	-------	--------	-----------	-----------	-------	--------	------------	---------	-------	--------	-----------	--------	-------	--------	------------	-------	-------	--------	------------	-------	-------	--------	----------	-----------	-------	--------	-----------	---------	-------	--------	------------	-------	-------	--------	------------	-------	-------	--------	------------	-------	-------	--------	------------	-------	-------	--------	------------	--------	-------	--------	----------------	-------	-------	--------	----------------	-------

ABRIL

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: SAVIO SILVA DE AGUIAR

CONTA: 013.00055496-5

AGENCIA: 1033 - CRUZ DAS ARMAS

TERMINAL: 02201001 CONTROL: 022010010441

DATA: 02/07/2018 HORA: 15:29:31

AUTO-ATENDIMENTO - AG_BAIRRO_DE_JAGUARIBE



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20117158318

Número do Benefício: 6188291627 Espécie: 91

Número do Requerimento: 180864919

Ao Sr. (a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO

CEP: 58070300 Município: JOAO PESSOA UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 02/06/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 28/08/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (28/08/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 28/08/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 4 de Julho de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência: JOAO PESSOA CENTRO
CEP: 58013020 Município: JOAO PESSOA

Endereço: AV DOM PEDRO I DE 1 A 400 TERREO,
UF: PB CENTRO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal





Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334055600000024356477>

Número do documento: 19100921334055600000024356477

Num. 25179490 - Pág. 2



NIT: 20117158318

2ª VIA

Número do Benefício: 6188291627

Espécie: 91

Número do Requerimento: 180864919

Ao Sr.(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO

CEP: 58070300

Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Requerimento de Beneficio por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; artigos 71 e 77 e § 2º do art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; art. 300 da IN 77 INSS/PRES, de 21/01/2015; § 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentado no dia 09/01/2018, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 01/02/2019.

ATENÇÃO: O(a) senhor(a) foi encaminhado(a) ao serviço de Reabilitação Profissional do INSS. Compareça imediatamente à Agência da Previdência Social.

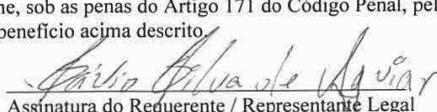
A partir da data de cessação do benefício e pelo prazo de 30 dias, poderá ser interposto recurso à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: www.inss.gov.br.

Data: 06 de fevereiro de 2018

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdencia Social: JOAO PESSOA CENTRO Endereço: AV DOM PEDRO I, 215
TERREO, CENTRO
CEP: 58013020 Município: JOAO PESSOA UF: PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 06 de fevereiro de 2018


Assinatura do Requerente / Representante Legal





Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334158800000024356478>
Número do documento: 19100921334158800000024356478

Num. 25179491 - Pág. 2



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20117158318

Número do Benefício: 6188291627 Espécie: 91

Número do Requerimento: 180864919

Ao Sr. (a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO

CEP: 58070300 Município: JOAO PESSOA UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 02/06/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 28/08/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (28/08/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 28/08/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravio e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 4 de Julho de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência: JOAO PESSOA CENTRO
CEP: 58013020 Município: JOAO PESSOA

Endereço: AV DOM PEDRO I DE 1 A 400 TERREO,
UF: PB CENTRO

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal





Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334261500000024356480>
Número do documento: 19100921334261500000024356480

Num. 25179493 - Pág. 2

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 30/08/2017 10:14:11
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Página atual: 01

NB 618.829.162-7 SAVIO SILVA DE AGUIAR Esp: 091 Meio Pag: CCF
Compet 08/2017 Per: 29/08/2017 a 29/08/2017 Dt. Calc. Credito : 16/08/2017
OLM.....: 13.0.01.050 Dt. Inic. Validade: 21/08/2017
Conta Corrente: -- Dt. Final Validade: 31/10/2017
Origem.....: ALTERNATIVO Dt. do Pagamento..: 21/08/2017
Retorno.....: PAGAMENTO EFETIVADO Arq: TP Seq: 0002042
Banco: ITAU OP: 650126 - JPESSOA PARQUE SOLON

