



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 19/09/2019 17:36:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091917361984100000023800090>  
Número do documento: 19091917361984100000023800090

Num. 24585891 - Pág. 1



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirno, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

**MATRÍCULA**

71611592

**REFERÊNCIA**  
ABR/2019

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DO SOCORRO DA SILVA FILHA  
RUA PROJETADA 05, SN - ALTIPLANO I POMBAL PB  
58840- 000

| Inscrição  | SMI                | Quantidade de Economias |               |                 |         | Responsável |
|--|--------------------|-------------------------|---------------|-----------------|---------|-------------|
|  |                    | Residencial             | Comercial     | Industrial      | Pública |             |
| 112.005.527.0315.0000  | 0000               | 1                       | 0             | 0               | 0       |             |
| Hidrômetro   | Data de Instalação | Localização             | Situação Água | Situação Esgoto |         |             |
| Y15N523542   | 10/02/2016         | EXT LACRADO             | POTENCIAL     |                 |         |             |
| ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (M3)   NUM DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA    |                    |                         |               |                 |         |             |
| 37   | 37                 | 12                      | 29            |                 |         | 11/05/2019  |
| HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 IIS. |                    |                         |               |                 |         |             |
| MAR/2019   | 12                 | 30                      | PARAMETROS    | EXIG.           | ANALIS. | CONFORMES   |
| FEV/2019   | 12                 | 30                      | TURBIDEZ      | 0               | 0       | 0           |
| JAN/2019   | 12                 | 30                      | CLORO         | 0               | 0       | 0           |
| DEZ/2018   | 12                 | 30                      | COL.TERMOT    | 0               | 0       | 0           |
| NOV/2018   | 12                 | 30                      | COR           | 0               | 0       | 0           |
| OUT/2018   | 12                 | 30                      | COL.TOTAIS    | 0               | 0       | 0           |
| MÉDIA(H)   | 12                 |                         |               |                 |         |             |
| DADOS REFERENTES A: FEV/2019                                       |                    |                         |               |                 |         |             |

| DATA DA IMPRESSÃO: 12/04/2019    | HORA DA IMPRESSÃO: 14:50:07 |
|----------------------------------|-----------------------------|
| DESCRICAÇÃO                      |                             |
| ÁGUA                             | CONSUMO TOTAL(R\$)          |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)         |                             |
| ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE    |                             |
| 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3  | 10 M3 37,91                 |
| ESGOTO                           | 2 M3 9,78                   |
| ACRESCIMO(S) MÊS(E) ANT. 02/2019 | 0,95                        |
| JUROS DE MORA 02/2019            | 0,17                        |

|   |                          |
|---|--------------------------|
| VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,41 PTS E CONFINIS IFT 12 741/12 |                          |
| VENCIMENTO: 24/04/2019  | Total a Pagar: R\$ 48,81 |

|   |  |
|---|--|
|   | CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA                                 |
| CAGEPA  | CONDICÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1 |
| INFORMAÇÕES GERAIS:                             |  |
| AURIL VERDE: NENHUMA DADE ACIDENTE DE TRABALHO. |  |

**CAGEPA**

| MATRÍCULA | REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 71611592  | ABR/2019   | 24/04/2019 | R\$ 48,81     |

82610000000 7 48810010112 7 07161159201 6 04201900003 5

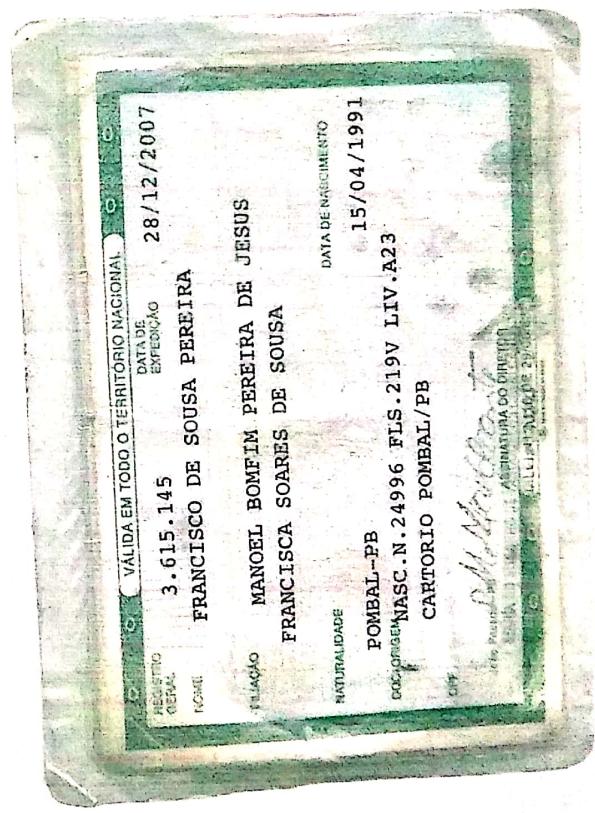


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 19/09/2019 17:36:22  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091917361984100000023800090  
Número do documento: 19091917361984100000023800090

