

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** ALANNE MARTINS DA SILVA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, AGRICULTORA, COM RG: 3346732 SSP/PB E CPF: 095.648.624-00, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO RANCHO DO POVO, S/N, ZONA RURAL, CATOLÉ DO ROCHA – PB.

**OUTORGADO:** Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08; Drª. MAYARA QUEIROGA WANDERLEY, brasileira, casada, advogada, OAB/PB nº 18.791, RG 3141039, SSP/PB, CPF nº 059.842.772-09, ambos com escritório profissional a rua Francisco Almeida, nº 219, centro CEP: 58.840-000, Pombal – PB. Tele-fax: (83) 3431-1825 / Cel. (83) 9 9974-6390 (TIM) e (83) 9 8164-0979 (VIVO)

**PODERES:** Pelo presente instrumento de mandato, o(a) outorgante acima qualificado(a), nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, com os mais amplos poderes, inclusive os gerais para o foro, representá-lo em juízo ou fora dele, de acordo com o estatuto da Advocacia – Lei 8.906/94, bem como perante qualquer repartição pública Federal, Estadual ou Municipal podendo dito procurador, com vistas ao cabal desempenho deste mandato, tudo requerer e praticar, patrocinar a defesa dos interesses do(a) outorgante como autor(a) ré(u), oponente, assistente, ou de qualquer forma interessada, usar dos poderes contidos na cláusula “*ad judicia*”, mais os poderes especiais de receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, acordar, discordar, arguir suspeições, excepcionar, prestar caução, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15) e finalmente praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel e cabal desempenho do presente mandado, dando tudo por firme e valioso.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

CATOLÉ DO ROCHA - PB, 11/07/2018.

Alanne Martins da Silva  
Outorgante



**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

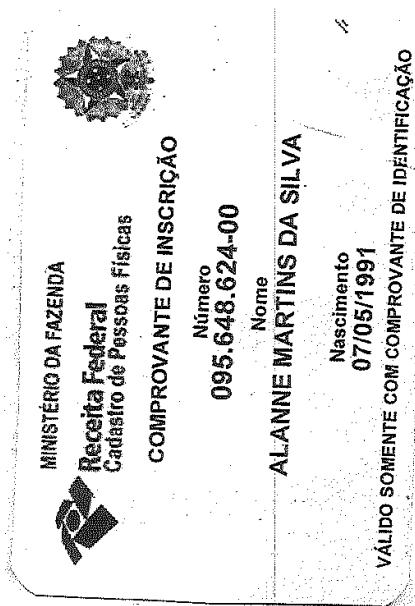
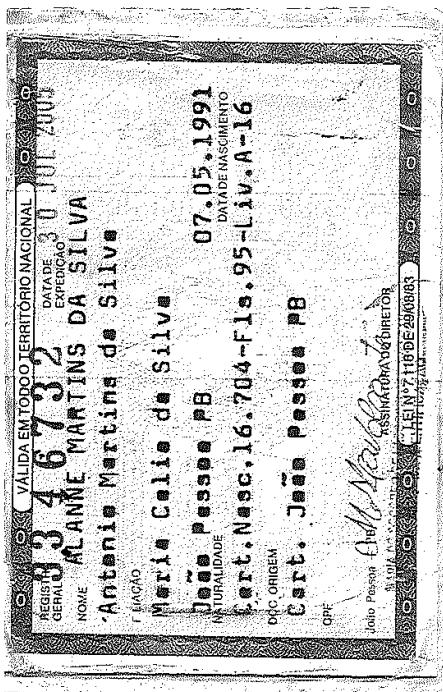
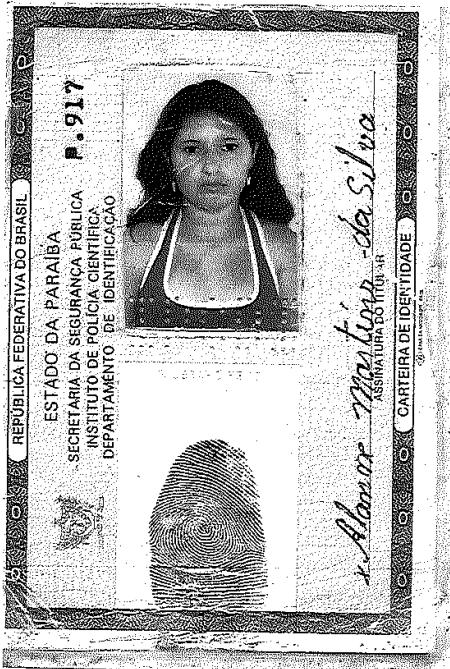
**ALANNE MARTINS DA SILVA**, BRASILEIRA, SOLTEIRA, AGRICULTORA, COM RG: 3346732 SSP/PB E CPF: 095.648.624-00, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO RANCHO DO POVO, S/N, ZONA RURAL, CATOLÉ DO ROCHA – PB, declara sob as penas da lei, que não pode arcar com despesas processuais por insuficiência de recursos, pelo que, nos termos assegurados pelos arts. 98 e seguintes do Código de Processo Civil/2015, faz juz aos benefícios da gratuidade da justiça.

