

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11115073

A/C: MANOEL PAULO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170306236 ASL-0213142/17

Vitima: MANOEL PAULO DA SILVA

Data Acidente: 14/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11117559

A/C: MANOEL PAULO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170306236 ASL-0213142/17

Vítima: MANOEL PAULO DA SILVA

Data Acidente: 14/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11332828

A/C: MANOEL PAULO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170306236 ASL-0213142/17

Vitima: MANOEL PAULO DA SILVA

Data Acidente: 14/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **13/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL PAULO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170306236**
Vitima: **MANOEL PAULO DA SILVA**
Data do Acidente: **14/11/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170306236**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12236825





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

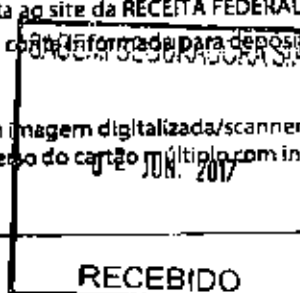
EU, Newton Paulo da Silva
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2420403 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 26/05/04 E
 CPF 625042634-8 / CNPJ 00000000-0000-00. PROFISSÃO Agente
 E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Newton Paulo da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0047 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00040635-0

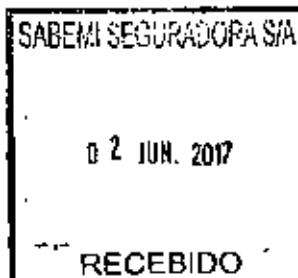
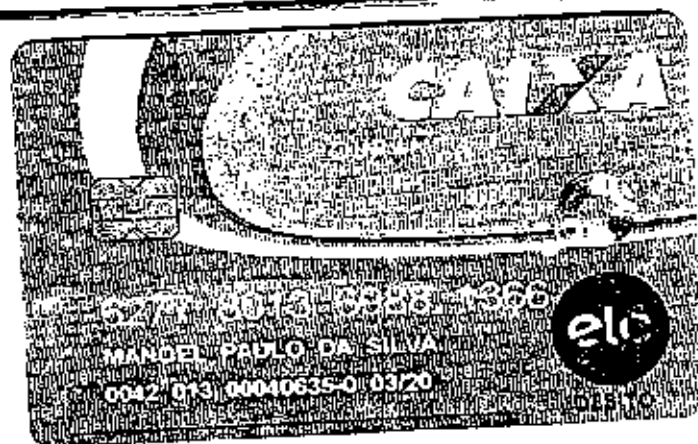
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

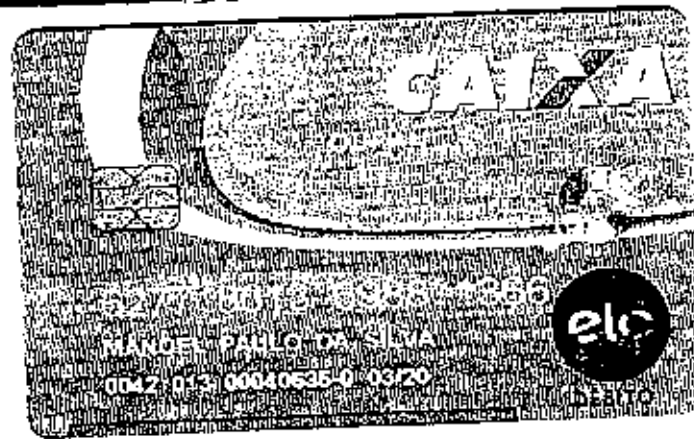
Assinatura 23 de Junho de 2004
 LOCAL E DATA

Assinatura
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidade permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00702.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00702.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:18 horas do dia 06 de abril de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Manuel Paulo da Silva**, CPF nº 675.072.634-87, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Luzia da Silva e José Paulo da Silva Neto, natural de Mamanguapó/PB, nascido(a) em 15/10/1971 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Pitomba, complemento sítio, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo a Cidade Araújo - Pb, na cidade de Araújo/PB, telefone(s) para contato (83) 00000-0000.