Num. 24585891 - Pág. 2



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 19/09/2019 17:36:22  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091917361984100000023800090  
Número do documento: 19091917361984100000023800090

Num. 24585891 - Pág. 3

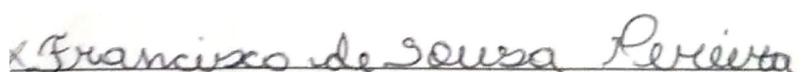
**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>OUTORGANTE:</b> | <b>FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA</b> , brasileiro, União estável, pescador, inscrito no <b>CPF</b> sob nº 102.830.934-12 e <b>RG</b> : 3.615.145 SSDS/PB, residente e domiciliado na rua Projetada 05, S/Nº, Alto Plano, Pombal-PB. |
|--------------------|--|

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>OUTORGADO:</b> | <b>Dr. RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA</b> , brasileiro, casado, advogado <b>OAB/PB 20.538</b> , com escritório profissional à rua Cel. João Carneiro, nº 248, 01 andar, Centro, CEP: 58.840-000, Pombal – PB. |
|-------------------|---|

**PODERES:** Pelo presente instrumento de mandato, o (a) outorgante acima qualificado (a), nomeia e constitui os outorgados seus bastantes procuradores, 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, para que, agindo em conjunto ou separadamente possam, 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 arguir suspeições, excepcionar, firmar compromisso, acordar, discordar, reconvir, desistir, transigir, fazer acordos, recorrer, assinar compromissos, prestar caução, requerer justiça gratuita, substabelecer com ou sem reserva, receber alvará em nome do outorgante, e finalmente, praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel e cabal desempenho do presente mandado, dando tudo por firme, justo e valioso.

**Pombal (PB), 06 de Setembro de 2019.**

  
**Outorgante**



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, 22 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318626**      **Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA**

**Data do Acidente: 05/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14341367

Pag. 01395/01396 - carta\_01 - INVALIDEZ



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 259/2019**

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO /DPVAT

Data do fato: 15/04/2019 – por volta de 12:50 horas

Local do ocorrido: BR 230, próximo a rodoviária de Pombal-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 17/04/2019 – 09:45Horas

**COMUNICANTE: FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE CASTRO – RG 1.367.895 SSP-PB / CPF**

147.743.838-64 brasileiro, união estável, natural de Pombal-PB, pescador, nascido em 31/10/1964, filho de Antonio Mendes de Castro e Rita Fernandes da Costa, residente na Rua João Kenedy de Araujo, s/n, Bairro Altiplano - Pombal -PB //; **Telefone: 83 999176212**

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN ESD – ANO 2011/2011 – COR PRETA – PLACA OEV 7669/PB – CHASSI: 9C2KC1650BR555970, licenciada em nome de Francisco de Assis M. de Castro; Que trafegava na BR 230 próximo a rodoviária, quando colidiu com a viatura da polícia militar que fazia uma conversão na BR; Que do acidente veio a cair da motocicleta e consequentemente sofreu fratura na sua perna direita; Que foi socorrido pelo corpo de bombeiros para o Hospital Regional de Pombal-PB, onde foi atendido, imobilizado e em seguida liberado; Que ainda vai fazer avaliação com o ortopedista para verificar a necessidade de se fazer cirurgia; Que tem conhecimento do fato a pessoa de VANESSA DA SILVA SOUSA ASSIS, CPF 061.554.404-50, residente a Rua Joaquim Galdino de Sousa, 166, Bairro Vida Nova – Pombal-PB,. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

**Pombal – PB, 17 de abril de 2019.**

**AUTORIDADE POLICIAL:** Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

**OBS:** O comunicante está cienteificado das imputações combinadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

**COMUNICANTE:** Francisco de Souza Pereira

**Test.** Vanessa da Silva Sousa Amis

Policial responsável pela lavratura do boletim:

  
Manoel de Souza Lacerda  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 168345-4