Declaro, ainda, ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais, caso o presente documento não porte a verdade.

CATOLÉ DO ROCHA – PB., 11 de JULHO de 2018.

*Alanne martins da Silva*  
DECLARANTE





COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO  
CARTEIRA DE IDENTIDADE

Número  
095648624-00

Nome  
ALANNE MARTINS DA SILVA

Nascimento  
07/05/1991  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



JOSE GERALDO DA SILVA  
SIT RANCHO DO POCO, S/N - AREA RURAL  
CATOLE DO ROCHA / PB CEP: 52894000 (AG: 246)



Emissão: 18/07/2018 Referência: Jul/2018 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA B/A  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B1/200, Km 25 - Custo Relevante - João Pessoa / PB - CEP 59071-693  
Roteiro: 7 - 245 - 141- 3100 N° medidor: 00008743611 CNPJ:03.095.633/0001-40 Ins. Est: 16/15.223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°009491502  
Cód. para Dib. Automático:00017584608

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Jul / 2018 16/07/2018 15/08/2018 459.919.314-  
Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1758460-8

Canal de contato

MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATENÇÃO!  
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os dados no cadastro Único. Para mais informações ligue para o MDS - 0800 707 2003 - Motivo: Revisão cadastral 2018.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
14/06/18 4071	16/07/18 4188		129	32
<b>Demonstrativo</b>				
Código de Classificação do Item Quantidade Tarefa Valor Base Calc. Alô! Ioms(R\$) Base Calc. Petróleo Calim(R\$) Tributo Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/Cofins(R\$) (1,045%) (4,385%)				
0801 Consumo em kWh	128.000,0739000	94,80	94,80	27 25,54 94,80 0,02 4,72
0801 Adic. B. Vermelha		8,56	8,56	27 2,69 8,56 0,10 0,48
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0807 CONTRIBUIÇÃO IUM PÚBLICA	12,24	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 05/2018	0,88	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 05/2018	1,28	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	1,63	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

Código de Classificação do Item TOTAL 120,25 104,16 29,12 104,16 1,12 5,20

Média últimos meses (kWh) 119 VENCIMENTO 23/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 120,25

Histórico de Consumo (kWh)  
94 | 135 | 122 | 128 | 124 | 126 | 122 | 72 | 143 | 114 | 128 | 121  
Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

RESUMO DO ANEXO cc37.da75.c550.6ede.f6d9.4102.765a.b324.

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	0,07	NOMINAL
DIG TRIMESTRAL	23,48	220
DIG ANUAL	46,98	
FIC MENSAL	7,74	1,00
FIC TRIMESTRAL	15,48	202
FIC ANUAL	30,96	231
DNI	8,49	0,07
DICRI	16,60	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	24,23	20,15
Compra de Energia	35,00	29,16
Impostos Diretos	8,52	7,09
Encargos Sistêmicos	8,71	7,28
Impostos Diretos e Encargos Sistêmicos	50,53	42,02
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	120,25	100,00

Valor do EUGD (Ref. 5/2018) R\$ 19,33

ATENÇÃO  
- REVISÃO DE VENCIMENTO: Consultado em 18/07/2018. O vencimento da fatura é alterado a partir de 23/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento antes dessa data não elimina a possibilidade de dívida suspensa de forma temporária, caso o mesmo não seja comprovado ou as contas pagas não estejam na Unidade Consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) anterior, desconsidere essa mensagem.  
Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.

