
Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta n°: 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.seguradoraslider.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

Vitima: 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 inicio 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,



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 informadas 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.seguradoraslider.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

Pag. 00115/00116 - carta_16 - INVALIDEZ
00020058

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, Maurício Pereira da SilveiraPORTADOR(A) DO RG N° 2620403EXPEDIDO POR SSP103EM 26/05/04

CPF 623.092.634-89 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maurício Pereira da Silveira, 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 POUPIANÇA 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 SISDPVAT 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 JUN 2017 com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 3104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0042 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 40635-0

RECEBIDO

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

Nº do BANCO 3104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0042 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 40635-0

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.

Florianópolis, 23 de Junho de 2004
 LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

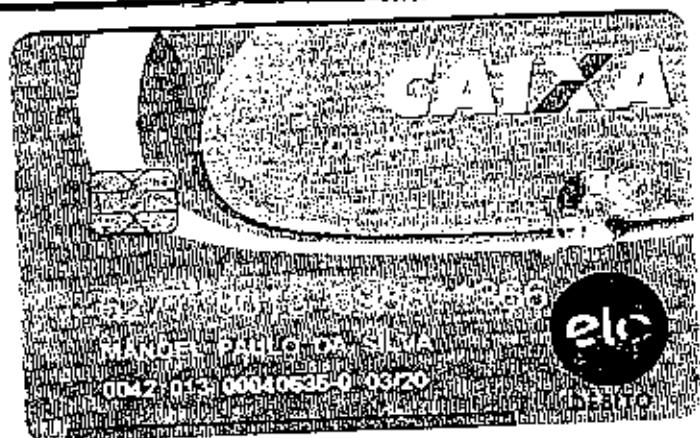
! ATENÇÃO

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 invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de segund 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.dpvasegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SABEMI SEGURODORA S/A
D 2 JUN. 2017
RECEBIDO





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 Mamanguape/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 Proximo a Cidade Araçagi - Pb, na cidade de Araçagi/PB, telefone(s) para contato (83) 00000-0000.

Dados do(s) Fato(s):

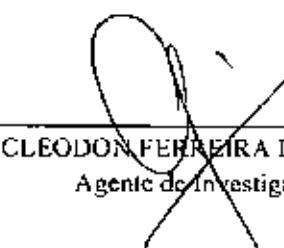
Local: Rua Principal, Outros, Itapororoca/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 14/11/16 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

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 9C2JC3D104R027486, 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

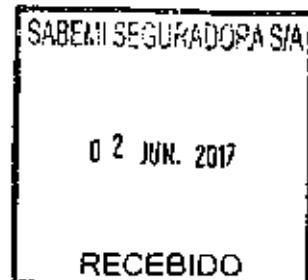
João Pessoa/PB, 06 de abril de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MANUEL PAULO DA SILVA
Noticiante

A RoCo

xFálio Nicolas V Coello



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO



Eu, Maurício Paula da Silva, portador da carteira de identidade nº 2420.413 e inscrito no CPF sob o nº 675.092.634-84 residente e domiciliado na Sítio Guadalupe - S/N - Angra dos Reis, Cidade Angra dos Reis, Estado Rio de Janeiro, 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:

- (X) 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 do declarante
Conforme documento de identificação

Angra dos Reis, RJ - 2017
Local e data

SABEMI SEGURADORA S/A
02 JUN. 2017
RECEBIDO



0004*

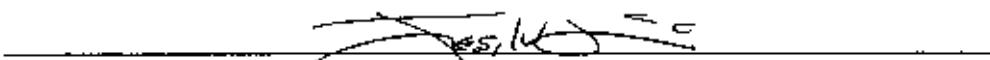
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maurício Penteado da Silva, portador da carteira de identidade nº 2420413 e inscrito no CPF sob o nº 645.042.634-84 residente e domiciliado na Sítio Queda, S/N - Área Rural, Cidade Ananindeua, Estado Pará, 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:

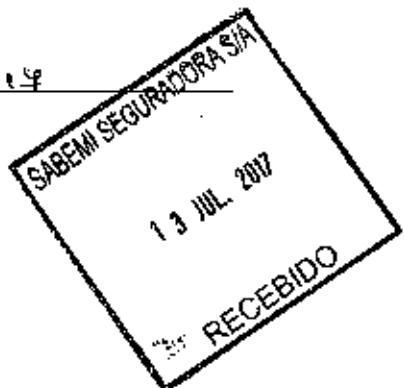
- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) 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 do declarante
 Conforme documento de identificação

Ananindeua, 23 de Janeiro de 2014
 Local e data





COMPROVAÇÃO ATO DECLARATÓRIO



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 Nº904696 e Prontuário Nº 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 ossos 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, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Fevereiro de 2017