**CONTATO: RUA CEL. JOÃO CARNEIRO, N° 288 - CENTRO – POMBAL-PB – CEP 58.840-000 / TEL.: 83 34312206**

Scanned by CamScanner



| SUS   |  | ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE                               |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|---------------|-----------|----------------|---|---|---|--|---|--|--|--|--|--|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|---|---|--|--|---|---|--|--|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|   |  | FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL                                     |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CNPJ  | 2592568  | CNPJ:   | 08.778.268/0001-03   |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nome:   | HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO                                  |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endereço:   | RUA CEL. JOAO LEITE  |   | ESTADO:  | PARAÍBA       |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cidade:   | POMBAL   | UF:   | 25   |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paciente:   | FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA   |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mae:  | FRANCISCA DE SOUSA PEREIRA   |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nascimento:   | 15/04/1991   | Idade:  | 27   | Cor: PARDA    |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Profissao:  | PESCADOR(A)  |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endereco:   | SITIO FLORES   |   | Num.:  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Bairro:   | ZONA RURAL   |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cidade:   | POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101  |   | Fone:  | (83)9991-7621 |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CNS:  | 706-8052-4505 2020   | Reg. Nasc.:   | Identidade:  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CPF:  | Recepção: MARIA DA CONCEICAO   |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data / Hora:  | 08/04/2019   | 10:17:35  | N Ficha:   | 86191         |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Atendimento:  | N Prontuario: 7890   |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SPO   | FC:  | HGT:  | GESTANTE: SIM( ) NAO ( ) SEMANAS                                       |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESO:   | PA:  | TEMP.:  |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)   |  |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>Paciente com história de fratura exposta em forma de dia 25/04/19. Foi atendido e não encontra-se com sintomas de infecção. L14RS1 (SIC)</p> <p>Realiza ativos de movimentos em forma de liberdade e mobilização (tato em M2)</p>  |  |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESULTADOS  |  |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>Recomendação: Ver de novo e definir de tato (D)</p>  |  |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>MATERIAIS - MEDICAMENTOS</p> <p>Quando quanto as causas de complicações<br/>a evolução de infecções por não<br/>ter sido da forma que devia no<br/>dia (D)</p> <p>01 - ELETIVO      CARÁTER DO ATENDIMENTO<br/>02 - URGÊNCIA      (D) Com IP na casa.<br/>03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVÍCIO DA EMPRESA<br/>04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO      (D) ATB na casa<br/>05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS</p> <p>PROCEDIMENTO</p> <p>(D) Atend.</p>   |  |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <p>DIAGNÓSTICO</p> <p>(D) Exposta tu</p> <p>CID-10</p> <table border="1"> <tr> <td>MEDICAÇÃO</td> <td colspan="3">ENCAMINHAMENTO</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA<br/> <input type="checkbox"/> 2. APLICADA         </td> <td> <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO<br/> <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL         </td> <td> <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA<br/> <input type="checkbox"/> ÓBITO         </td> <td> <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO<br/> <input type="checkbox"/> OUTROS         </td> </tr> <tr> <td colspan="4">SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO</td> </tr> <tr> <td>1 -</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>+</td> <td>b</td> </tr> <tr> <td>2 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 -</td> <td>a</td> <td>a</td> <td></td> <td></td> <td>s</td> <td>a</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>+</td> </tr> <tr> <td colspan="11">Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos</td> </tr> </table> <p>Médico / Crm / Cns      CBO<br/>         JOSÉ CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000-0000</p> <p>ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL      Polgar Direito</p> <p>ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo      ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo</p> <p>(D) Erlane da S. Zicocida</p> |  |   |  |               | MEDICAÇÃO | ENCAMINHAMENTO |   |   | <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA<br><input type="checkbox"/> 2. APLICADA | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO<br><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA<br><input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO<br><input type="checkbox"/> OUTROS | SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO |  |  |  | 1 - | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | + | b | 2 - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3 - | a | a |  |  | s | a |  |  |  | + | Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MEDICAÇÃO   | ENCAMINHAMENTO   |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA<br><input type="checkbox"/> 2. APLICADA   | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO<br><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA<br><input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO<br><input type="checkbox"/> OUTROS |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO  |  |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 -   | 0  | 3   | 0  | 1             | 0         | 1              | 0 | 0 | +   | b  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 -   |  |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 -   | a  | a   |  |               | s         | a              |   |   |   | +  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos   |  |   |  |               |           |                |   |   |   |  |   |  |  |  |  |  |     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |   |   |  |  |   |   |  |  |  |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |





ESTADO DA PARAÍBA  
**Hospital Regional de Pombal**  
**Senador "RUI CARNEIRO"**  
**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS**



Data de Emissão

Nome do Paciente:

Fernando Gomes Pereira

Documento de Identificação

Filiação:

Data de Nascimento:

Município:

Endereço do Paciente:

Motivo da Solicitação

Fratura de clavícula.

Procedimento Solicitado

Abertura do osteosíntese.