Faturado em atraso  
JUN/18 86,40

PARAIBA  
Roteiro: 7 - 245 - 141 - 3100  
Matrícula: 1758460-2018-07-3  
VENCIMENTO 23/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 120,25

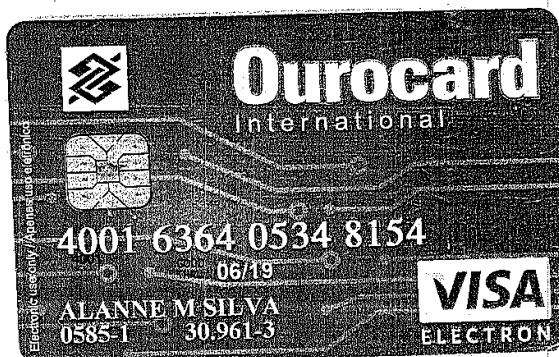


83610000001-4 20250054000-2 17584602018-3 07300245019-2



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 17/10/2019 15:26:21  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101715261869100000024568287  
Número do documento: 19101715261869100000024568287

Num. 25405070 - Pág. 2



**Identificação do Filiado**
**NIT:** 267.33691.93-9  
**CPF:** 095.648.624-00  
**Data de nascimento:** 07/05/1991

**Relações Previdenciárias**

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores
1	267.33691.93-9	1671920667	Benefício		08/2017	937,00		07/2017	937,00	
2	267.33691.93-9	6115042511	Benefício		05/2017	937,00		04/2017	937,00	
					02/2017	937,00		01/2017	937,00	
3	267.33691.93-9	6205130169	Benefício		31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	13/10/2017	01/05/2018	13/10/2017	01/05/2018
4	267.33691.93-9	6231657756	Benefício		06/2018	1.499,20				

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.



**Identificação do Filiado**  
**NIT:** 267.33691.93-9  
**Data de nascimento:** 07/05/1991

**CPF:** 095.648.624-00

**Nome:** ALANNE MARTINS DA SILVA  
**Nome da mãe:** MARIA CELIA DA SILVA

**Relações Previdenciárias**

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
5	267.33691.93-9	1583823988	Benefício	80 - AUXILIO SALARIO MATERNIDADE			99 - INDEFERIDO
6	267.33691.93-9	6167536345	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIA/ARIO			99 - INDEFERIDO



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>  
com o código 181029AZ6OXT26

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.





você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo compaheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número..... 62.524  
Série 000.30.96.



*Almae. Maria. da. Silva.*

ASSINATURA DO PORTADOR





## CONTRATO DE TRABALHO

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CNPJ/MF .....  
 Rua ..... N° .....  
 Município ..... Est. .....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo ..... CBO n° .....  
 Data admissão ..... de ..... de .....  
 Registro n° ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de .....  
 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com Dispensa CD N° .....



Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 17/10/2019 15:26:30

Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 17/10/2019 15:26:30  
<http://poc.tich.iuc.br:80/poc/Processo/ConsultaDocumentos/listView?com2x=19101715262728200000024568301>

Número do documento: 10101715262728200000024568201

Num. 25405084 Pág. 1



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

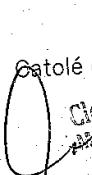
Declaro para os devidos que

Elaine Murtins dos Santos

Necessita de 90 (Noventa) dias de afastamento das  
atividades profissionais ou escolares, a partir desta data, por motivo de  
doença.

Autorizo informar CID: M23.5

Assinatura do paciente/responsável

  
Catolé do Rocha - PB  
Cleber H. Pontes  
Radiologia / Ultrassonografia  
5830-RN #219-PB  
03/05/15

Assinatura do Profissional - Carimbo

Secretaria Municipal da Saúde  
Rua Estevan Diniz, S/N - Centro - CEP: 58.884-000 - Catolé do Rocha - PB  
Fone: (83) 3441-1816/1352





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

**A TESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins

Alane Martins da Silva

Necessita de 120 (cento e vinte) dias de afastamento das atividades escolares ou atividades profissionais, a partir de 10 / 07 / 2015, por motivo de doença.

