

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Marcos da Silva Nunes
brasileiro, portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____
residente e domiciliado na
RUA 13 de Maio, 309 - Centro - Jacaraú - PB.

Outorgados: Dr. ABRAÃO COSTA FLORÊNCIO DE CARVALHO, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.904, e-mail: abraao@vieiraecosta.com.br, Dr. com escritório profissional na Rua João Amorim, 356, sala 2, Centro, João Pessoa, PB, fone (83) 3243-8889, Cep: 58013-310

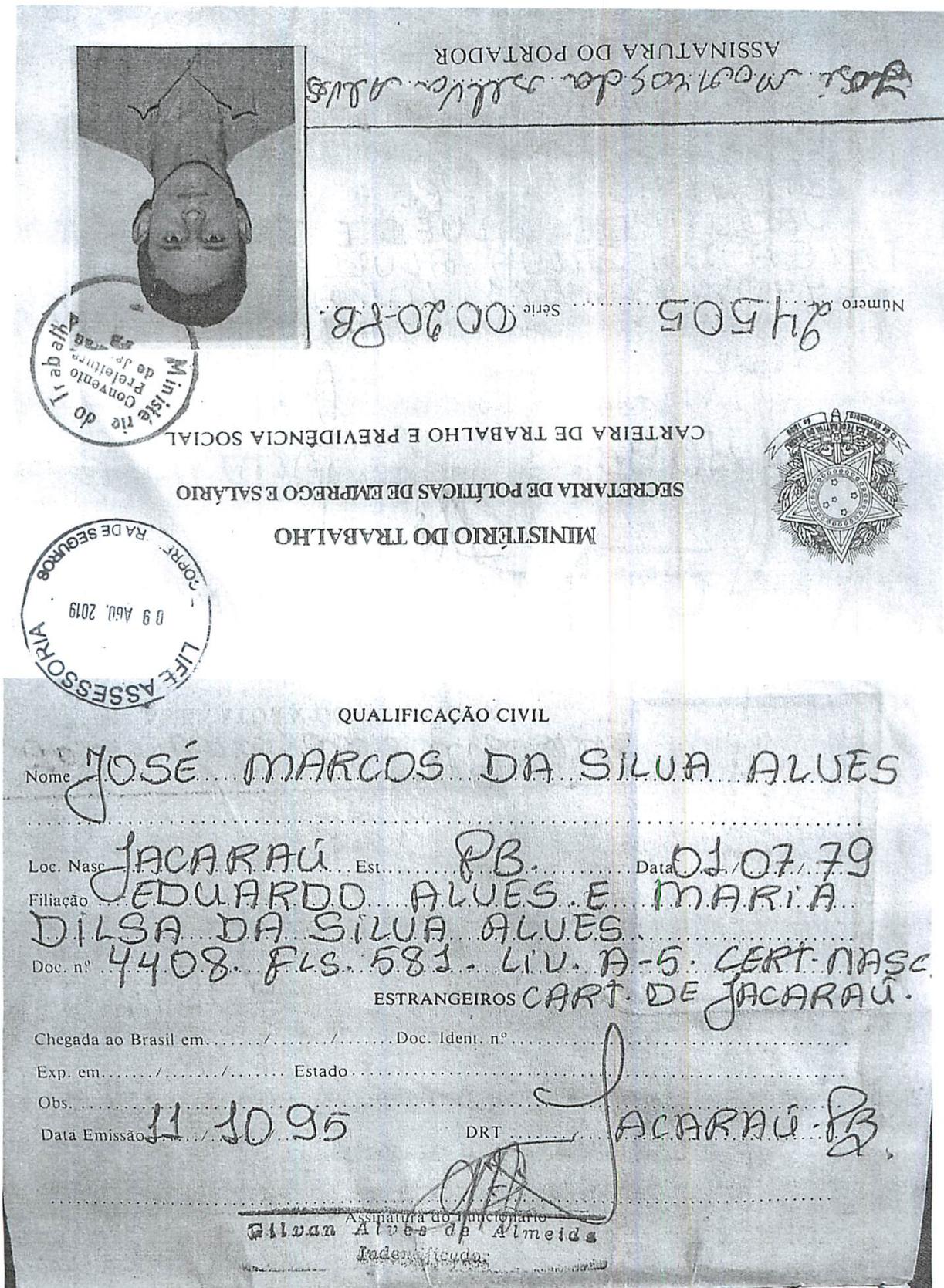
Poderes: Confere amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicia et extra*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, reclamações trabalhistas, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas judiciais, cautelares, administrativas, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos médicos e prontuários médicos junto a hospitais públicos e/ou privados e clínicas, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, fazer acordo, impugnar, assinar termos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s), bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda receber Alvarás Judiciais e quantias correspondentes perante cartórios judiciais e instituições bancárias a exemplo de Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, dando tudo por bom, firme e valioso, conferindo-se ao presente instrumento de mandato cláusula "em causa própria", e a sua revogação não terá eficácia, nem se extinguirá pela morte de qualquer das partes, nos termos do art. 685 do Código Civil.

