

## 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; Dr.ª 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 clausula "*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 mandato, 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.

x Alanne martins da Silva  
DECLARANTE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

346732

DATA DE EXPEDIÇÃO 30 JUL 2003

NOME ALANNE MARTINS DA SILVA

Antonia Martins da Silva

FLACAO

Maria Celio da Silva

NATURALIDADE João Pessoa PB

DATA DE NASCIMENTO 07.05.1991

Cart. Nasc. 16.704-Fls. 95-Liv. A-16

DIG. ORIGEM

Cart. João Pessoa PB

QPF

ASSINATURA DO DIRETOR

JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.917

Assinatura do Titular

Alanne Martins da Silva

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 095.648.624-00

Nome ALANNE MARTINS DA SILVA

Nascimento 07/05/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE GERALDO DA SILVA  
SIT RANCHO DO POVO, S/N - AREA RURAL  
CATOLE DO ROCHA/PB CEP: 5964000 (AG: 245)

Emissão: 16/07/2018 Referência: Jul/2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-630  
Roteiro: 7 - 245 - 141 - 3100 Nº medidor: 00008742611

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 009.490.502  
Cód. para Dab. Automático: 00017584608

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

Conta referente a Jul/2018 Apresentação 16/07/2018 Data prevista da próxima leitura 15/08/2018 CPF/CNPJ/RANI 458.919.314- 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
Data 14/06/18	Leitura 4071	Data 16/07/18	Leitura 4189	
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa de Valor Base Calc. Aliq. Item (R\$) Base Calc. Pto (R\$) Colim (R\$)	
		Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS Pto (R\$) (1,0045%) (4,9955%)		
0601	Consumo em kWh	128,000 0,739080	94,60 94,60 27 25,54 94,60 1,02 4,72	
0601	Adic. B. Vermelha		9,56 9,56 27 2,68 9,56 0,10 0,48	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	12,24	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0604	JUROS DE MORA 05/2018	0,89	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0605	MULTA 05/2018	1,28	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0606	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2018	1,69	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 120,25 104,18 29,12 104,18 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

RECEBIDO AO BLOCO cc37.da75.c550.6ede.f6d9.4102.765a.b324.

Indicadores de Qualidade				Discriminação			Valor (R\$)	%	
da ANEEL							Total	100,00	
Límites	Apurado	Límite de Tensão (V)							
DIC MENSAL	23,48	3,07	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia/PB	24,23	20,15			
DIC TRIMESTRAL	46,96			Compra de Energia	35,06	29,16			
DIC ANUAL	7,74			Serviço de Transmissão	3,72	3,09			
FIC MENSAL	15,43	1,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	6,71	5,58			
FIC TRIMESTRAL	30,86		LÍMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	50,53	42,02			
FIC ANUAL	8,49		LÍMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00			
DNIC	18,60	0,07							
DICR									
					Total	120,25	100,00		
					Valor do FIC (Ref. 5/2018) R\$ 19.333				

Valor em USD (Ref. 5/2018) R\$ 19,23

#### ATENÇÃO

REVISÃO DE VENCIMENTO: O valor do vencimento (R\$) do boleto é de R\$ 120,25. Se o valor não for pago em tempo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 31/07/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em unidade consumidora para comprovação. Caso a tenha efetuado o pagamento de(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita à inclusão em sistema de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

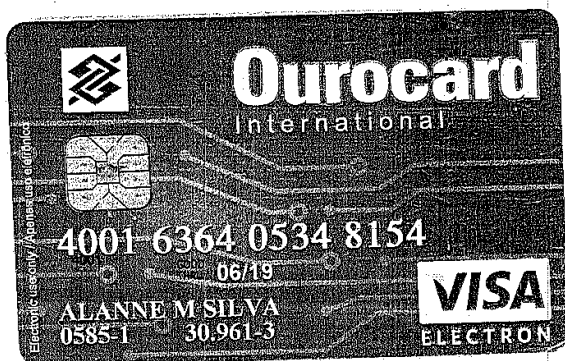
#### Faturas em atraso

Jun/18 86,40

PARAIBA VENCIMENTO 23/07/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 120,25

83610000001-4 20250054000-2 17584602018-8 07300245019-2





**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais**  
**Extrato Previdenciário**

**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
1	267.33691.93-9	1671920667	Benefício	80 - AUXILIO SALARIO MATERNIDADE	18/02/2013	17/06/2013	2 - CESSADO