CID: M23.5

Catolé do Rocha - PB, 10 / 07 / 2015.

*Dr. Andriev Farias*  
Ortopedia  
CRM 5893 - TEOT 11-19

**MÉDICO - CRM - CARIMBO**

Secretaria Municipal da Saúde  
Rua Estevan Diniz, S/N - Centro - CEP: 58.884-000 - Catolé do Rocha - PB  
Fone: (83) 3441-816 - e-mail: sms.crm@saude.pb.gov.br  
CNPJ: 09.067.562/0001-27





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) 1101 M M M. S. S. S. S. 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 M23.5, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 120 (Cento e Vinte) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 25.11.15

Dr. Anderson Farias  
Ortopedia  
CRM 5892 - TEC 11418

Assinatura e 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.

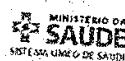
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Alanne M. Silva 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 H23.5, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 100 (dez dias) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17.07.16

Dr. Andrier Farias  
Ortopedia  
CRM 5893 - TEC 11419

Assinatura e 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

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

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Almeida Martins da Silva, 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 M23.5, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 120 (Centro e Vinte) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 08/06/2016

Dr. Andrielly Farias  
Ortopedia  
CRM-PB - 18071

Assinatura e 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

1º VIA-PACIENTE

2º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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



# Dr. Andrier Farias de Andrade

Membro Titular da  
Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia  
Especialista em Cirurgia de Joelho

Relatório

Paciente Alana Markus da Silveira,  
com queixa de instabilidade e dor em  
joelhos de quase 10 meses, hóclitico em D.  
Mc Murray D. ROM: hinc de les e  
menos. Tem mobilidade de traçoamento  
cirúrgico, aguardando momento para  
reto 305, entre tanto ainda tem  
dolores persistente. Deve aguardar-se a  
duração por tempo inde-  
terminado até a realização  
da cirurgia e completa recuperacão.

UD: M73.5/M73.2

Dr. Andrier Farias  
Ortopedia  
CRM-PB 5893

2016

28.12.16

Catolé do Rocha: CLÍNICA DR. IRAN CAMPOS. Av. Dep. Américo Maia, 971. (83)3441.1634  
João Pessoa: PRONTO SOCORRO DE FRATURAS. Av. Júlia Freire, 1058, Expedicionários.  
(83) 3244-1520 / 3244-6041

andrier\_f@yahoo.com.br



## CLÍNICA DR. IRAN CAMPOS

Ultrasound - Electroencephalography  
Gynecology - Obstetrics - Internal Medicine  
CRM PB 2.687 CRM RN 1.755

### Relatório

Paciente Alana Martins da Silva, queixa de dor e instabilidade em pé de esquerda. Marcha com ③, e Murray ④. PNM: lesão de LCA e menisco. Tem indicação de tratamento cirúrgico e aguarda procedimento pelo SUS, ainda não data prevista. Deve afastar-se de suas atividades, por tempo ainda不定, até a melhora da união e porterior reabilitação.

cid: M23.5 / M23.2

Dr. André Farias  
Ortopedista  
CRM-PB 2693

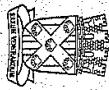
03 JUN 2017

Rua: Joaquim Gregório, 110  
Bairro: Penélope, Caicó - RN  
Telefax: (84) 3421-2400  
Cel: (84) 9914-3305

Atendimento: Av: Dep. Américo Maia, 971  
Bairro Noel Veras, Catolé do Rocha - PB  
Fone: (83) 3441-1634  
Cel: (83) 9902-4841

Email: clinicadiran@gmail.com

PREFEITURA MUNICIPAL DE CATÓLE DO ROCHA - PB  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



PSF CAIC

Paciente: Pedro Dzagnier A. dos Santos  
CRM: PB-1682 RN-6558

RECEITUÁRIO

Pedro Dzagnier A. dos Santos  
CRM: PB-1682 RN-6558

Lando Nedelo

Constado de 6 nov/18  
enunciado e expõe  
o que consta no  
agradável procedimento  
feito sus. vindo da  
data prevista.