Dados do(s) Fatos:

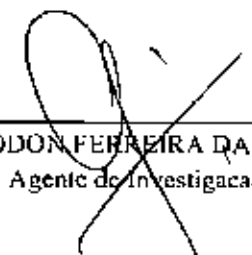
Local: Rua Principal, Outros, Itapororoca/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 14/11/16 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN KS, DE COR VERMELHA, ANO 2003/2004, DE PLACA MMW-4859-PB, CHASSI Nº 9C2JC30104R027486, EM NOME DE FRANCISCO DE ASSIS DE ANDRADE, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTO SE LESIONANDO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, CONFORME CERTIDÃO Nº 0262/2017, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 904696, PRONTUÁRIO Nº 2016.11.001273, ASSINADO PELO DR DE CRM Nº 2959-PB. O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de abril de 2017.

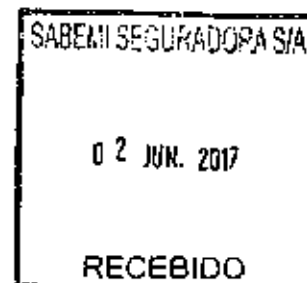


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação



MANOEL PAULO DA SILVA
Noticiante

A Recbo
e João Nicolau V. Coelho



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO



EU, Manoel Paulo da Silva, portador da carteira de identidade nº 2420.413 e inscrito no CPF sob o nº 645.082.634,84 residente e domiciliado na Sítio Piuca, S/N - Zona Rural, Cidade Auracari, Estado Pernambuco, 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:

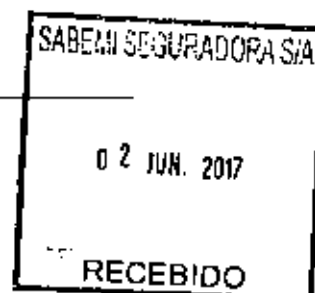
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

[Assinatura]
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Auracari, 23 de Janeiro de 2017
Local e data



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

EU, Manoel Paulo da Silva, portador da carteira de identidade nº 2.420.413 e inscrito no CPF sob o nº 645.042.634,84 residente e domiciliado na Sítio Pau da, S/N - Zona Rural, Cidade Anacardi, Estado Pernambuco, 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:

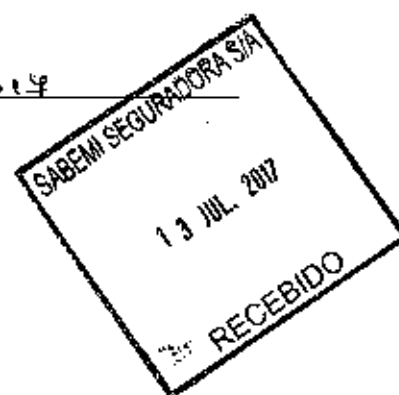
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Manoel Paulo da Silva
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Anacardi, 23 de janeiro de 2014
Local e data





COMPROVAÇÃO ATO DECLARATÓRIO

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO



Nº. 0262/2017

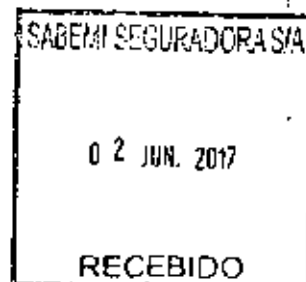
Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO, de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N°904696 e Prontuário N° 2016.11.001273, pertencentes a **MANOEL PAULO DA SILVA**, que foi atendido dia 14/11/2016 às 10H18min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos osso do antebraço esquerdo. Retornou dia 24/11/16, para procedimento cirúrgico que foi realizado dia 28/11/16. Alta dia 30/11/16.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Fevereiro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



EU, Wenivaldo Raimundo da Silva

RG nº 2.470.413, data de expedição 26/05/04,
Órgão SSP/PM, CPF nº 645.042.634-84, 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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Grande</u>
Número	<u>SIN</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Água Vermelha</u>
Cidade	<u>Auracanga</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58940-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3312-8500 / 98432-6361 / 98660-2858</u>
E-mail	<u>alexandersonsilva@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Auracanga / 23/01/14