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
2	267.33691.93-9	6115042511	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	03/08/2015	12/09/2017	2 - CESSADO
<b>Remunerações</b>							
Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Remuneração	Indicadores
09/2017	374,80		08/2017	937,00		937,00	
06/2017	937,00		05/2017	937,00		937,00	
03/2017	937,00		02/2017	937,00		937,00	

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
3	267.33691.93-9	6205130169	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	13/10/2017	01/05/2018	2 - CESSADO
<b>Remunerações</b>							
Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Remuneração	Indicadores
06/2018	4.784,80		06/2018	1.499,20			

Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
4	267.33691.93-9	6231657756	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO	15/05/2018	12/09/2018	2 - CESSADO
<b>Remunerações</b>							
Competência	Remuneração	Indicadores	Competência	Remuneração	Indicadores	Remuneração	Indicadores
09/2018	381,60		08/2018	954,00		954,00	
07/2018	1.462,80						

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





INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL  
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais  
Extrato Previdenciário

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
Seq.	NIT	NB	Origem do Vínculo	Espécie	Data Início	Data Fim	Situação
6	267.33691.93-9	6167536345	Benefício	31 - AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO			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.

**SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS  
DE CATOLÉ DO ROCHA**  
Rua Sinfrônio Gonçalves, S/N - Catolé do Rocha - PB  
RECONHECIDO EM: 24 DE 07 DE 1962

Nome: Alanne Martins  
da Silva

Associado Nº 26.254  
STTR de Catolé do Rocha-PB  
Francisco Pereira de Araújo  
Presidente  
CPF: 091.067.384-00





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

Mostre ao seu novo colega 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 electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

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.

Habitue-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  
CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 62.524 Série 0003086

Assinatura do Portador  
Alamir Martins da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR



# QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome .....  
 Loc. Nasc. ....  
 Filiação .....  
 Doc. N° .....  
 Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. N° .....  
 Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
 Obs.: .....  
 Data Emissão 20.10.25 DRT 2010 do Colha 85  
 Assinatura do Funcionário

## ESTRANGEIROS

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome.....  
 Doc. ....  
 Nome.....  
 Doc. ....  
 Nome.....  
 Doc. ....  
 Est. Civil.....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....



**CONTRATO DE TRABALHO**

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo ..... CBO nº .....

Data admissão..... de ..... de .....

Registro nº ..... 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 Nº .....

**CONTRATO DE TRABALHO**

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo ..... CBO nº .....

Data admissão..... de ..... de .....

Registro nº ..... 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 Nº .....



Unidade Prestadora de Atendimento

Código da Unidade: 2592460 (CNPJ)

Nome: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAA DE VASCONCELOS

Endereço: RUA CASTELO BRANCO, 349

Bairro: BATALHÃO

UF: PB

Município: CATALÃO DO ROCHA

Estado: PARAIBA

Nome: Afonso mpatius

Paciente

Sexo: F Idade: 30/14

Profissão: Médico Bombeiro de trânsito

Telefone: 3333-1414

CPF: 33.334.000-00

Endereço: Rm. 010 do 2º andar

CPF: 33.334.000-00

Município: C. do Rocha

CPF: 33.334.000-00

Código IBGE Município: 5504306

CPF: 33.334.000-00

Data de Nascimento: 01/05/81

CPF: 33.334.000-00

Race / Cor: Branco

1 - Branco 2 - Preto 3 - Pardo 4 - Amarelo 5 - Indígena 99 - Sem informação

Anamnese e exame físico (Sumário)

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Exames realizados na unidade (Tipos):

Medicamentos e Outros Recursos

Veloso 752-24

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14

De paiza - 24/14





PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Declaro para os devidos que  
Alone Martins do S. / us.

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 F. Filho  
Médico / Ultrassomografia  
5630-RN 7210-PB

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

03/05/15





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

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins

Alone 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. Andrieu Farias  
Ortopedia  
CRM 5893 - TEPOT 11419

**MÉDICO - CRM - CARIMBO**

Secretaria Municipal da Saúde  
Rua Estevan Diniz, S/N - Centro - CEP: 56.884-000 - Catolé do Rocha - PB  
Fone: (83) 3441-1816 - e-mail: sms.crh@saude.pb.gov.br  
CNPJ: 09.067.562/0001-27





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Alana 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 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. Andrieu Farias  
Ortopedia  
CRM 5893 - RBO 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 D. 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 (dois meses) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 17.02.16

Dr. Andrieu Farias  
Ortopedia  
CRM 5893 - TEOR 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

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) Alane 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  
(cento e vinte) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 08/06/2016

Dr. Andrieu Farias  
Ortopedia  
CRM 11473

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.