Atestado nesse dia 6 de novembro de 2018  
que fui que Alvaro  
Wanderley de Lando Nedelo  
me contou que devo  
compreender que devo  
e responder da  
jornalismo  
RNU - Mat de LCA  
e venho em co. Tive audie  
22/12/18.

que fui que Alvaro  
Wanderley de Lando Nedelo  
me contou que devo  
compreender que devo  
e responder da  
jornalismo  
RNU - Mat de LCA  
e responder mobilito  
cap. 00 do n. 23.51  
Pedro Dzagnier A. dos Santos  
CRM: PB-1682 RN-6558



Atendimento: 82910  
 Paciente: ALENNE MARTINS DA SILVA  
 Solicitante: Dr.(a) ANTONIO RICELIO  
 Data: 11/05/2015  
 Exame: RM JOELHO ESQUERDO  
 Convênio: CLINICA SIM

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

#### MÉTODO:

Obtidas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2 sem o uso do contraste venoso.

#### ANALISE:

Moderado derrame articular.  
 Perda da caracterização das fibras do ligamento cruzado anterior, indicando lesão.  
 Linha de hipersinal em T2/corpo do menisco medial, atingindo a superfície articular, compatível com lesão.  
 Peças ósseas congruentes e com sinal normal.  
 Menisco lateral integrado.  
 Ligamento cruzado posterior de continuidade, espessura e sinal conservados.  
 Ligamentos colaterais medial e lateral com espessura e sinal preservados.  
 Tendões do quadriceps, da patela e da "pata anserina" de aspecto usual.  
 Patela tópica em extensão.  
 Não há francos sinais de lesões condrais às imagens obtidas.  
 Fossa poplítea livre.  
 Estruturas musculares perigeniculares com sinal preservado.

#### CONCLUSÃO:

- Moderado derrame articular.
- Lesão do ligamento cruzado anterior.
- Lesão do corpo do menisco medial.

Dr. CARLOS LEITE DE MACEDO FILHO  
 Médico Radiologista  
 CRM - 8059



Atendimento: 82910  
 Paciente: ALENNE MARTINS DA SILVA  
 Solicitante: Dr. (a) ANTONIO RICELIO  
 Data: 11/05/2015  
 Exame: RM JOELHO ESQUERDO  
 Convênio: CLÍNICA SIM

## RESONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

### MÉTODO:

Obtidas sequências multiplanares ponderadas em T1 e T2 sem o uso do contraste venoso.

### ANÁLISE:

Moderado derrame articular.  
 Perda da caracterização das fibras do ligamento cruzado anterior, indicando lesão.  
 Linha de hipersinal em T2/corpo do menisco medial, atingindo a superfície articular, compatível com lesão.  
 Peças ósseas congruentes e com sinal normal.  
 Menisco lateral íntegro.  
 Ligamento cruzado posterior de continuidade, espessura e sinal conservados.  
 Ligamentos colaterais medial e lateral com espessura e sinal preservados.  
 Tendões do quadríceps, da patela e da "pata anserina" de aspecto usual.  
 Patela tópica em extensão.  
 Não há francos sinais de lesões condrais às imagens obtidas.  
 Fossa poplitea livre.  
 Estruturas musculares perigeniculares com sinal preservado.

### CONCLUSÃO:

- Moderado derrame articular.
- Lesão do ligamento cruzado anterior.
- Lesão do corpo do menisco medial.

Dr. CARLOS LEITE DE MACEDO FILHO  
 Médico Radiologista  
 CRM - 8059





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL



DELEGACIA DE CATOLÉ DO ROCHA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º

635/2015

Fis N.º 190

Livro N.º

01/2013

NAT. DA OCORRÊNCIA: Acidente de moto com vítima lesionada.  
LOCAL: SITIO RANCHO DO PVO -CATOLÉ DO ROCHA- PB  
HORA: 16:00 DATA DA OCORRÊNCIA: 28/12/2013  
FORMA DA COMUNICAÇÃO: Verbal