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



RECEBIDO



CTG RECIBO PE JUA PLS
JOSE EDUARDO DA SILVA
R JOAO MACHADO 399
SALA CENTRO
58013-520 JOAO PESSOA PB

Adesão Claro - Lique 1052
Assinatura Adesão - Lique 1052
Na Web - www.claro.com.br/miniclaro

DATA DE VENCIMENTO: 15/08/16 - DATA DE POSTAGEM: 04/08/16



7211 11357554828000007251430010816

Número do seu Claro
53 49342 1170

Período de Uso
de 23/06/2016 a 22/07/2016

Vencimento
15/08/2016

Total a Pagar
R\$ 39,87

SABEMI SEGURODORA S/A

02 JUN. 2017

RECEBIDO



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

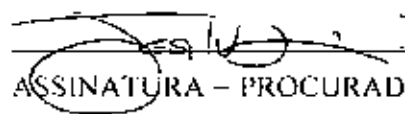
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Manoel Paulo da Silva do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Manoel Paulo da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

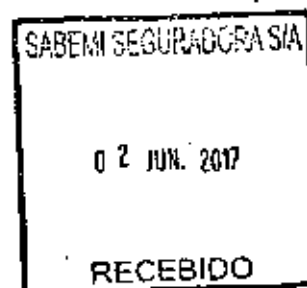
Profissão: Recusou

Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU



ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCO DE ASSIS ALVES DE ANDRADE
RG nº 2606338 SSP data de expedição 29/09/1998
Órgão SSP PB, portador do CPF nº 038147794-0 com
domicílio na cidade de ARACAGI no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
2042 RUA ANTONIO nº 561
complemento 6, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Manoel Pereira da Silva cujo o condutor era
Manoel Pereira da Silva.

Veículo: M.O.T.B
Modelo: 1000 cc CG 125
Ano: 2003 a 2004
Placa: GC2SC302042027486
Chassi: GC2SC302042027486
Data do Acidente: 29-11-2016
Local e Data: Itapocoma em PB

Francisco de Assis Alves de Andrade
Assinatura do Declarante

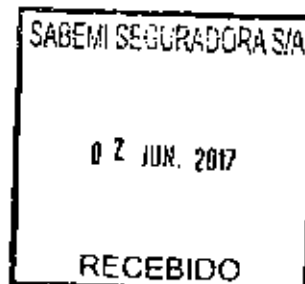


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

J. FIGUEIRÓ SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR - CARGO DO ÚNICO OFÍCIO DE ARACAGI-PB
Rua Castelo Branco 73 - Castelo Branco - CEP: 57700-000 - Fone: (33) 3221-1010 - E-mail: cfr@figueiroa.com.br
SYMONNE DE LIMA FIGUEIRÓ - Cônego Titular



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: FRANCISCO DE ASSIS ALVES DE ANDRADE
Em testada verdade. Aracagi-PB 12/12/2016 08:23:07
Symonne de Lima Figueiró - Titular
(2016-093275)ENL:Rt 03,49 FAPEN:Rt 0,25 FEPJ:Rt 1,70
SELO DIGITAL: 4EB67306-THCK
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





CERTIDÃO


Nº. 0262/2017

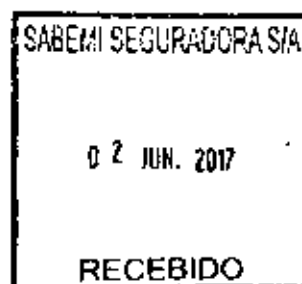
Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO, de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de N°904696 e Prontuário N° 2016.11.001273, pertencentes a **MANOEL PAULO DA SILVA**, que foi atendido dia 14/11/2016 às 10H18min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos osso do antebraço esquerdo. Retornou dia 24/11/16, para procedimento cirúrgico que foi realizado dia 28/11/16. Alta dia 30/11/16.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Fevereiro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANSABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 904696 ~~Atd: Nao Regu~~
Data: 14/11/2016
Hora: 10:18:33
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MANOEL PAULO DA SILVA