Poderes Específicos: A presente procuração outorga aos advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15, podendo tais poderes serem substabelecidos.

João Pessoa, 2 de abril de 2019.

José Marcos da Silva Nunes
OUTORGANTE







Ministério do Trabalho

Secretaria de Políticas de Emprego e Salário

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ MARCOS DA SILVA ALVES

Loc. Nasc JACARAU PB Data 01.07.79
Est. Filiação EDUARDO ALVES E MARIA
Filiação DILSA DA SILVA ALVES
Doc. n° 4408 FLS. 583 - LIV. A-5 - CERT. NASC.
ESTRANGEIROS CART. DE JACARAU.

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. n° A

Exp. em...../...../..... Estado

Obs. 1285 Janan

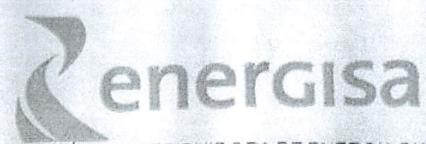
Data Emissão 11/05/05 DRT ALIANÇA

Gilvan Alves de Almeida
Assinatura do Funcionário
Identificado:

... Doc No.
... No.
... Deo.
... Ned.
... Da.
... Es.
... N.
... D.
... E.
... N.
... D.
... E.
... N.
... D.
... N.
... N.



JOSE MARCOS DA SILVA ALVES
RUA 13 DE MAIO, 309 - CENTRO
JACARAU / PB CEP: 58278000 (AG. 14)



Ligacao: MONOFÁSICO
Cls/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 3 - 29 - 510 - 7200 Referencia: Ago / 2019
Medidor: 00008527187 Emissao: 07/08/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°029.113.680
Cód. para Déb. Automático: 00000530113

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

Conta referente a

Ago / 2019

Apresentação

07/08/2019

Data prevista da
próxima leitura

06/09/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

054.342.224-07
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/53011-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.408, de 26 de abril de 2002.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 12/12/2019 16:23:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121216233525700000026082698>
Número do documento: 19121216233525700000026082698

Num. 27019114 - Pág. 4

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN N° 012440308350
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA:	CÓD. RENAVAM:	RNFRC:	EXERCÍCIO:
1	00593491246	*****	2017

NOME:
FELIPE NERES DE FARIA NETO

CPF/CNPJ:	PLACA:
106.637.337-07	LQZ9261

PLACA ANT./UF:	CHASSI:
LQZ9261/RN	9C2KC1680ER452034

ESPECIE TIPO:	COMBUSTIVEL:
PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NRO. DE TURMA:	GNV

MARCA/MODELO:	ANO FAB.:	ANO MOD.:
HONDA/CG150 FAN ESDI	2013	2014

GAP/POT/CIL.:	CATEGORIA:	COR PREDOMINANTE:
0CV/149 CILINDRADAS	PARTICULAR	FRETA

COTA UNICA:	VENO. COTA UNICA:	VENO. COTAS:
R\$ 0,00	03/03/2017	1º PAGO

FAIXA LPVA:	PARCELAMENTO COTAS:	2º PAGO
0021-3 3X	R\$ *****	3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO:
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO			

OBSERVAÇÕES:

MOTOR: KC16E9E452034

NOVA CRUZ/RN



DATA:

22/05/2017

State Law Bureau of Safety
Coordinator of Registro de Veículos
DETAN - RN

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

RN N° 012440308350 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 22/05/2017

VIA:	CPF / CNPJ:	PLACA:
1	106.637.337-07	LQZ9261

RENAVAM:	MARCA / MODELO:
00593491246	HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.:	CAT TARIF.	NR CHASSI:
2013	9	9C2KC1680ER452034

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

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
------------------------	-----------	---------------------------------

PAGAMENTO:	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO:
------------	-----------	-------------------

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.265.600/0001-04

www.seguradoralider.com.br

JW 2016



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 12/12/2019 16:23:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121216233525700000026082698>
Número do documento: 19121216233525700000026082698