DELEGADA PLANTONISTA: DR. RODRIGO R. PINHEIRO

NOTICIANTE	NOME:	ALANNE MARTINS DA SILVA			ALCUNHA:	- - -
	IDADE:	24 anos	DATA DE NASC.:	07/05/1991	ESTADO CIVIL:	Solteira
	SEXO:	F	NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL IDADE:	João Pessoa -PB.
	COR:	Branca	PROFISSÃO:	agricultora	DOC.	3346732 - SSP/PB.
	FILIAÇÃO:	Antonio Martins da Silva e Maria Celia da Silva			DE ID.	
	END.:	Sftio Rancho do povo zona rural			CIDADE:	Catolé do Rocha -PB.
TELEFONE:	83.996808439					

HISTÓRICO:

Afirma o comunicante QUE em 28/12/2013, por volta das 16h00min vinha pilotando um motocicleta Honda cg 150, FAN , cor vermelha ,ano 2012, licenciada nome seu genitor ANTONIO MARTINS DA SILVA, na PB em direção a Patu R/N ,quando aproximou se um carreta em alta velocidade, e ultrapassou a moto rapidamente :Que a comunicante também vinha rápido e se assustou perdendo o controle da moto e caindo no asfalto, causando lhe danos a sua saúde, sendo confirmado por laudos médicos em anexos . Que foi atendida no dia do acidente no Hospital Regional DR.. Américo Maia de Vasconcelos, pelo medico DR. JOSE SUASSUNA CARNEIRO CRM/4724, no dia 28/12/2013. Diante do exposto, comunica o fato a Autoridade Policial, solicitando a expedição do Boletim de Ocorrência, para as medidas legais cabíveis. E nada mais disse.

O Comunicante está cienteificado das imputações culminadas nos Artigos 299 e 340 do CPB.

Catolé do Rocha-PB, 28 de julho de 2015.

Assinatura do Noticiante Alanne martins da Silva

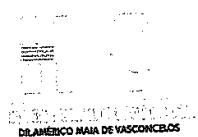
Policial civil

182-067-8



GOVERNO  
DA PARAIBA

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS



### Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, ALANNE MARTINS DA SILVA, RG 3.346.732 SSP/PB, residente e domiciliada no Sítio: Rancho do Povo- Catolé do Rocha – PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dr. José Suassuna Carneiro – CRM/ 4724, no dia 28 de Dezembro de 2013. Deu entrada na Urgência e Emergência vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros Procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

*Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro  
Diretora Geral HRCR  
Matr. 20514-5

*Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro  
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 15 de Julho de 2015.



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

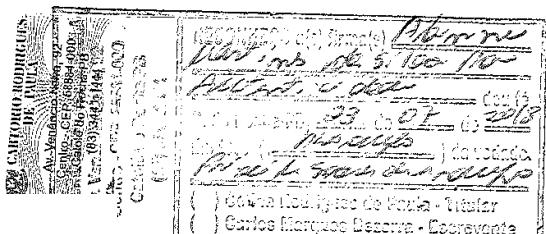
<b>OUTORGANTE:</b>	<b>ALANNE MARTINS DA SILVA</b> , BRASILEIRA, SOLTEIRA, AGRICULTORA, COM RG: 3346732 SSP/PB E CPF: 095.648.624-00, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO RANCHO DO POVO, S/N, ZONA RURAL, CATOLÉ DO ROCHA – PB.
<b>OUTORGADO:</b>	<b>Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY</b> , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000.

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT INVALIDEZ E DAMS**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ E DAMS** para a vítima **ALANNE MARTINS DA SILVA**.

CATOLÉ DO ROCHA - PB, 11 / 07 / 2018.

Alanne Martins da Silva

Assinatura do outorgante  
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima ALANNE MARTINS DA SILVA	CPF da Vítima 095.648.624-00	Data do Acidente 28.12.2013
--	---------------------------------	--------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CATOLE DO NOCHÉ-PB, 07 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Alanne martins da silva.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2-“Assinatura do Representante Legal”).

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu “Representante Legal” (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 “Assinatura do Beneficiário”) e seu Representante Legal (campo 2 “Assinatura do Representante legal”).