Rubrica	Descrição	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO	37,66 +
348	CP-RESÍDUO CALCULADO PELO SISTEMA	37,66

Valor Bruto Descontos Valor Líquido
37,66 0,00 37,66
Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334364300000024356481>
Número do documento: 19100921334364300000024356481

Num. 25179494 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334364300000024356481>
Número do documento: 19100921334364300000024356481

Num. 25179494 - Pág. 2

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 30/08/2017 10:13:51
INFBEN - Informacoes do Beneficio

Acao Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 6188291627 SAVIO SILVA DE AGUIAR Situacao: Ativo
CPF: 110.615.554-88 NIT: 2.011.715.831-8 Ident.: 00003833518 PB

OL Mantenedor: 13.0.01.050 APS : APS JOAO PESSOA - CENTRO SABI
OL Mant. Ant.: Banco : 341 ITAU
OL Concessor : 13.0.01.050 Agencia: 650126 JPESSOA PARQUE SOLON

Nasc.: 27/11/1995 Sexo: MASCULINO Trat.: 13 Procur.: NAO RL: NAO
Esp.: 91 AUXILIO DOENCA POR ACIDENTE DO TRABALHO Qtd. Dep. Sal.Fam.: 01
Ramo Atividade: COMERCIARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: DESEMPREGADO Qtd. Dep.Informada: 01
Meio Pagto: C/C No 0000470756 TIPO: C/C INDIVIDUAL Dep. para Desdobr.: 00/00
Situacao: ATIVO Dep. valido Pensao: 00

APR. : 1.169,24 Compet : 08/2017 DAT : 17/05/2017 DIB: 01/06/2017
MR.BASE: 1.129,99 MR.PAG.: 1.129,99 DER : 02/06/2017 DDB: 04/07/2017
Acompanhante: NAO Tipo IR: ISENTO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 15/11/2017

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334364300000024356481>
Número do documento: 19100921334364300000024356481

Num. 25179494 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334364300000024356481>
Número do documento: 19100921334364300000024356481

Num. 25179494 - Pág. 4

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 30/08/2017 10:14:26
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Página atual: 01

NB 618.829.162-7 SAVIO SILVA DE AGUIAR Esp: 091 Meio Pag: CCF
Compet 08/2017 Per: 01/08/2017 a 28/08/2017 Dt. Calc. Credito : 05/08/2017
OLM.....: 13.0.01.050 Dt. Inic. Validade: 04/09/2017
Conta Corrente: 0000470756 Dt. Final Validade: 31/10/2017
Origem.....: MACICA Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 000178 Seq: 5259937
Banco: ITAU OP: 650126 - JPESSOA PARQUE SOLON

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	1.054,65 +
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	282,49 +
215	AJUSTE DO ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	0,02 -

Valor Bruto	Descontos	Valor Liquido
1.337,14	0,02	1.337,12

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334364300000024356481>
Número do documento: 19100921334364300000024356481

Num. 25179494 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334364300000024356481>
Número do documento: 19100921334364300000024356481

Num. 25179494 - Pág. 6



NIT: 20117158318

2ª VIA

Número do Benefício: 6188291627

Especie: 91

Número do Requerimento: 180864919

Ao Sr.(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO

CEP: 58070300 Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 07/11/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi prorrogado até 20/01/2018.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 20/01/2018, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outra Solicitação de Prorrogação.