Num. 27019114 - Pág. 6



CERTIDÃO

Nº. 0784/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 190950 e prontuário 2018.12.002015 pertencentes a **JOSE MARCOS DA SILVA ALVES** que foi atendido dia 17/12/2018 ás 15H29min, vítima de queda, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da base do 5º metatarso esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 02/01/2019 com alta médica dia 02/02/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de maio de 2019

Médica
CRM/PB 4516
Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLÓGICA
CRM-PB 4516





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME JOSE MARCOS DA SILVA ALVES				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 39 A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 17/12/2018		DATA DE ALTA 02/01/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INCIAL <i>Fratura da base do 5 Metatarso</i>				CID S92.3	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx da base do 5 Metatarso demonstrando solução de continuidade óssea de calcâneo</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura da base do 5 metatarso foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução incruenta + fixação percutânea com fios de Kirschner. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Vimovo ou Deocil

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

02/02/2019

DATA

09 Ago. 2019
Dr. Jorge Augusto C. dos Santos
Ortoped./Traumatologia
CRM-PB 0127
Ass. MÉDICO / C.R.M.
LIFE ASSOCIAÇÃO
SEGURAS

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





Nome: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES				Registro:
Idade: 39 anos	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP: LR:
Data: 02-01-2019		Cirurgião: <i>Jorge Augusto</i>		
1º Assistente: <i>Yury Cordeiro</i>		2º Assistente:		
Anestesista:		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura da base do 5 MTT.</i>				S92.3
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Tto cirúrgico.</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: *José Mariano da Silva Alves* **Data da Admissão:** *17/12/18*
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: _____
IDA: *Sintrose de trauma após queda com dor e edema no pé (B)*

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 []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____

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

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

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

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

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





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: le gm

UNIDADE ORIGÉM: CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

NOME DO PACIENTE: José Macêos D S Alvar

HISTÓRIA CLÍNICA

Encomenda a paciente descrevendo, 38 anos de idade, com dor de cabeça +21+4 - toracalgia agudizada 24 horas, após cair de um muro fazendo ferida aberta e sangrando profusamente os dias de volta em dia 24 de Agosto, com dor

KD: Entrada Tomografia

LIFE ASSESSORIA
CORRETORA DE SEGUROS
09 AGO. 2019

Dra. Diana C. Boleira Lopo
Médica
CRM-PB 30625
CRM-PB 25621
CRM-PB 14462

Médico(a)

Rua Pres. João Pessoa, s/n - Centro - Jacaraú - PB
Telefone: (83) 3295-1883





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **JOSÉ MARCOS DA SILVA ALVES** RG 1.988.764 2^aVIA SSDS/PB, CPF: 054.342.224-07, residente no município de Jacaraú-Pb, foi vítima acidente motociclístico (queda), sofrendo fratura em membro inferior esquerdo (pé). Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 16/12/2018, sendo encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira (TRAUMINHA), João Pessoa – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem dessa Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 04 de Julho de 2019.
Centro de Saúde Daura Ribeiro
Lindinalva Vicente da Costa Silva
DIRETORA GERAL
[Signature]

Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO

Rua Presidente João Pessoa – Centro – CEP 58278-000 – Jacaraú/ PB
Fone: (83) 3295-1883 Email: centrodesaudeauraribeiro@gmail.com





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 25 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190470694 Vítima: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Data do Acidente: 16/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Informamos que o pagamento da inden

informações que o pagamento da multação de R\$ 500,00 (cincocentos reais) deve ser efetuado com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Dano Material: 100% (Art. 105)

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

R\$ 675,00

Recebedor: JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 000010002003-8

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 12/12/2019 16:23:38
http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121216233780200000026082704
Número do documento: 19121216233780200000026082704

Núm. 27019120 - Pág. 1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 400/2019



Aos 25 dias de julho de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 13h:9min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ MARCOS DA SILVA ALVES, conhecido por , RG nº - / , CPF nº 054.342.224-07, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: mototaxista, filho(a) de Maria Edilza Pereira e Eduardo Alves, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 01/07/1979, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua 13 de maio, nº 309, bairro: Centro-Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83) 98681-5344.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 16 de dezembro de 2018;
- 3) HORÁRIO: 20h:0min;
- 4) LOCAL: Rua presidente Getúlio Vargas nº , bairro Centro-Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 150 FAN ESDI, NIV: 9C2KC1680ER452034, ano/modelo: 2013/2014, cor preta, placa: LQZ-9261/RN, licenciada em nome de FELIPE NERES DE FARIAS NETO.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o notificante conduzia a motocicleta acima mencionada, na Rua principal de Jacaraú, (Rua presidente Getúlio Vargas), quando freou o veículo abruptamente para não atropelar um transeunte; QUE, com a manobra, perdeu o controle do veículo e caiu; QUE em seguida foi socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

JOSE MARCOS DA SILVA ALVES
JOSE MARCOS DA SILVA ALVES

Comunicante

Kennedy DeCarvalho Andrade
Escrivã(o)/AgenteMat. nº 155.335-6



Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira I - CEP: 58055-018 - João Pessoa - PB - Fone: (83) 3213.9013 / 3213-9067
E-mail: rh.seds@hotmail.com

DESPACHO

Processo nº 0801807-55.2019.8.15.1071

Vistos, etc.