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

SABEMI SEGURADORA SA
02 JUN. 2017
RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



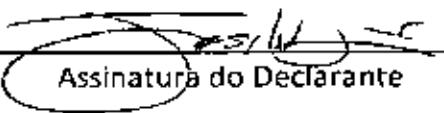
Eu, Manoel Pires da Silva

RG nº 2.470.413, data de expedição 26/05/01,
Órgão SSP/M, 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
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Graciosa</u>
Número	<u>51</u>
Aptº / Complemento	<u>S/N</u>
Bairro	<u>Anauá Rural</u>
Cidade	<u>Amaraji</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58240-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3312-8500 / 98432-6361 / 98660-2858</u>
E-mail	<u>alexia.victor.curan.juan.ti@Hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Amaraji, 23/01/14


Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A
02 JUN. 2017
RECEBIDO



CTG RECIPROPE JPA PLS

JOSE EDUARDO DA SILVA
R JOAO MACHADO 399
SALA CENTRO
58013-520 JOAO PESSOA PB



Atendimento Claro - Ligue 1052.

Auto-Atendimento - Ligue 112521

Na Web - www.claro.com.br/minhasfaz

DATA DE VENCIMENTO: 15/08/16 - DATA DE POSTAGEM: 01/08/16



7211113575348280000007251430010216

Número do seu Claro
53 99342 1170

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

Vencimento
15/08/2016

Total a Pagar
R\$ 39,87

SABEMI SEGUROADORA S/A

02 JUN. 2017

RECEBIDO



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

A Circular SUSEP¹ 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 reseguro.
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.

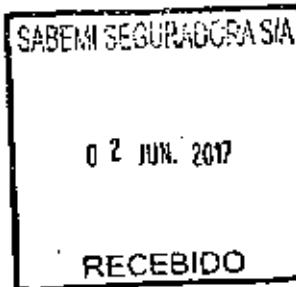
Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Manoel L
Paulo da Silva do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ, da vítima Manoel Paulo da Silva,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

Profissão: Recusou

Renda Mensal: R\$ RECUSOU

Documentos comprobatórios: RECUSOU

Assinatura
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco de Assis Alves de Andrade
RG nº 2606338-3982 data de expedição 29/09/1988
Órgão SSIZ 73, portador do CPF nº 038-147-794-01 com
domicílio na cidade de ~~RESENDE~~ São Luís no Estado de
~~Piauí~~, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
~~2042 numero treze;~~ nº 541
complemento ~~Centro~~, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ~~Manoel Pimenta da Silva~~ cujo o condutor era
~~Manoel Pimenta da Silva~~.

Veículo: M-045
Modelo: Moto 02 225
Ano: 2003 a 2004
Placa: G C 25 C 30204 2027486
Chassi: 9C25C302042027486
Data do Acidente: 29/11/2016
Local e Data:

Francisco de Assis Alves de Andrade

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]

J. FIGUEIREDO SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - CARÓLIO DO ÚNICO ÓRÇO DE ARACAJU/SE
Rua Camilo Barreto, 75 - Centro - CEP: 49900-000 - Fone: (053) 3224-1017 - Email: carolio@carolio.com.br
SOCIOS DE LEIA E FIGUEIREDO - Cep 49900-000 - Aracaju - SE



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....
FRANCISCO DE ASSIS ALVES DE ANDRADE
Em testada verdade. Aracaju-SE 12/12/2016 08:23:07
Eduardo Lima Figueiredo - Titular
(2016-003275)ENOL:R\$ 03,49 FARFERN: R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,70
SELO DIGITAL: 4E367306-THCK
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SABEMI SEGURADORA S/A
02 JUN. 2017
RECEBIDO



CERTIDÃO

Nº. 0262/2017

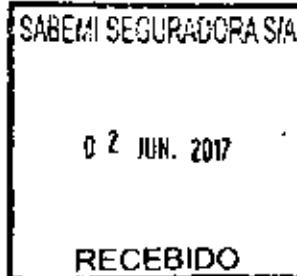
Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO, de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de Nº 904696 e Prontuário Nº 2016.11.001273, 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 ossos 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, data 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 MANGABEIRA
P. AG.: FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX:(83)3214-1981 CNPJ: 10.202.436/0001-28

Ficha Nr: 904696 Ad: Nao Regu
Data: 14/11/2016
Hora: 10:18:33
Recepctionista: MARJARA 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, SNOVOADO

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARACAJI UF :PB

Pai: ND

Mae: MARIA LUZIA DA SILVA

Ocupação:

FATURADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ENFERMEIRO JEFRSON 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 violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Observacao 
Enfermeira Marcella de A. Fialho
ENFERMEIRA