Num. Prontuario: 2016.11.001273

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/10/1971 Id: 45 ano(s)

End.: DE PITOMBAS, SNPOVOADO

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARACAGI UF: PB

Pai: ND

Mae: MARIA LUZIA DA SILVA

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ENFERMEIRO JEFERSON MEDEIROS

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: PAC. VITIMA DE ACIDENTE JA RELATADO PELO TRAUMA

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal:

Trauma no antebraço

[Assinatura]
Priscila Rafaela de A. Fialho
ENFERMEIRA
COREN-PB 222453

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

SABEMI SEGURADORA S/A

02 JUL 2017

RECEBIDO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Manoel Roberto Silva</u>				Registro: _____	
Idade: _____	Sexo: _____	Cor: _____	Clinica: _____	EMP: _____	LR: _____
Data: <u>28/11/16</u>	Cirurgião: <u>Dr. Roberto Silva</u>			1º Assistente: <u>Dr. Roberto Silva</u>	
2º Assistente: _____		3º Assistente: _____		Instrumentador: _____	
Anestesista: <u>Dr. Roberto Silva</u>		Tipo Anestesia: _____		Horário: I: _____ T: _____	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Tumor de corpo do antebraço</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Ressecção cirúrgica</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				<div>SABEMI SEGURADORA S/A</div> <div>02 JUN. 2017</div> <div>RECEBIDO</div>	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em decúbito dorsal
- (2) Limpeza da pele
- (3) Posicionamento da pele e do tecido adiposo + do pericóteo
- (4) Campo

Incisão:

- (5) Incisão longitudinal para o esterno e para a axila.

Achados:

- (6) Dorso, pulmão e fígado com pleura e CP para o esterno e para a axila.

Conduta:

- (7) Do do por pleurotomia
- (8) Pleurotomia.

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Maurício Paulo do Silva
IDADE: _____ SEXO: _____ COR: _____ CLÍNICA: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____ DATA DE ALTA: _____ ENE: _____ LEITO: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL: _____ TEMPO DE PERMANÊNCIA: _____

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: fr. ossos do pé direito CID: _____

OUTROS DIAGNÓSTICOS: _____

PRINCIPAIS EXAMES: O Baxiloway

PROCEDIMENTO REALIZADO: RADI

TERAPIA MEDICAMENTOSA: _____

ANATOMIA PATOLÓGICA: _____

INFECÇÃO S.O. ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA: _____ COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: paciente admitido com fratura de osso do pé direito, após tratamento cirúrgico, evoluiu bem, sem complicações, sendo encaminhado para alta.

DIETA: _____

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Kefta

RETORNO: Ao posto de saúde em _____
Ao Ambulatório do _____

DATA: 29/11/17

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.

Para OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. João para retirada de pontos: _____
Ortopedia e Traumatologia
Cidade de Mangabeira
03304382

ASS. MÉDICO / CRM: _____

SABEMI SEGURADORA S/A

02 JUN. 2017

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MANOEL PAULO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	15/10/71
NOME DA MÃE	MARIA LUZIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	960.956
PRONTUÁRIO N.º	98.629
DATA DO ATENDIMENTO	13/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	23:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO
CID 10	V 29 + T 06.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RESGATADO PELO SAMU, PROCEDENTE DE ITAPOROROCA, COM RELATO DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO FRATURA FECHADA NO COTOVELO ESQUERDO + FERIMENTO CORTANTE EM JOELHO DIREITO, COM PERDA DE SUBSTÂNCIA E EXPOSIÇÃO TENDÍNEA + AVULSÃO DE LIGAMENTO COLATERAL. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO ANTEBRAÇO ESQUERDO- FRATURA FECHADA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
RX DO JOELHO DIREITO
RX DE BACIA
RX DE TÓRAX