A partir de 20/01/2018 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 11 de dezembro de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdencia Social: JOAO PESSOA CENTRO **Endereço:** AV DOM PEDRO I, 215
TERREO, CENTRO
CEP: 58013020 **Município:** JOAO PESSOA **UF:** PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 11 de dezembro de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20117158318

2^a VIA

Número do Benefício: 6188291627

Espécie: 91

Número do Requerimento: 180864919

Ao Sr.(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO

CEP: 58070300 Município: JOAO PESSOA UF: PB

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 15/08/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi prorrogado até 15/11/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 15/11/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 15/11/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 29 de agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: JOAO PESSOA CENTRO Endereço: AV DOM PEDRO I, 215
TERREO, CENTRO
CEP: 58013020 Município: JOAO PESSOA UF: PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, em 29 de agosto de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal





Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334465600000024356482>
Número do documento: 19100921334465600000024356482

Num. 25179495 - Pág. 4



S A B I
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: JOAO PESSOA CENTRO
REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO Nº 180864919
BENEFÍCIO Nº 6188291627
(2^a Via)

Prezado (a) Sr(a)

SAVIO SILVA DE AGUIAR

(NOME DO SEGURADO)

7239140 / 30

20117158318

(RG/CERTIDAO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 22/06/2017

Hora: 10:40

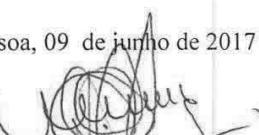
Endereço:

HOSPITAL DE TRAUMA EM MANGABEIRA ENFERMARIA 24 - FONE:
9-8636-1970 - 9-8855-0759

JOAO PESSOA - PB

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Joao Pessoa, 09 de junho de 2017


Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/_____

Ass. do Requerente/ Rep. Legal





Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334570800000024356483>
Número do documento: 19100921334570800000024356483

Num. 25179496 - Pág. 2



S A B I
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: JOAO PESSOA CENTRO
**REQUERIMENTO DE PEDIDO DE PRORROGAÇÃO
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO Nº 182267702
BENEFÍCIO Nº 6188291627

Prezado (a) Sr(a)

SAVIO SILVA DE AGUIAR

(NOME DO SEGURADO)

00003833518 , 7239140 / 30 , 20117158318
(RG/CERTIDAO) (CTPS/SÉRIE) (NIT)
_____, _____, _____, _____
(REPRESENTANTE LEGAL) (RG) (CTPS/SÉRIE) (NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Pedido de Prorrogação e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 29/08/2017

Hora: 08:10

Endereço:

AV DEP. ODON BEZERRA, 100

TAMBIA

JOAO PESSOA - PB

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

JOAO PESSOA, 15 de agosto de 2017

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005.33.00.020.219-8.

Ciente em ____/____/_____

Ass. do Requerente/ Rep. Legal





Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334677200000024356484>
Número do documento: 19100921334677200000024356484

Num. 25179497 - Pág. 2



NIT: 20117158318

2ª VIA

Número do Benefício: 6188291627

Espécie: 91

Número do Requerimento: 180864919

Ao Sr.(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO

CEP: 58070300

Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 15/08/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi prorrogado até 15/11/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 15/11/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 15/11/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 29 de agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdencia Social: JOAO PESSOA CENTRO Endereço: AV DOM PEDRO I, 215
TERREO, CENTRO
CEP: 58013020 Município: JOAO PESSOA UF: PB