Código

Prontuário do Solicitante Data:

Dr. Fernando A. Carreiro  
MÉDICO  
CRM-PB 12050 05/09/19

Autorização Data:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Senha da Central de Marcação de Consulta

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Unidade Solicitante:

Código

Unidade Prestadora

Código

Data e hora da Realização do Procedimento:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_

Assinatura do Usuário:

Assinatura e Carimbo do Prestador:

Caso não assine, aplicar o polegar direito ao lado ➔

Scanned by CamScanner



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



AZUL  VERDE  AMARELA  LARANJA  VERMELHA

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

PACIENTE:

NOME: Francisco de Souza Pereira DATA DE NASCIMENTO: 15/04/1945 IDADE: 26 SEXO: M

COR: \_\_\_\_\_ RG/CNH: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: Francisca Souza de Souza PROFISSÃO: Pescador

CARTÃO DO SUS: 706 3058 RG/CNH: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Rua 5 de Julho

ESTADO: PB CEP: 55340-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 05 DATA DE ATEND: 05/04/2014

SINAIS VITIAIS:

PA: 320x70 SPO: 96% FC: 101 R: - HGT: 131m/67

MEDICAÇÃO EM USO: \_\_\_\_\_

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_

Francisco de Souza Pereira é paciente com MSB, que tem 14 dias de duração, com sintomas de dor no lado direito, com intensidade moderada.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: RX de MIO

RESULTADOS: Padrão com diminuição de espessura.

PREScrição MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1º Propranolol 0,1mg + 100mg 15/05

2º Cefazolin 2g 0x10 + 100mg 15/05

3º Sulfam 500 3.0 vials + cinturão

4º

5º

Israyane Santos Bento  
Técnica em Enfermagem  
COREN-PB: 001 188 270

Afonso A. Carvalho  
Médico  
CRM-PB 12057

Scanned by CamScanner



**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

**OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:**

Às 15:00 h da entrada concluída pelo E.B.  
máxima acidente moto representando  
em 100% lesão vertebral, foi realizada  
redução e fix. ao exame rotina definida

ASS./COREN:

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

**MEDICAÇÃO:**

|   |   |                                     |                                     |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - PRESCRIÇÃO | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO     | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> 2 - APLICADA   | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> ÓBITO      | <input type="checkbox"/> OUTROS     |

**ENCAMINHAMENTO:**

**SERVIÇOS REALIZADOS:**

| CÓDIGO/PROCEDIMENTO | ATIV. PROF. | TIPO ATEND. | GRUPO ATEND. | FAIXA ETÁRIA |
|---------------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
|                     |             |             |              |              |

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSITENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

*+ Evandro da S. Andrade*

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





GOVERNO  
DA PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
“SENADOR RUI CARNEIRO”



## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que

Pezinha

François de Souza

portador do RG

Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das

Sendo portador da infecção CID-10

Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas  
por um período de (60) (seisenta) dias, a  
partir desta data.

Pombal-PB, 08 de 04 de 2019

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 7801/TEOT 15253

Assinatura e Carimbo do Médico

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o  
Dr. \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



|   |  |  |                           |
|---|--|--|---------------------------|
| <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>                              |  |  |                           |
| <b>DETAN - PB</b> <b>Nº 9910114564</b><br><b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b> |  |  |                           |
| VIA   | CÓD. REG. PRT - 20120900007084 - SERVIÇO |  |                           |
| 1   | 35853415-1 00/00000000 2012              |  |                           |
| NOME  |  |  |                           |
| FRANCISCO DE ASSIS M DE CASTRO  |  |  |                           |
| CPF / CNPJ  | PLACA                                    |  |                           |
| 14774383864   | OEY7669/1-B                              |  |                           |
| PLACA ANTI / UF   | CHASSI                                   |  |                           |
| NOVO  | PB 9C2KC1650BR555970                     |  |                           |
| ESPECIE / TIPO  | COMBUSTÍVEL                              |  |                           |
| PAC / MOTOCICLETA / MOTO TITAN  |  |  |                           |
| MARCA / MÓDELO  | ANO FAB.                                 | ANO MOD.   |                           |
| HONDA/CG 150 TITAN ESD  | 2011                                     | 2011   |                           |
| CAP / POT / CIL   | CATEGORIA                                | COR PREDOMINANTE   |                           |
| 2 P/149 /CI   | PARTIC                                   | PRETA  |                           |
| COTA UNICA  | VENC. COTA UNICA                         | VENC / COTAS   |                           |
| P IPVA PAGO EM  | 06/11/2012                               | 1 <sup>o</sup>   |                           |
| V FAIXA IPVA  | PARCELAMENTO / COTAS                     | 2 <sup>o</sup>   |                           |
| A *****   | 0  | 3 <sup>o</sup>   |                           |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)  | IOF (R\$)                                | PRÉMIO TOTAL (R\$)   | DATA DE PAGAMENTO         |
| *****   | *****                                    | *****  | SEGURO P A G O 05/11/2012 |
| OBSERVAÇÕES   |  |  |                           |
| A. F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA  |  |  |                           |
| POMBAL  |  | 06/11/2012   |                           |
| 366   |  | 14214  |                           |
| EXPEDIDOR   |  | Rodrigo Augusto de Carvalho Costa<br>Diretor Superintendente - DETRAN/PB |                           |