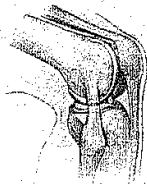
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-394, 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 Martins da Silva,  
com queixa de instabilidade e dor em  
joelho esquerdo. Ao exame, hochmann (+)  
McMurray (+). RNM: lesão de LCA e  
menisco. Tem indicação de fracionamento  
cirúrgico, aguardando movimento  
reto 30-5, até tanto ainda sem  
data prevista. Deve afastar-se de  
suas atividades por tempo inde-  
terminado até a alta da lesão  
do cirúrgio e completa recuperação.

UID: M23.5/M23.2

Dr. Andrier Farias  
Ortopedia  
CRM-PA 5893

28.12.2016

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  
Ultrassonografia – Eletroencefalografia  
Ginecologia – Obstetrícia – Medicina Interna  
CRM PB 2.687 CRM RN 1.755

Relatório

Paciente Alana Martins da Silva,  
com queixa de dor e instabilidade de  
em joelho esquerdo. História de  
McMurray (+). RNM: lesão de LCA e  
menisco. Tem indicação de tratamento  
cirúrgico e aguarda procedimento  
pelo SUS, ainda sem data prevista.  
Deve afastar-se de suas atividades,  
por tempo indeterminado, até  
a realização da cirurgia e posterior  
reabilitação.

CD: M23.5 / M23.2

Dr. André Farias  
Ortopedista  
CRM-PB 1593

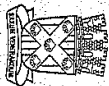
03 JUN 2017

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

Email: clinica.driran@gmail.com

Rua: Joaquim Gregório, 110  
Bairro: Penédo, Calçó – RN  
Telefax: (84) 3421-2400  
Cel: (84) 9914-3305





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

PSF CAIC

Paciente:

Pedro Ozámel A. dos Santos

RECEITUÁRIO

CRM: PB 1682 RN-6558

laudo verbal

Apto para o dia-  
do Feb que Alouze  
mônies de solo  
con queixe de  
e mobilidade de  
João Esquardo -  
RNH = laud de LCI  
e, múnco. Ten unde  
02/2/18.

Profissional

verão de 1900  
curaçio e apu  
aguarda prestimen  
para SUS ainda m  
data prevista.  
dui opeiron-x de  
sua ovidade  
for fenda moleni  
hards, de a quel  
João de curaç  
e prestimen mobilite  
cop. CID de: N23.5 /  
Colé Trilue 98

Pedro Ozámel

CRM: PB

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 seqüências 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 osseas 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 as 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

Dr. CARLOS MACEDO

PRÓPRIETÁRIO E INTERLOCUTOR

Dr. HARLEY SILVEIRA

COORDENADOR DE EXAMES

Dr. KLENNER PORTELA LUZ

COORDENADOR DE EXAMES

Dr. PABLO PICASSO

COORDENADOR DE EXAMES



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

### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

#### MÉTODO:

Obtidas seqüências 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.

Pedras 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 fracos sinais de lesões condrais às imagens obtidas.

Fossa poplíteica 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

Dr. CARLOS MACEDO

PAISAGIO POR ALTERNATIVAS

TEL: 3333-3333

Dr. HARLEY SILVEIRA

PAISAGIO POR ALTERNATIVAS

TEL: 3333-3333

Dr. KEINER PORTELA LUZ

PAISAGIO POR ALTERNATIVAS

TEL: 3333-3333

Dr. PABLO PICASSO

PAISAGIO POR ALTERNATIVAS

TEL: 3333-3333

Assinado eletronicamente por: JAQUES RAMOS WANDERLEY - 17/10/2019 15:26:31

URL: http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101715263022700000024568307



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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**

**Fls N.º 190**

**Livro N.º**

**01/2013**

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

**DELEGADA PLANTONISTA: DR. RODRIGO R. PINHEIRO**

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

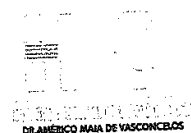
**Policial civil**

182-047-8





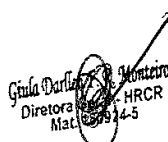
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS