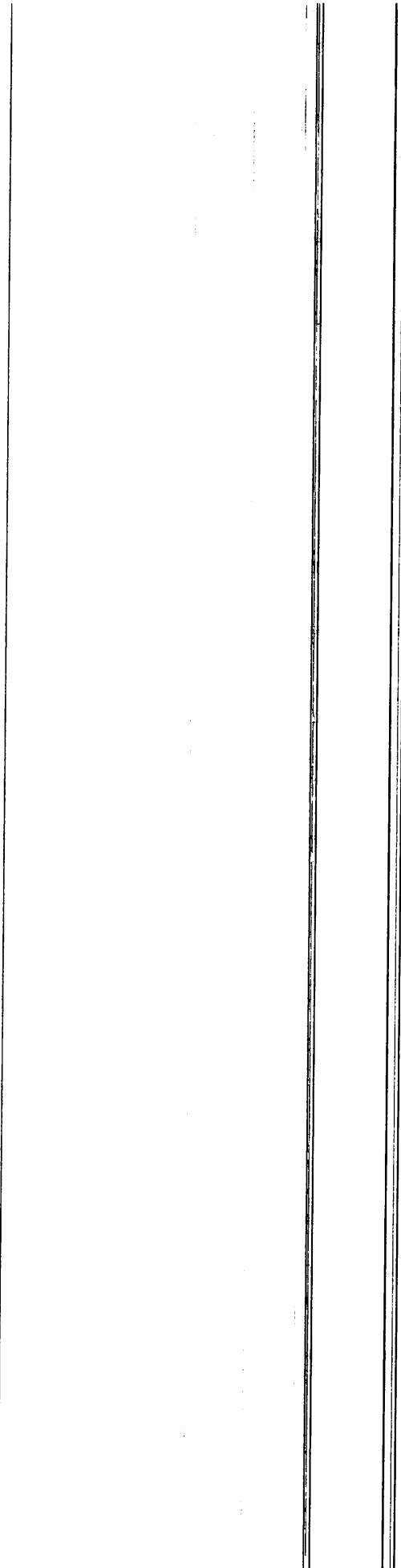
Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 29 de agosto de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334677200000024356484>
Número do documento: 19100921334677200000024356484

Num. 25179497 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334677200000024356484>
Número do documento: 19100921334677200000024356484

Num. 25179497 - Pág. 4



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Jairo Blyn O. Alvaro

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

Mas.

Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

7 - SEXO

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

9 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Lisoflora notam

17 - QTDE

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTDE

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

110 artab

34-CID10 PRINCIPAL 35-CID10 SECUNDÁRIO 36-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

0203

37 - OBSERVAÇÕES

— Artigo haemorr de frangido
— pos op. de artro. de frangido

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

10/10/19

Carlos Tiago S. Chaves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

() CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

52 - CNES



Procedimentos ofertados na rede SUS em João Pessoa-PB que requerem a individualização do usuário (SPA-I).

ARTERIOGRAFIAS

ATENDIMENTOS FISIOTERAPÉUTICOS

BIOPSIA DE CONJUNTIVA

BIOPSIA DE CORNEA

BIOPSIA DE ENDOMETRIO

BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA

BIOPSIA DE ESCLERA

BIOPSIA DE IRIS E CORPO CILIAR

BIOPSIA PERCUTÂNEA ORIENTADA POR TC / US

BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA

CINTILOGRÁFIAS

DENSITOMETRIA ÓSSEA

DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)

DOSAGEM DE CICLOSPORINA

DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)

DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4

DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREAТИVA

DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNÓSTICO TARDIO)

ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE

ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA

ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (ANTIGO ECOCARDIOGRAMA BI-DIMENSIONAL)

ELETRODIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL

ELETROMIOGRAFIA DINAMICA, AVALIACAO CINETICA, CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES

EMISSAO DE PAPEL SOBRE NEXO CAUSAL

EXAME ANATOMOPATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA

EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA

EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL

EXERSE DA ZONA DE TRANSFORMACAO DO COLO UTERINO

EXERSE DE CISTO SACRO-COCCIGEO

EXERSE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE

FOTOCOAGULACAO A LASER : (MAXIMO 4 APlicACOES POR OLHO)

GÉNOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C

HISTEROSCOPIA CIRÚRGICA C/ RESSECTOSCOPIO

IMPLANTE SECUNDARIO DE LIO

IMUNOGÉNOTIPAGEM DE HEMOCIATAS MALIGNAS (POR MARCADOR)

IMUNOHISTOQUÍMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)

MAMOGRAFIA BILATERAL

MARCACAO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA

MEIOSGRAFIA

OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR

PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)

POSTECTOMIA

PROTESE AURICULAR

PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL

PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL

PROTESE TEMPORARIA

PROTESE TOTAL MANDIBULAR

PROTESE TOTAL MAXILAR

PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA

QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1

QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)

RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS

TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS

TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCi)

TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE

ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Santo Silv. 15
AVEN
brasília

Pacifit tem feito de operação
de H. Intubação (Anoxia 95% e medula)
Pacifit em elongado o tratamento.