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	095.648.624-00	ALANNE MANTINS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo ALANNE MANTINS DA SILVA		CPF titular da conta 095.648.624-00	Profissão AGRICULTORA
Endereço SITIO RANCHO DO FOGO		Número S/n	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade CATOLE DO NOCHÉA	Estado PARAÍBA	CEP 58.884-000
Email _____			
Telefone (DDD) (83) 999746322			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____		(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CATOLE DO NOCHÉA - PB, 07 de JULHO de 2018  
Local e Data

Alanne. mantins da silva.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134/08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALANNE MARTINS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.648.624/00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALINER da Vítima ALANNE MARTINS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.648.624/00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPOSTO SOBRE A RENDA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
RUA BEL. ECO. DA SILVA ALMEIDA	219	ESCRITÓRIO
Bairro	Estado	CEP
PETROPOLIS	PARAÍBA	58840-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
JACQUES-ADW@BOL.COM.BR	(83)93344-6322	(83)98148-8766

ROMBAL - PB, 07 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

Jacques Ramos Wanderley

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Blanne Montônio da Silva,

RG nº 3346732, data de expedição 30/07/05, Órgão SSP/PI,

CPF nº 025.648.624-00 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SITIO RANCHO DO Povo</u>	
Número	<u>S/N</u>	
Apto / Complemento	<u>—</u>	
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>	
Cidade	<u>CATOLÉ DO NOCHÉA</u>	
Estado	<u>PB</u>	
CEP	<u>58.884-000</u>	
Telefone de Contato	<u>(83) 999 746322</u>	<u>(83) 981488766</u>
E-mail	<u>—</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CATOLÉ DO NOCHÉA - PB, 07.08.2018

Assinatura do Declarante: Blanne Montônio da Silva



<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>	
<b>MINISTÉRIO DAS FEDERAÇÕES</b>	
<b>DENATRAN</b>	
<b>A DETRAN - PB</b> <span style="float: right;">Nº 012028674434</span> <b>C CERTIFICADO DE REGISTRO</b> <span style="float: right;">Nº 012028674434</span> <b>R VA</b> <span style="float: right;">0049 034642-6</span> <b>E</b> <span style="float: right;">07/08/00000000</span>	
<b>ANTONIO MARTINS DA SILVA</b> <span style="float: right;">NOME</span> <b>00</b> <b>33</b> <b>22</b> <b>66</b> 62933060400 <b>11</b> <b>NOV/11</b> /UF: PR <b>9C2KC1670CR545348</b>	
<b>PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC</b> <span style="float: right;">ALCOOL/GASOL</span> <b>HONDA/CG 150 MP3 PAN ESTI</b> <span style="float: right;">ANO: 2012</span> <b>2012</b> <b>99149 / CTI</b> <b>PARTIC</b> <span style="float: right;">CUSTO DO SEGURO</span> <b>11</b> <b>COTA ÚNICA</b> <span style="float: right;">VENC/ COTAS</span> <b>P</b> <b>V</b> <span style="float: right;">08/08/2015</span> <b>0</b> <b>PARCELAMENTO / COTAS</b> <span style="float: right;">2º</span> <b>A</b> <span style="float: right;">3º</span>	
<b>PROMOÇÃO DE PARCERIA</b> <span style="float: right;">SEGURADO PREMIO TAHIFÁRIO</span> <b>A.F ADM DE CONCEPÇÃO HONDA LTDA</b> <span style="float: right;">PRÉMIO TAHIFÁRIO</span> <b>REST. BEN. TRIBUTARIO</b> <span style="float: right;">SEGURADO PREMIO TAHIFÁRIO</span> <b>CATOLE DO ROCHA - PB</b> <span style="float: right;">SEGURADO PREMIO TAHIFÁRIO</span>	
<b>2194</b> <span style="float: right;">CÓDIGO</span>  <span style="float: right;">Assinatura</span> <b>22705/2015</b> <span style="float: right;">DATA</span> <b>15989</b> <span style="float: right;">EXPEDIDOR</span>	