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FERIMENTO EXTENSO DO JOELHO ESQUERDO COM LIMPEZA EXAUSTIVA, POR RISCO DE CONTAMINAÇÃO = TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURAS DE ANTEBRAÇO ESQUERDO + TALA AXILO PALMAR. TRANSFERIDO AO HOSPITAL ORTOTRAUMA, CONFORME PACTUAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: TRANSFERÊNCIA 13/11/2016
DATA DA EMISSÃO: 26/02/2017

Dr. Joacila Braga Brandão

CRM: 1744/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

02 JUN. 2017

RECEBIDO



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: MANOEL PAULO DA SILVA Data da Admissão: 24/11/16
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: DOA + EDMA em ANTEBRAÇO

HDA: (F) HÁ LESÃO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOR
ALISTADO, COM QUEIXA DE DOR
em ANTEBRAÇO E

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor _____

RECEBIDO

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] JHTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

1) Fratura dos ossos
do antebraço e

Conduta: _____

STAFF

TRAT. CLÍNICO

Dr. Severino



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DI.P62

NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2.420.413 - 2ª Via DATA DE REGISTRO 26-05-2004

NOME MANOEL PAULO DA SILVA

FILIAÇÃO José Paulo da Silva Neto
Maria Luzia da Silva

Mamanguape-PB. 15-10-1971

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cart. Nasc. Nº 6503; fls. 147V; liv. A-7;
Cart. de Araçagi-PB.

675.072 634-87

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2.118 DE 24/02/03

SABEMI SEGUROFA S/A

02 JUN. 2017

RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DI.P62




NÃO ALFABETIZADO

CARTÃO DE IDENTIDADE




TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05701485

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS CÍVIS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 1.362/74)