CIN:
5826 / M25

10/01/19

Dr. Carlos Henrique Góes
Assinatura e Cárимbo





Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334886000000024356489>
Número do documento: 19100921334886000000024356489

Num. 25179602 - Pág. 2



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME SAVIO SILVA DE AGUIAR				PRONTUÁRIO N°	
IDADE 21 ANOS	SEXO MASCULINO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 17/05/2017		DATA DE ALTA 29/06/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral do tornozelo</i>					CID S82.6
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)
<p>Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</p>

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
<p>DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</p>
<p>REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</p>
<p>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</p>
<p>MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Deocil ou Vimovo</i></p>

RETORNO:	Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.
<p>_____ 29/06/2017 DATA</p>	
<p>Dr. Eneas P. Bessa Neto MÉDICO CRM - RN 8498 ASS. MÉDICO / C.R.M</p>	
<p>Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO</p>	





Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921334987400000024356490>
Número do documento: 19100921334987400000024356490

Num. 25179603 - Pág. 2

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT. 2.011.715.831.8

Número do Benefício: 618.829.162.7

Espécie: 91

Ao Sr(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505 , VARJAO

CEP: 58.070.300 **Município:** JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Requerimento do Pedido de Prorrogação.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991 e arts .71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Pedido de Prorrogação, efetuado em 07/11/2017, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício, em razão do exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio-Doença foi concedido até 20/01/2018 Data da Cessação do Benefício - DCB.
Informamos que o pagamento do seu benefício sera mantido ate 06/12/2017.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o(a) Senhor poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15 (quinze) dias antes da cessação do benefício 20/01/2018 observado o disposto no artigo 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30(trinta) dias contados a partir de 20/01/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio da internet pelo endereço eletrônico meu.inss.gov.br, da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10 (dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em auxílio doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA – CENTRO

ENDERECO: AV DOM PEDRO I, 215 TERREO – CENTRO

CEP: 58013.020

MUNICIPIO: JOAO PESSOA

UF: PB M:06

FORM: ATU40X

Impresso pela Dataprev



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:51
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921335090900000024356492
Número do documento: 19100921335090900000024356492

Num. 25179605 - Pág. 1

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

FAC
9912325080/2013-DR/BSB
INSS
CORREIOS

000818



SAVIO SILVA DE AGUIAR
SAO JOAO 505
VARJAO
JOAO PESSOA - PB
58070.300



5013196987425160000001058430151217

REMETENTE

010725

INSS
AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA - CENTRO
AV DOM PEDRO I, 215 TERREO
CENTRO
JOAO PESSOA - PB
58013.020

- MUDOU-SE
- ENDEREÇO INSUFICIENTE
- NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
- DESCONHECIDO

- RECUSADO
- NÃO PROCURADO
- AUSENTE
- FALECIDO

- INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO
- OUTROS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /

EM: / /

/ RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: ATU20X



Assinado eletronicamente por: CASSIA BOEIRA PETERS LAURITZEN - 09/10/2019 21:33:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100921335090900000024356492>
Número do documento: 19100921335090900000024356492

Num. 25179605 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **SAVIO SILVA DE AGUIAR**
Nº Sinistro: **3180054591**
Vitima: **SAVIO SILVA DE AGUIAR**
Data do Acidente: **09/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180054591**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

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

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

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

Carta nº 12332569

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00339/00340 - carta_03 - INVALIDEZ



00660170





**Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital**

[SEGURO] 0864346-80.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. A experiência prática demonstra que as instituições financeiras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual **deixo de designar audiência prévia de conciliação, sem prejuízo das tentativas conciliatórias que devem ser realizadas no decorrer da lide.**

Assim, **cite-se** a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, **intime-se** a parte Autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação.