COREN-PB 222453

Sintoma Principal:

Trauma no antebraço

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

| Conduta

SABEM/SEGURADOR/A

02 JUN 2012

Prescrição

| Horário da medicacão

RECEBIDO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Manoel Soárez de Souza</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>28/11/16</i>	Cirurgião: <i>Bento Ferreira</i>	1º Assistente: <i>Adolfo da Silveira</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: <i>D. Souza</i>	Tipo Anestesia:	Horário: I: <i>10:00</i> T: <i>10:00</i>			

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Problema de drenagem do anel fibroso

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Ressecção do anel fibroso

SABEM SEGURO D'ASIA

02 JUN. 2017

RECEBIDO

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Descreva:

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 deitado dorsal
- sobre almofada
(2) Braços à parte e fixos + Aparelhos
- Olá caneta

Incisão:

(3) Tendo) longo deslocado para o lado
e para a esquerda.

Achados:

(4) Domicílio) ensanguentado e feio os 6
dentes S2 C7 para o lado
e houve a celulite.

Conduta:

- (5) Feito por plástico cirúrgico
(6) Oclusão.

Fechamento:

OBS:

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM

19 NOV. 2016



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	Manoel Paulo da Silva			PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COB	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL	frax ossos Bifilares			CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES	O Bankart				
PROCEDIMENTO REALIZADO:	R AAC				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	OBITO
RESUMO CÍSTICO	Retirada enclavo. Temporária com ocorrências.				
Pode ocorrer ofe e febre e a erite se o caso se persistir deve ser imediatamente este Complexo Hospitalar.					
DIETA:	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA				

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades com esforço ligeiro 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 "inchado" no local, ou se ocorrer febre persistente, deve procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Keflex

SABEMI SEGURADORA S.A.

02 JUN. 2017

RETORNO Ao posto de saúde em _____
Ao Ambulatório do _____

DATA 29/11/16

Dr. _____ para retirada de pontos.
Ortopedista designado para revisão.
CNPJ 03.300.436/0001-10
033004362 / EOL 06143
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

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 MOTOCICLÍSTICO, 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 + AVULSAo 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-1741/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: / /

QPD: 291 + EDema em ANTEBRAÇO
HDA: (F) HÁ 15 DIAS

* Paciente vítima de ACIDENTE VÔITO
615710, com dorxa de dor
em ANTEBRAÇO E

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Ictericia [] 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 [] Soluço [] Regurgitação [] Hematemese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidex pós-repouso ^{UN} ^{70%} [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

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

RECEBIDO

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []IDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]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 OSSOSDO ANTEBRAÇO EConduta: 1. RX - CINTURÃO2. RAYDA. SISTEMA

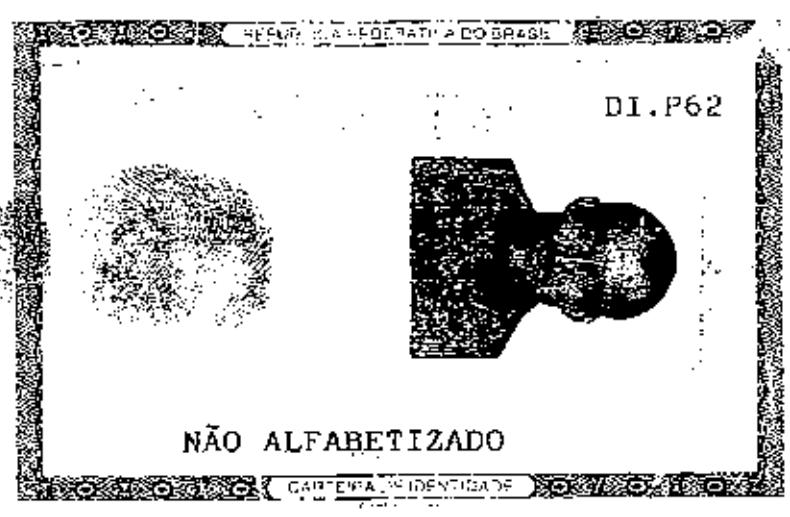


NÃO ALFABETIZADO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.	
CPF:	2.420.413 -2 ^a Via
Data de Emissão: 26-05-2004	
Nome: MANOEL PAULO DA SILVA	
Endereço: José Paulo da Silva Neto	
Mae: Maria Luzia da Silva	
Município: Mamanguape-PB.	Data de Nascimento: 15-10-1971
Residência: DATA DE EMISSÃO	
Cart. Nasc. Nº 6503; fls. 147V; liv. A-7;	
Cart. de Araçagi-PB.	
Tel.: 675.072 634-87	
Assinatura do proprietário	
LEIAI 7, 18 DE 2008/03	

SABEMI SEGURADORA S/A
02 JUN. 2017
RECEBIDO





00012

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

IDPA

JOSE EDUARDO DA SILVA

NOME

12578

JOSEFA GERVÁSIO DA SILVA

NOME

JOÃO PESSOA-PB

ID

1.054.562 - 66P/PB

CÓDIGO DA ÁREA DE RECUPERAÇÃO

NÃO

ARTON Segura Seguro - 16/04/2015

VITAL REGISTRA LOPES
PRESENTE

Data de emissão

02/04/1987

Data de validade

02/04/2015

SABEM SEGURO D.O.S.A.