ASSINATURA DO PORTADOR



05701485



 **ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

CPF: 12578

JOSE EDUARDO DA SILVA

RELIGIÃO

JOSEFA GERVÁSIO DA SILVA
NACIONALIDADE
JOÃO PESSOA-PB
SEX
1.054.562 - SSP/PB
NÃO

DATA DE NASCIMENTO
02/04/1987
SEX
455.515.024-61
SEX
16/04/2015

VITAL REZERIA LOPES
PRESIDENTE

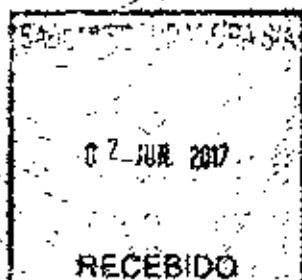
SABEM SEGURADORA S/A

02 JUN. 2017

RECEBIDO



TOSCANI
SERVIÇO NOTARIAL



LIVRO: 0191

FOLHA: 131

PROCURAÇÃO

S A I B A M quantos este Público Instrumento de Procuração vem que aos vinte e três dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezessete, nesta cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, perante mim **GERMÃO CARVALHO TOSCANO DE BRITO** - Tabelião do 2º Ofício de Notas da Capital, compareceram partes entre si justas e contratadas, como **OUTORGANTE: MANOEL PAULO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, portador da CI. n. 2.426.413-SS/PE (2ª via) e do CPF n. 675.072.634-87, residente e domiciliado na Sítio Candu, Zona Rural de Aracagi, PB. Assina neste ato a rgo por motivo do outorgante não ser alfabetizado. **CONTRATADA: Conceição do Nascimento**, brasileira, solteira, maior, tecelã, portadora da CI. n. 2.451.792-SS/PE e do CPF n. 945.903.064-13, residente e domiciliada na Rua Polcarpo Quaresimas, n. 308, Bairro Santa Rita, PB, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim, cuja identidade jurídica dou fe. Então, distribam) o(s) **OUTORGANTE(S)** que nomeavam e constituíam-me) **PROCURADORES: JOSE EDUARDO DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, portador do CPF n. 455.536.024-91, inscrito na OAB/PE sob n. 14438-SS/PE e **ALEXANDRA CESAR DUARTE**, brasileira, casada, advogada, portadora do CPF n. 845.502.754-74, inscrita na OAB/PE sob n. 14438-SS/PE, ambos com endereço profissional à Avenida João Machado n. 399, Sala 104, Centro, nesta capital, a quem concede amplos e ilimitados poderes para o Foro em Geral, com as cláusulas **AD JUDICIA - ET EXTRA JUDICIA**, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo em conjunto ou separadamente, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instância, conferindo ainda poderes especiais para confessar, depor, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, poder e ter vista de processos, apresentar razões de defesa, recursos e pedidos de reconsideração, solicitar, juntada e desentranhamento de documentos, apresentar e retirar documentos, assinar e requerer tudo que for necessário, interpor os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, receber e assinar citações, intimações e notificações, pagar taxas, guias e impostos, defender os interesses da outorgante em qualquer ação em que seja réu, autor, assistente, oponente ou de qualquer forma interessado, firmar de ações, nomear advogados em especial de representá-lo junto a qualquer seguradora contratada com DPVAT, onde poderá receber, requerer e assinar todos os documentos que se fizerem necessários para o recebimento do DPVAT (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais de Veículos Auto Motores de via Terrestre), podendo para tanto, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instância, conferindo ainda poderes especiais para confessar, depor, desistir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, apresentar e retirar



LIVRO.: 0191

FOLHA.: 131V

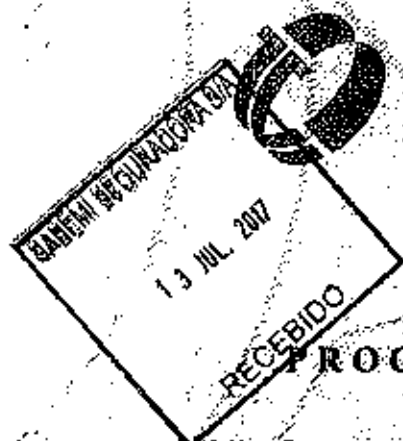
documentos, assinar e requerer tudo que for necessário, interpor os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, pagar taxas, guias e impostos, especialmente para autorização de pagamentos e fornecimento de dados para crédito de indenização de sinistro **DPVAT**, na forma da pagamento contra recibo (ordem de pagamento) junto a qualquer agência do BANCO DO BRASIL S.A., e finalmente usar de tudo mais que se faça preciso ao inteiro e cabal desempenho deste mandato, inclusive **substabelecer**, no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, a quem dará tudo por bom, firme e valioso. Os elementos relativos a qualificação e identificação dos procuradores, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo outorgante, que por eles se responsabiliza. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. **FEITO SOB MINUTA**. Assim o disse(ram) do que dou fé, e me pediu(ram) este instrumento que li e aceitou(aram). Testemunhas dispensadas na forma da Lei. Recolhidas as Taxas FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 5,01, FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 18,46, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 4,62, sendo os Emolumentos R\$ 92,32, pagos em Selo Digital: **AEG94591-AOKT**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Ass.: Manoel Paulo da Silva, a rogo Christiane Gonçalves do Nascimento. Eu, **GERMANO CARVALHO TOSCANO DE BRITO - Tabelião do 2º Ofício de Notas**, a fiz lavrar. Dou fé, subscrevo e assino em público e raso que uso, aos vinte e três dias do mês de janeiro de dois mil e dezessete (23.01.2017).ajs