<b>SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES OU DE SUAS PESSOAS TRANSPORTADAS, QUANDO SEGURO DPVAT</b> <b>PB Nº 012028674434 BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b> <b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b> <b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b> <b><a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br">www.dpvatsegurodotransito.com.br</a></b> <b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b>	
<b>2015</b> <span style="float: right;">EXERCÍCIO</span> <b>22/05/2015</b> <span style="float: right;">DATA EMISSÃO</span> <b>0049 034642</b> <span style="float: right;">CPF/CNPJ</span> <b>9C2KC1670CR545348</b> <span style="float: right;">PLACA</span> <b>HONDA/CG 150 PAN ESTI</b> <span style="float: right;">MARCA / MODELO</span> <b>2012</b> <span style="float: right;">ANO</span> <b>99149</b> <span style="float: right;">CAT. PAN</span> <b>1º</b> <span style="float: right;">VENC/ COTAS</span>	
<b>PRÉMIO TAHIFÁRIO</b> <b>SEGURADO PREMIO TAHIFÁRIO</b> <b>CUSTO DO SEGURO PREMIO TAHIFÁRIO</b> <b>22/05/2015</b>	
<b>SEGURADO PREMIO TAHIFÁRIO</b> <b>SEGURADO PREMIO TAHIFÁRIO</b> <b>CUSTO DO SEGURO PREMIO TAHIFÁRIO</b> <b>22/05/2015</b>	
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b> <b>CNPJ 08.248.603/0001-04</b> <b><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a></b>	



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180400568**      **Vítima: ALANNE MARTINS DA SILVA**

**Data do Acidente: 28/12/2013**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ALANNE MARTINS DA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0803133-27.2019.8.15.0141

**DESPACHO**

Vistos.

1. Defiro ao(à) promovente a gratuidade da justiça, em face da inexistência de fundadas razões para o indeferimento do benefício (Lei 1.060/50, art. 5º; NCPC, art. 99, §§ 2º e 3º), esclarecendo que ele compreende todos os atos do processo até decisão final do litígio, em todas as instâncias (Lei 1.060/50, art. 9º, c/c NCPC, art. 98, § 1º).

2. Desde a entrada em vigor do Código de Processo Civil de 2015, o réu não mais é citado para oferecer resposta, mas para comparecer à audiência de conciliação ou de mediação (CPC/2015, art. 334).

Todavia, é de conhecimento deste Juízo que a promovida só celebra acordos quando há perícia nos autos, de forma que se afigura desnecessária e mesmo desaconselhável, por se tratar de ato ineficiente (CF, art. 37) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (CF, art. 5º, inciso LXXVII), a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera a sua realização.

Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (CPC/2015, art. 359), motivo pelo qual não vislumbro prejuízo às partes.

Diante do exposto, cite-se a promovida para apresentar resposta, no prazo de 15 (quinze) dias.

Cumpra-se.

Catolé do Rocha/PB, data do protocolo eletrônico.

FERNANDA DE ARAÚJO PAZ

Juíza de Direito em Substituição



Assinado eletronicamente por: FERNANDA DE ARAUJO PAZ - 26/10/2019 06:50:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102410424389200000024746344>  
Número do documento: 19102410424389200000024746344

Num. 25594337 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0803133-27.2019.8.15.0141

**DESPACHO**

Vistos.

1. Defiro ao(à) promovente a gratuidade da justiça, em face da inexistência de fundadas razões para o indeferimento do benefício (Lei 1.060/50, art. 5º; NCPC, art. 99, §§ 2º e 3º), esclarecendo que ele compreende todos os atos do processo até decisão final do litígio, em todas as instâncias (Lei 1.060/50, art. 9º, c/c NCPC, art. 98, § 1º).
2. Desde a entrada em vigor do Código de Processo Civil de 2015, o réu não mais é citado para oferecer resposta, mas para comparecer à audiência de conciliação ou de mediação (CPC/2015, art. 334).

Todavia, é de conhecimento deste Juízo que a promovida só celebra acordos quando há perícia nos autos, de forma que se afigura desnecessária e mesmo desaconselhável, por se tratar de ato ineficiente (CF, art. 37) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (CF, art. 5º, inciso LXXVII), a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera a sua realização.

Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (CPC/2015, art. 359), motivo pelo qual não vislumbro prejuízo às partes.

Diante do exposto, cite-se a promovida para apresentar resposta, no prazo de 15 (quinze) dias.

Cumpra-se.

Catolé do Rocha/PB, data do protocolo eletrônico.

FERNANDA DE ARAÚJO PAZ

Juíza de Direito em Substituição