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

**PB Nº 9910114564 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

EXERCÍCIO  
FRANCISCO DE ASSIS M DE CASTRO

CPF / CNPJ \_\_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_\_

14774383864 OEH7669/PB

**BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**PB Nº 9910114564 2012/06/11/2012**

VIA \_\_\_\_\_ CPF / CNPJ \_\_\_\_\_ PLACA \_\_\_\_\_

FRANCISCO DE ASSIS M DE CASTRO RENAVAM \_\_\_\_\_ MARCA / MÓDELO \_\_\_\_\_

ANO FAB. \_\_\_\_\_ CAT TARIF. \_\_\_\_\_ N° CHASSI \_\_\_\_\_

1 14774383864 OEH7669/PB

**PRÉMIO TARIFÁRIO**  
358534151 ALG HONDA/CG 150 TITAN E

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

2011 9 9C2KC1650BR555970 IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\* MIGAMENTO SEGURADO ADATG DE OBTURAÇÃO

\*\*\*\*\* COTA UNICA PARCELADO

**Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A**

CNPJ: 09.248.608/0001-04

14214-1139453-20121106

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235



93leônico viassissu. da costa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ESTADO DA PARAÍBA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.367.895 - 2<sup>a</sup> VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 26/11/2013

FRANCISCO DE ASSIS MENDES DE CASTRO

RES. 4000

ANTONIO MENDES DE CASTRO  
RITA FERNANDES DA COSTA

RES. 4000

PONCA L. PB

DOC

CERT

Nº5969 - LIV.B-16 - FLS.276V - CARTÓRIO POMAL-PO

CONF

147.143.310-64

ASSINATURA DO PIMENTON

LEI N° 7.116 DE 29/09/83

Este documento é eletrônico





CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR  
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
2º COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR  
GABINETE DO COMANDANTE  
BM - 3

VISTO  
✓ *[Signature]*  
Comandante 2º CBM/6º BBM

Jardel Alves Leite 1º TEN QOBM  
Matr.. 525.954-1

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 012/2019

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 12h51min do dia 05 de abril do ano de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo colisão carro x moto, ocorrida na BR-230 em frente ao Terminal Rodoviário, bairro Santa Rosa, Pombal-PB.

**MOVIMENTO DO SOCORRO:** Hora do aviso: 12h51min#####

**RELATO DO EVENTO:** Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar encontrou a vítima, senhor **FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA**, que era condutor da moto e colidiu com uma Viatura da Polícia Militar. A vítima se encontrava ao solo em posição de decúbito dorsal com suspeita de fratura fechada de fíbula em membro inferior direito. A vítima estava consciente e orientada com sinais vitais preservados. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzido ao Hospital Regional de Pombal. #####

**VITIMAS FATAIS: NÃO HOUVE#####**

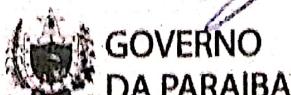
**SOCORRISTAS:** CB BM MATR. 527.414-1 MARCELA FLORÊNCIO DO ORIENTE  
SD BM MATR. 527.439-7 NIELITON RENAN SILVA DE MENEZES  
SD BM MATR. 526.065-5 LEANDRO GALDINO AMORIM

**SOLICITANTE DA CERTIDÃO:** FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA RG: 3615145-  
SSDS/PB.

Pombal, 15 de abril de 2019.

*[Signature]*  
Antônio Andeson Lucena Ribeiro  
1º Ten - QOBM  
Mat. 527 317-0

**GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM**  
Chefe da B/3 da 2ºCBM/6ºBBM



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia  
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58040-000 - Pombal-PB  
Fone: (83) 3431-3548 - email: [bombeiros.pombal@gmail.com](mailto:bombeiros.pombal@gmail.com)

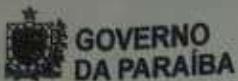


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 19/09/2019 17:36:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091917362801800000023800075>  
Número do documento: 19091917362801800000023800075

Num. 24585876 - Pág. 1



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
"SENADOR RUI CARNEIRO"



## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que Enemais de Souza  
Renato portador do RG \_\_\_\_\_.

Foi submetido (a) à consulta médica nessa data, no horário das \_\_\_\_\_ horas,  
Sendo portador da infecção CID-10 S82.2

Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas  
por um período de 45 (Quarenta e cinco) dias, a  
partir desta data.

Pombal-PB, 01 de 07 de 20 19

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 7301 TEC/OT 15253  
Assinatura e Carimbo do Médico

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o  
Dr. \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.





**SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE POMBAL - SUS**  
CNPJ 10.602.526/0001-03

## **ATESTADO MÉDICO**

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que  
Fernando de Souza Lima.

Portador do RG \_\_\_\_\_, foi submetido à  
consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_ horas,  
Sendo portador da Infecção CID-10 S82.7.  
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades  
laborativas por um período de 60 (Sexta)  
dias, a partir desta data.