Por fim, considerando que no caso em apreço é necessária a realização de prova pericial, **NOMEIO** como perita a médica Dra. **ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA**, com endereço na **Rua Sebastião de Azevedo Bastos, 496, Manaíra, João Pessoa – PB.**

Como honorários periciais fixo o valor de **R\$ 200,00**(duzentos reais), conforme termos do Convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Lider e o TJ/PB.

Intime-se a seguradora para efetuar o pagamento dos honorários arbitrados.

Intime(m)-se a(s) parte(s) a respeito da nomeação realizada, intimando-as também para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e assistentes técnicos, se assim desejarem.

Valendo-se este despacho como carta de intimação,**intime-se** a perita nomeada para, no prazo de 10 (dez) dias, dizer se aceita o encargo, bem como para informar a este Juízo, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, data, horário e lugar para a realização da perícia.



Fica desde já determinada a intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, hora e local indicados pelo expert para a realização da perícia. Intime-se o Autor pessoalmente e por meio de advogado, advertindo-os que a ausência na perícia poderá ensejar na ocorrência de preclusão e, consequentemente, no julgamento do feito com as provas que constam nos autos.

Sendo o caso, encaminhem-se à perita cópia dos documentos necessários.

De logo, determino o prazo de **15 (quinze) dias**, a contar da realização da perícia, para entrega do parecer técnico.

Cumpra-se na íntegra.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: ANA AMELIA ANDRADE ALECRIM CAMARA - 14/01/2020 17:03:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011417032799300000026490812>
Número do documento: 20011417032799300000026490812

Num. 27450392 - Pág. 2

Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da 6^a Vara Cível da Comarca da Capital, Paraíba.

Autos n. 0864346-80.2019.8.15.2001

SAVIO SILVA DE AGUIAR, neste ato representado por sua advogada, vem a presença de Vossa Excelência apresentar os quesitos a serem respondidos em perícia médica já designada por esse juízo.

01 – Qual o quadro clínico da parte autora? Houve perda anatômica ou funcional, mesmo que reduzida, do membro ou área afetada/atingida? Qual a sua intensidade?

02 – Em relação a sua incapacidade, seja ela total ou parcial, percebe-se que ela ocorreu em decorrência do acidente noticiado?

03 – Quais as sequelas que a Parte Autora apresenta atualmente que foram resultado do acidente automobilístico? Quais as limitações que geraram para a Parte Autora?

04 – Trata-se de invalidez permanente parcial completa ou invalidez permanente parcial incompleta?

05 – Em relação às sequelas percebidas, percebe-se a ocorrência de perdas de repercussão intensa, média ou leve? Há sequelas residuais?

06 - Há possibilidade de recuperação total da parte autora, ou seja, inexistir completamente a perda anatômica ou funcional (sequelas)? Em quanto tempo? A situação, portanto, pode ser revertida?

07 – Pelos relatórios e documentos médicos, bem como diante da presente perícia, pode-se concluir que a parte autora permaneceu incapacitada para exercer as suas atividades habituais durante o tratamento? Qual o período de tempo total utilizado para tanto?

08 – Houve necessidade de internação, bem como de acompanhamento fisioterápico? Por quanto tempo? Especifique.

09- Qual a especialidade do médico perito designado para esta perícia?

10 - Se o segurado não realizar ou não tivesse realizado o tratamento/acompanhamento médico adequado, possuiria sequelas ainda maiores e mais graves?



11 - Caso entenda que não há incapacidade e, por conseguinte, indique que a Parte Autora está apta a qualquer atividade diária, seja para todo e qualquer esforço físico ou profissional, o perito assegura a integridade física do periciado, sem que possam ocorrer prejuízos maiores à sua saúde?

Termos em que, pede deferimento.