02 JUN. 2017

RECEBIDO

07 JUN 2017

LIVRO: 0192

FOLHA: 131

RECEBIDO

PROCURACAO

S A I B A M quantos este Pùblico Instrumento de Procuracão vem em que aos vinte e três dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, perante mim **GERMÁNIO 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 CN. n. 2.420.413-SS/PB/72, v. 06, CPF n. 675.872.634-87, residente e domiciliado no Sítio Cândido, zona Rural de Aracagi PB. Assim, neste ato a quem por motivo do outorgante não ser alfabetizado, designou: **Conselheiros do Nascimento**, brasileira, solteira, maior, teceira, portadora da CN. n. 2.451.792-SS/PB/76, CPF n. 043.901.064-13, residente e domiciliada na Rua Polcarpo Quaresma, n. 308, Centro, Santa Rita PB, reconhecidos como o(s) proprio(s) por quem cuja identidade impõe-se, deu-se Então, desseram, o(s) **OUTORGANTE(S)** nomeavam e constituiam os seguintes **PROCURADORES:** **JOSE EDUARDO DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, portador do CPF n. 455.536.024-91, inscrito na OAB/PB sob o número **ALEXANDRA CESAR DUARTE**, brasileira, casada, advogada, portadora do CPF n. 646.582.754-74, inscrita na OAB/PB sob n. 1413-SS/PB, ambos com exercicio profissional a Avenida Joaquim Nabuco n. 399, Sala 101, Centro, desta capital, a quem concedem amelos e limitados poderes para o Foro em Geral, com as da **APENASIA - ET ETIENNE DUCAT**, em qualquier Juiz, Instância ou Tribunal, podendo em conjunto ou separadamente, propor contra quem quer que seja as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, segundo suas e outras, ate final decisão, usando os recursos legais e acompanhando ate Superior Instância, conferindo ainda poderes especiais para confessar, depor, desistir, transigir, concordar, discordar, firmar compromissos, assinar acordos, pôr e terista de processos, requerer títulos, defesas, recibos e pedidos de verbas, consultar, revisar e desentundir documentos, apresentar e retirar documentos, assinar e requerer tudo que for necessário, interpretar os recursos legais, passar recibos, receber, dar quitação, receber e assinar escritas, intimações e publicações, pagar taxas, guias e impostos, informar os interesses da sua causa outorgante em qualquier ação em que seja réu, autor, assistente, opONENTE ou de qualquier forma interessada e dar defesas, nomear advogados em especial de representá-lo junto a qualquier 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 Pessoas de Veículos Auto Motores de via Terrestre), podendo para tanto propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguido unhas e outras, ate final decisão, usando os recursos legais e acompanhando ate Superior Instância, conferindo ainda poderes especiais para confessar, depor, desistir, concordar, discordar, firmar compromissos em acordos, apresentar e retirar



LIVRO.: 0191

FOLHA.: 131V

* 0 1 9 1 2 9 2 V *

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





RECEBIDO

PROCURAÇÃO



S A I B A M quantos este Públlico Instrumento de Procuração virarem que aos vinte e três dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezesseis, nessa cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, perante mim **GERMANO CARVALHO TOSCANO DE BRITO** - Tabelião de 2º Ofício de Notas da Capital, compareceram partes entre si justas e contratadas, com o OUTORGANTE: **MANOEL PAULO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, portador da CI n. 2.420.413-SSP/PB (2ª via) e do CPF n. 675.872.634-87, residente e domiciliado no Sítio Candu, Zona Rural de Aracap-PB. Assina neste ato a rogo por motivo do outorgante não ser alfabetizado, Christiane Góes de Oliveira 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 Quaresmus, n. 305, Tijui II, Santa Rita-PB, reconhecido(s) como o(s) próprio(s) por mim, cuja identidade jurídica dou fé. Então, disse(m) o(s) OUTORGANTE(S) que nomeava(m) e constituinte(m) seu(s) bastante(s) PROCURADORES: **JOSE 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, nessa capital, a quem concede 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 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 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 convencionada 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. **FETTO 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, FARFEN - 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