Pombal-PB, 17 de 08 de 2019

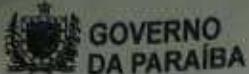
Assinatura e Carimbo do Médico

### **AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr. \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do Paciente ou Responsável





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
"SENADOR RUI CARNEIRO"



## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que François de Souza  
Pinelina portador do RG \_\_\_\_\_

Foi submetido (a) à consulta médica nesta data, no horário das \_\_\_\_\_ horas,  
Sendo portador da infecção CID-10 382.2

Em decorrência, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas  
por um período de (60), (dezoito) dias, a  
partir desta data.

Pombal-PB, 08 de 04 de 2019

Dr. José Cassimiro Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 7801 TEOT 15253

Assinatura e Carimbo do Médico

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo  
Dr. \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável





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, 22 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318626**

**Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA**

**Data do Acidente: 05/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00323/00324 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14341377



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 19/09/2019 17:36:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091917363005500000023799721>  
Número do documento: 19091917363005500000023799721

Num. 24585872 - Pág. 1

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, 11 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190318626**

**Vítima: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA**

**Data do Acidente: 05/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Nome:** FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

**Nit:** 1618648534-0

**Aps:** 13.0.21.100 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL POMBAL

**Número do Benefício:** 628591850-7

**Data de Concessão do Benefício:** 22/07/2019

Comunicamos que lhe foi concedido **AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO (31)** número **628591850-7** requerido em **01/07/2019** com renda mensal de **R\$ 998,00** com início de vigência a partir de **01/07/2019**.

Caso não tenha feito opção pelo crédito em conta corrente ou poupança, compareça na instituição bancária indicada abaixo, munido obrigatoriamente do documento de identificação apresentado no ato do requerimento do benefício. Os créditos subsequentes serão efetuados no **5º** dia útil de cada mês.

Confira o seu nome, o endereço impresso abaixo e, em caso de erro, compareça à Agência da Previdência Social para que sejam providenciadas as devidas correções.

**Dados do Pagamento do Benefício**

**Órgão Pagador / Agência Bancária:** 835.636 / BRADESCO - POMBAL - PB

**Endereço:** RUA TE. AURELIO CAVALCANTE, 86 - CENTRO

As aposentadorias por idade, tempo de contribuição e especial concedidas pela Previdência Social, são irreversíveis e irrenunciáveis, após o saque do primeiro pagamento ou do PIS, PASEP ou FGTS.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 1909199EWQ9T45



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 19/09/2019 17:36:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091917363204000000023799718>  
Número do documento: 19091917363204000000023799718

Num. 24585869 - Pág. 1

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**Histórico de Créditos**

19/09/2019 08:29:38

**Identificação do Filiado**

**NIT:** 161.86485.34-0      **CPF:** 102.830.934-12      **Data de Nascimento:** 15/04/1991

**Nome:** FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

**Nome da mãe:** FRANCISCA SOARES DE SOUSA

**Compet. Inicial:** 08/2019

**Compet. Final:** 09/2019

**Créditos do Benefício**

**NB:** 6285918507

**Espécie:** 31 - AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

**APS:** 13021100 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL POMBAL

**Data de Início do Benefício (DIB):** 01/07/2019

**Data de Cessação do Benefício (DCB):** 12/11/2019

**Data de Início do Pagamento (DIP):** 01/07/2019

**MR:** R\$ 998,00

| Competência | Período                 | Valor Líquido | Meio de Pagamento      | Status | Previsão do Pagamento | Data do Pagamento | Crédito Invalidado | Isento IR |
|-------------|-------------------------|---------------|------------------------|--------|-----------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| 08/2019     | 01/08/2019 a 22/08/2019 | R\$ 898,19    | CMG - CARTAO MAGNETICO | Pago   | 06/09/2019            | 06/09/2019        | Não                | Sim       |

Banco: 237 - BRADESCO OP: 827623 - FLORICULTURA ROSA MORENA-BRADESCO EXPRES Ocorrência: Pagamento Efetivado

Data Cálculo: 17/08/2019 Origem: Geração de creditos mensais. Validade Início: 06/09/2019 Fim: 31/10/2019

| Código | Descrição Rubrica                | Valor      |
|--------|----------------------------------|------------|
| 101    | VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO     | R\$ 731,86 |
| 104    | VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO | R\$ 166,33 |

| Competência | Período                 | Valor Líquido | Meio de Pagamento      | Status | Previsão do Pagamento | Data do Pagamento | Crédito Invalidado | Isento IR |
|-------------|-------------------------|---------------|------------------------|--------|-----------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| 08/2019     | 23/08/2019 a 31/08/2019 | R\$ 266,13    | CMG - CARTAO MAGNETICO | Pago   | 28/08/2019            | 06/09/2019        | Não                | Sim       |

Banco: 237 - BRADESCO OP: 827623 - FLORICULTURA ROSA MORENA-BRADESCO EXPRES Ocorrência: Pagamento Efetivado