DRA. CÁSSIA PETERS LAURITZEN

Advogada

OAB/PE 46.856





Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0864346-80.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [SEGURO]
Polo ativo: AUTOR: SAVIO SILVA DE AGUIAR
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO - ESFORÇO CONCENTRADO

Nos termos do Art. 93, inciso XIV da Constituição Federal, bem como de acordo com as prescrições do Art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração e ainda da Portaria 01/2017 do Gabinete da Juíza Titular desta Unidade Judiciária, **designo o dia 25 de março de 2020, a partir das 13hs:30min.**, para realização da perícia, na sala de audiências deste Juízo, pela médica perita desde Juízo, Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva; com intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, local e hora acima indicados, para realização da perícia seguida de audiência conciliatória, facultado ao autor a apresentação de documentos médicos que auxiliem na prova pericial, advertindo-os que deverão arcar com os ônus de eventual ausência ao exame pericial, e, consequentemente no julgamento da lide no estado em que se encontra, cientificando ainda a seguradora quanto aos honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme termos do convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJPB. Dou fé.

João Pessoa, 17 de fevereiro de 2020

Izaura Gonçalves de Lira

Chefe de Cartório



Assinado eletronicamente por: IZAURA GONCALVES DE LIRA - 17/02/2020 18:43:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021718430871600000027353516>
Número do documento: 20021718430871600000027353516

Num. 28365912 - Pág. 1

6^a Vara Cível da Capital

**AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA**

Nº do processo: 0864346-80.2019.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [SEGURO]

Autor: Nome: SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: AV RUI BARBOSA, sn, - até 797/798, TORRE, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58040-490

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 Andar - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

**MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUDIÊNCIA – AUTOR)**

A MM. Juíza de Direito da 6^a Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, intime o Sr. **SÁVIO SILVA DE AGUIAR**, CPF/MF 110.615.554-88 com endereço na **RUA SÃO JOÃO, 505, VARJÃO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58070-300** para comparecer a sala 319 da 6^a. Vara Cível da Capital, para a realização **da perícia médica, designada para o dia 25 de março de 2020, a partir das 13hs:30min,** munido de todos os documentos médicos que auxiliem na prova pericial, advertido-lhe de que deverá arcar com os ônus de eventual ausência na perícia, e, consequentemente, no julgamento da lide no estado em que se encontrar. Ficando neste mesmo ato intimado **para a audiência de conciliação a ser realizada na mesma data e no mesmo local da perícia designada, cientificando-lhe**, ainda de que o comparecimento na audiência, devidamente acompanhado de seu advogado, é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para transigir), sendo a ausência injustificada considerada ato atentatório à dignidade da justiça, ficando desde logo sancionada multa de 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa à parte que injustificadamente não se fizer presente na audiência. Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, em 21 de fevereiro de 2020.

De ordem, DIANA SANTOS DE OLIVEIRA BERGER

Servidora



Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0864346-80.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [SEGURADO]
Polo ativo: AUTOR: SAVIO SILVA DE AGUIAR
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO - ESFORÇO CONCENTRADO

Nos termos do Art. 93, inciso XIV da Constituição Federal, bem como de acordo com as prescrições do Art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração e ainda da Portaria 01/2017 do Gabinete da Juíza Titular desta Unidade Judiciária, **designo o dia 25 de março de 2020, a partir das 13hs:30min.**, para realização da perícia, na sala de audiências deste Juízo, pela médica perita desde Juízo, Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva; com intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, local e hora acima indicados, para realização da perícia seguida de audiência conciliatória, facultado ao autor a apresentação de documentos médicos que auxiliem na prova pericial, advertindo-os que deverão arcar com os ônus de eventual ausência ao exame pericial, e, consequentemente no julgamento da lide no estado em que se encontra, cientificando ainda a seguradora quanto aos honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme termos do convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJPB. Dou fé.

João Pessoa, 17 de fevereiro de 2020

Izaura Gonçalves de Lira

Chefe de Cartório

Certifico para os devidos fins que deixei de proceder com este ato jurídico em face do mesmo não pertencer a zona da qual participo. Dou fé !