DEFIRO a gratuidade processual, com os benefícios a ela inerentes, vez que presentes os requisitos à sua concessão.

Em razão da inviabilidade da autocomposição com relação à Seguradora demandada, deixo de designar a audiência de conciliação/mediação disposta no art. 334, do CPC.

CITE-SE o demandado, pessoalmente, por Carta com aviso de recebimento, no endereço declinado na peça proemial, para querendo, contestar a presente demanda, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, devendo ser advertido de que não contestada a ação, presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344, CPC).

P.I. e Cumpra-se, com a observância das cautelas atinentes à espécie.

Diligências necessárias.

JACARAÚ/PB, 16 de dezembro de 2019

JUIZ (A) DE DIREITO



Assinado eletronicamente por: PERILO RODRIGUES DE LUCENA - 16/12/2019 11:55:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121611091064000000026141459>
Número do documento: 19121611091064000000026141459

Num. 27081521 - Pág. 1

SEGUE COMPROVANTE DE ENVIO DA CARTA DE CITAÇÃO VIA E-MAIL.



Assinado eletronicamente por: ULISSES FERREIRA DE PAIVA LIMA - 24/08/2020 11:07:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082411071932700000032081271>
Número do documento: 20082411071932700000032081271

Num. 33523752 - Pág. 1

Zimbra**jac-vuni@tjpb.jus.br****Catação**

De : VARA UNICA DA COMARCA DE JACARAU <jac-vuni@tjpb.jus.br>

Seg, 24 de ago de 2020 14:05

2 anexos

Assunto : Catação

Para : judicial@bradescoseguros.com.br

Cc : judicial@bradescoseguros.com.br

Pelo presente, remeto carta de CITAÇÃO e cópia da inicial.
SOLICITO CONFIRMAÇÃO DO RECEBIMENTO

Cartório da Vara Única
Comarca de Jacaraú

 **7 CARTA DE CITAÇÃO.pdf**
98 KB

 **7 INICIAL.pdf**
471 KB



SEGUE CONFIRMAÇÃO DO RECEBIMENTO DO E-MAIL EM 24/08/2020.



Assinado eletronicamente por: ULISSES FERREIRA DE PAIVA LIMA - 25/08/2020 12:29:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082512295291400000032132029>
Número do documento: 20082512295291400000032132029

Num. 33577675 - Pág. 1

Zimbra**jac-vuni@tjpb.jus.br****RES: Catação****De :** Judicial <judicial@bradescoseguros.com.br> Seg, 24 de ago de 2020 15:51**Remetente :** Luciano Flores Souza
<luciano.flores@bradescoseguros.com.br>**Assunto :** RES: Catação**Para :** VARA UNICA DA COMARCA DE JACARAU <jac-vuni@tjpb.jus.br>

Boa tarde!

Acusamos o recebimento.

Atenciosamente,

Luciano Flores Souza
7156 – Jurídico Administrativo/RJ
Tel. (21)3166.3531 – R: 203531
luciano.flores@bradescoseguros.com.br
BRADESCO SEGUROS S.A
Av. Rio de Janeiro, nº 555 – Caju – Rio de Janeiro/RJ

Classificação" INTERNA

" O acesso ao conteúdo desta mensagem está autorizado, exclusivamente, aos destinatários nela contido. A necessidade de reprodução desta mensagem a pessoas não enquadradas deve ser autorizada pelo Gestor da informação, para identificá-lo contate o remetente."

De: VARA UNICA DA COMARCA DE JACARAU [mailto:jac-vuni@tjpb.jus.br]**Enviada em:** segunda-feira, 24 de agosto de 2020 11:05**Para:** Judicial <judicial@bradescoseguros.com.br>**Cc:** Judicial <judicial@bradescoseguros.com.br>**Assunto:** Catação

Pelo presente, remeto carta de CITAÇÃO e cópia da inicial.
SOLICITO CONFIRMAÇÃO DO RECEBIMENTO

Cartório da Vara Única
Comarca de Jacaraú