Data Cálculo: 23/08/2019 Origem: Pag. Alternativo de Benef. Validade Início: 28/08/2019 Fim: 31/10/2019

| Código | Descrição Rubrica            | Valor      |
|--------|------------------------------|------------|
| 101    | VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO | R\$ 266,13 |
| 337    | CP-REATIVACAO                | R\$ 266,13 |

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



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 19/09/2019 17:36:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091917363329300000023799715>  
 Número do documento: 19091917363329300000023799715

Num. 24585866 - Pág. 1

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**Histórico de Créditos**

19/09/2019 08:29:38

**Identificação do Filiado**

**NIT:** 161.86485.34-0

**CPF:** 102.830.934-12

**Data de Nascimento:** 15/04/1991

**Nome:** FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

**Nome da mãe:** FRANCISCA SOARES DE SOUSA

**Compet. Inicial:** 08/2019

**Compet. Final:** 09/2019

| Competência | Período                 | Valor Líquido | Meio de Pagamento      | Status | Previsão do Pagamento | Data do Pagamento | Crédito Invalidado | Isento IR |
|-------------|-------------------------|---------------|------------------------|--------|-----------------------|-------------------|--------------------|-----------|
| 09/2019     | 01/09/2019 a 30/09/2019 | R\$ 998,00    | CMG - CARTAO MAGNETICO |        | 07/10/2019            |                   | Não                | Sim       |

Banco: 237 - BRADESCO OP: 827623 - FLORICULTURA ROSA MORENA-BRADESCO EXPRES Ocorrência: Divergência Cadastramento/Crédito

Data Cálculo: 07/09/2019 Origem: Geração de creditos mensais. Validade Início: 07/10/2019 Fim: 29/11/2019

| Código | Descrição Rubrica            | Valor      |
|--------|------------------------------|------------|
| 101    | VALOR TOTAL DE MR DO PERÍODO | R\$ 998,00 |



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>  
com o código 190919A8SGSA08

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



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 19/09/2019 17:36:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091917363329300000023799715>  
Número do documento: 19091917363329300000023799715

Num. 24585866 - Pág. 2



Estado da Paraíba  
Poder Judiciário  
3ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0802133-94.2019.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO CQMUM CIVEL (7)

Assunto: [ACIDENTE DE TRANSITO, CNH - CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO]

Autor(a): FRANCISCO DE SOUSA PÉREIRA

Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

*Vistos.*

Tendo em vista o requerimento inserto na peça vestibular e a declaração de insuficiência econômica acostada aos autos, concedo os benefícios de assistência judiciária gratuita à parte promovente (art. 98 do CPC).

Ademais, vislumbro que a petição inicial não observou o que dita o art. 319, do CPC.

Dispõe o dito dispositivo:

Art. 319. A petição inicial indicará:

I - o juízo a que é dirigida;

II - os nomes, os prenomes, o estado civil, a existência de união estável, a profissão, o número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas ou no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica, o endereço eletrônico, o domicílio e a residência do autor e do réu;

III - o fato e os fundamentos jurídicos do pedido;

IV - o pedido com as suas especificações;

V - o valor da causa;

VI - as provas com que o autor pretende demonstrar a verdade dos fatos alegados;

VII - a opção do autor pela realização ou não de audiência de conciliação ou de mediação.

§ 1º Caso não disponha das informações previstas no inciso II, poderá o autor, na petição inicial, requerer ao juiz diligências necessárias a sua obtenção.

§ 2º A petição inicial não será indeferida se, a despeito da falta de informações a que se refere o inciso II, for possível a citação do réu.

§ 3º A petição inicial não será indeferida pelo não atendimento ao disposto no inciso II deste artigo se a obtenção de tais informações tornar impossível ou excessivamente oneroso o acesso à justiça.

Na hipótese em apreço, tem-se que o autor não observou o requisito delineado no inciso VII.

Assim, na forma do art. 321, do CPC, intime-se a parte autora para, no prazo legal, emendar a inicial, sob pena de indeferimento, para fim de observar o que está disposto no inciso VII, do art. 319 do CPC, isto é, para manifestar interesse ou não pela realização de audiência conciliatória.

Expedientes e diligências necessárias.

Cumpra-se.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA** – Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 03/10/2019 00:30:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19093009414920900000024049781>

Número do documento: 19093009414920900000024049781

Num. 24851799 - Pág. 1

Valor da causa: R\$ 6.750,00



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 03/10/2019 00:30:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19093009414920900000024049781>  
Número do documento: 19093009414920900000024049781

Num. 24851799 - Pág. 2

Segue petição em Anexo.