### 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.

  
Diretora  
Mat. 14-5

*Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Diretora Geral

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





## 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.

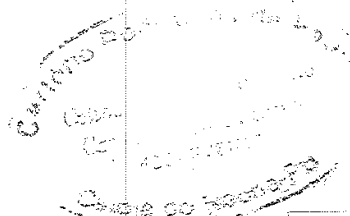
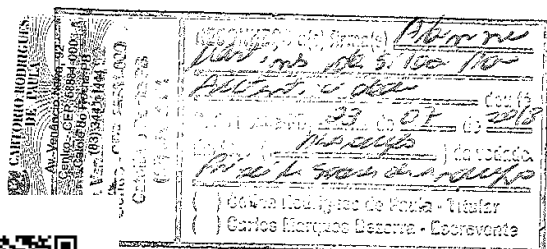
**OUTORGADO:** Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000.

**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.

CATOLÉ DO ROCHA-MB, 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 095.648.624-00	Nome completo da vítima ALANNE MARTINS DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	--

<b>DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL</b>			
Nome completo ALANNE MARTINS DA SILVA	CPF titular da conta 095.648.624-00	Profissão AGRICULTORA	
Endereço SÍTIO RANCHO DO POVO	Número SIN	Complemento	
Bairro ZONA RURAL	Cidade CATOLÉ DO NOVA	Estado PARANÁ	CEP 87.884-000
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.			

<b>FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS</b>			
<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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0585-1 D/V		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 30.969-3 D/V		AGÊNCIA 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.

CATOLÉ DO NOVA - PB, 07 de JULHO de 2018  
Local e Data

+ Alanne Martine 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/BIBLIOTECABWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JAQUES 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 INVALIDAÇÃO 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
<u>RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>		<u>219</u>	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PETROPOLIS</u>	<u>ROMBAL</u>	<u>PARAIBA</u>	<u>58840-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>JAQUES-ADV@RBL.COM.BR</u>		<u>(83)99914-6322</u>	<u>(83)98148-8766</u>

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

Jaques Ramos Wanderley  
Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alanne Martins da Silva

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

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)	SITIO RANCHO DO POVO
Número	S/N
Apto / Complemento	_____
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	CATOLE DO ROCHA
Estado	PARNABA
CEP	58.894-000
Telefone de Contato	(83) 999 746322 (83) 981488766
E-mail	_____

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CATOLE DO ROCHA - PB, 07.08.2018

Assinatura do Declarante: x Alanne Martins da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

**A DETRAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E HABILITACÃO DE VEÍCULO**  
**EXERCÍCIO 2015**  
**VEÍCULO 0047034642-6 00/00000000 2015**  
**ANTONIO MARTINS DA SILVA**  
**62933060400 OE22865/PB**  
**9C2KCI670CR545348**  
**PAS/MOTOCICLETA/RAO APLIC**  
**HONDA/CG 150 PAN EST**  
**2012 2012**  
**2º PRÉMIO / CI PARCELAMENTO / COTAS 3**  
**00/00/0000 1º VENC / COTAS 1**  
**PREMIO TOTAL (R\$) 22/05/2015**  
**SEGURO A G O 22/05/2015**  
**A.F. ADM DE CONECTON HONDA LTDA**  
**REST. BEN. TRIBUTARIO 0**  
**CATOLE DO ROCHA-PB**  
**2194 22/05/2015 15989**

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA E PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT**  
**PB Nº 01202B674434 BILHETE DE SEGURO DPVAT**  
**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodetransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204**  
**62933060400 OE22865/PB**  
**9C2KCI670CR545348**  
**HONDA/CG 150 PAN EST**  
**2012 2012**  
**PREMIO TARIFARIO**  
**\*\*\* FMS (R\$) \*\*\* DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\***  
**SEGURO 22/05/2015**  
**SEGURO A G O 22/05/2015**  
**SEGURADORA LIDER - DPVAT**  
**CNPJ 08.248.608/0001-04**  
**www.seguradoralider.com.br**  
**15989-1042569-20150522**



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 de 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

Pag. 01377/01378 - carta\_16 - INVALIDEZ

00020689



Carta nº 13995470





**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







**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.

Católé do Rocha/PB, data do protocolo eletrônico.

FERNANDA DE ARAÚJO PAZ

Juíza de Direito em Substituição