Em testemunho() da verdade

Tabelião do 2º Ofício
Antônio Justino Souto Falcão
Escrevente





TOSCANO DE BRITO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

LIVRO 0181

FOLHA 131



PROCURAÇÃO

S A I B A M quantos este Público Instrumento de Procuração virem que aos vinte e três dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezessete, nesta cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, perante mim **GERMANO CARVALHO TOSCANO DE BRITO** - Tabelião do 2º Ofício de Notas da Capital, compareceram partes entre si justas e contratadas, como **OUTORGANTE: MANOEL PAULO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, portador da CI n. 2.420.413-SSP/PB (2ª via) e do CPF n. 675.072.634-87, residente e domiciliado no Sítio Candú, Zona Rural de Aracagi-PB. Assina neste ato a rogo por motivo do outorgante não ser alfabetizado, **Christiane Gonçalves do Nascimento**, brasileira, solteira, maior, tecelã, portadora da CI n. 2.451.792-SSP/PB e do CPF n. 043.903.064-13, residente e domiciliada na Rua Pelcarpo Quaresmas, n. 508, Bairro II, Santa Rita-PB, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim, cuja identidade jurídica dou fé. Então, disse(ram) o(s) **OUTORGANTE(S)** que nomeava(m) e constituía(m) seu(s) bastante(s) **PROCURADORES: JOSÉ EDUARDO DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, portador do CPF n. 455.536.024-91, inscrito na OAB/PB sob n. 12578-OAB/PB, e/ou **ALEXANDRA CESAR DUARTE**, brasileira, casada, advogada, portadora do CPF n. 046.502.754-74, inscrita na OAB/PB sob n. 14438-SSP/PB, ambos com endereço profissional à Avenida João Machado n. 399, Sala 101, Centro, nesta capital, a quem concedeu amplos e limitados poderes para o Foro em Geral, com os da cláusula **AD JUDICIA - ET EXTRA JUDICIA**, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo, em conjunto ou separadamente, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instância, conferindo ainda poderes especiais para confessar, depor, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, pedir e ter vista de processos, apresentar razões de defesas, recursos e pedidos de reconsideração, solicitar, juntada e desentranhamento de documentos, apresentar e retirar documentos, assinar e requerer tudo que for necessário, interpor os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, receber e assinar citações, intimações e notificações, pagar taxas, guias e impostos, defender os interesses do mencionado outorgante em qualquer ação em que seja réu, autor, assistente, oponente ou de qualquer forma interessado, variar de ações, nomear advogados em especial de representá-lo junto a qualquer seguradora conveniada com DPVAT, onde poderá receber, requerer e assinar todos os documentos que se fizerem necessários para o recebimento do DPVAT (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais de Veículos Auto Motores de via Terrestre), podendo para tanto, propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando até Superior Instância, conferindo ainda poderes especiais para confessar, depor, desistir, concordar, discordar, firmar compromissos ou acordos, apresentar e retirar





LIVRO.: 0191

FOLHA.: 131V

documentos, assinar e requerer tudo que for necessário, interpor os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, pagar taxas, guias e impostos, especialmente para autorização de pagamentos e fornecimento de dados para crédito de indenização de sinistro **DPVAT**, na forma da pagamento contra recibo (ordem de pagamento) junto a qualquer agência do **BANCO DO BRASIL S.A.**, e finalmente usar de tudo mais que se faça preciso ao inteiro e cabal desempenho deste mandato, inclusive **substabelecer**, no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, a quem dará tudo por bom, firme e valioso. Os elementos relativos a qualificação e identificação dos procuradores, bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo outorgante, que por eles se responsabiliza. A presente procuração pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. **FEITO SOB MINUTA**. Assim o disse(ram) do que dou fé, e me pediu(ram) este instrumento que li e aceitou(aram). Testemunhas dispensadas na forma da Lei. Recolhidas as Taxas FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 5,01, FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 18,46, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 4,62, sendo os Emolumentos R\$ 92,32, pagos em Selo Digital: **AEG94591-AOKT**. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Ass.: Manoel Paulo da Silva, a rogo Christiane Gonçalves do Nascimento. Eu, **GERMANO CARVALHO TOSCANO DE BRITO** - Tabelião do 2º Ofício de Notas, a fiz lavrar. Dou fé, subscrevo e assino em público e raso que uso, aos vinte e três dias do mês de janeiro de dois mil e dezessete (23.01.2017).ajs



Em testemunho(

)da verdade

Tabelião do 2º Ofício
Antônio Justino Souto Falcão
Escrevente