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 04/03/2020 10:19:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030410190766800000027718134>  
Número do documento: 20030410190766800000027718134

Num. 28755935 - Pág. 1



**FERNANDES WANDERLEY**  
A D V O C A C I A

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA MISTA  
DA COMARCA DE POMBAL-PB**

**Processo nº 0802133.94.2019.8.15.0301**

**FRANCISCO DE SOUSA FERREIRA**, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, vem, respeitosamente perante Vossa Excelência, através de seu advogado, que a este subscreve, apresentar **EMENDA A INICIAL**, com base nos fatos e fundamentos a seguir;

Em resposta ao **despacho de anexo 24851799**, na qual o conforme o artigo 319, VII do CPC/15, manifestar o interesse em que se ocorra a audiência de conciliação, assim como é solicitado por Vossa Excelência.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Pombal – PB, 04 de Março de 2020.

**Dr. Rhaniel Bezerra Wanderley e Lima**  
OAB/PB 20.538

**Thales de Araujo Almeida**  
Estagiário de Direito



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 04/03/2020 10:19:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030410190918200000027718426>  
Número do documento: 20030410190918200000027718426

Num. 28756377 - Pág. 1



## FERNANDES WANDERLEY

A D V O C A C I A

---

Pombal-PB – Trav. Cel. João Carneiro, nº 248, 01 andar, Centro, CEP: 58.840-000  
Fones: Tele- (83) 3431-2035 - (83) – 9 9928-3795– (83) 9 9654-1973  
e-mail: [rhaniel20538@gmail.com](mailto:rhaniel20538@gmail.com)



Assinado eletronicamente por: RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA - 04/03/2020 10:19:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030410190918200000027718426>  
Número do documento: 20030410190918200000027718426

Num. 28756377 - Pág. 2



Estado da Paraíba  
Poder Judiciário  
3ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0802133-94.2019.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CIVEL (7)

Assunto: [Acidente de Trânsito, CNH - Carteira Nacional de Habilitação]

Autor(a): FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

*Vistos.*

Antes de dar prosseguimento ao presente feito, certifique-se a Escrivania, mediante consulta no sistema STI e PJE, se há processo contendo a mesma causa de pedir (mesmo acidente), as mesmas partes e com o mesmo pedido em trâmite ou arquivado relativas ao Seguro DPVAT. Cumpra-se

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA** – Juiz de Direito

Valor da causa: R\$ 6.750,00



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 09/04/2020 08:55:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040908555470200000028580851>  
Número do documento: 20040908555470200000028580851

Num. 29702743 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba

3ª Vara Mista de Pombal

Rua José G. de Santana, 414, Centro, POMBAL - PB - CEP: 58840-000

**Número do Processo: 0802133-94.2019.8.15.0301**

**Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Assunto: [Acidente de Trânsito, CNH - Carteira Nacional de Habilitação]**

**Polo ativo: AUTOR: FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA**

**Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### **CERTIDÃO**

Certifico e dou fé em razão da pandemia não foi possível a pesquisa em cartório pelo sistema STI.

Certifico, por fim, que no sistema PJE não existe outro processo com a mesma causa de pedir (mesmo acidente), as mesmas partes e com o mesmo pedido em trâmite ou arquivado relativas ao Seguro DPVAT.

POMBAL, 10 de maio de 2020

ALANA ARAUJO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: ALANA ARAUJO DA SILVA - 10/05/2020 21:41:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051021411462500000029323132>  
Número do documento: 20051021411462500000029323132

Num. 30527650 - Pág. 1



Estado da Paraíba  
Poder Judiciário  
3ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 0802133-94.2019.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [Acidente de Trânsito, CNH - Carteira Nacional de Habilitação]

Autor(a): FRANCISCO DE SOUSA PEREIRA

Ré(u): SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DESPACHO**

*Vistos.*

**DESIGNE-SE** data para realização da perícia de acordo com a disponibilidade e ajuste prévio com o perito(a), a realizar-se no Fórum Local desta Comarca, conforme abaixo determinada.

**CITE-SE E INTIME-SE** a parte ré. O prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do NCPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do NCPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro DPVAT somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do NCPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder (Convênio nº 15/2014).

Para realização de perícia na parte autora, NOMEIO o Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto CRM-PB 8679, fixando honorários de R\$ 200,00 (duzentos reais), a título de honorários periciais – cujo depósito pela promovida dar-se-á em momento posterior, estando ele já ciente da nomeação, data e horário da perícia.

Intime-se a Seguradora para efetuar o pagamento em 15 dias a contar da intimação, devendo providenciar a comprovação de pagamento das perícias realizadas nos autos.

Poderão as partes, dentro de 15 (quinze) dias, contados da intimação do despacho de nomeação do perito: I - arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso; II - indicar assistente técnico; III - apresentar quesitos.

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

Procedam-se com os expedientes necessários à feitura do exame pericial.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos.

**INTIMEM-SE** a parte autora (**PESSOALMENTE**, ressaltando no mandado que sua presença é indispensável para a realização da perícia), e seu advogado, para comparecerem ao ato.

**Cópia deste despacho digitalmente assinado servirá como mandado de citação/intimação.**

Cumpra-se.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA** – Juiz de Direito

Valor da causa: R\$ 6.750,00