

PROCURAÇÃO

01 - OUTORGANTE(S):

MANIA APARECIDA DA SILVA, BRASILEIRA DIVORCIADA,
AGRICULTORA CPF 072.007.017-18, RG 339953494 SSP/SP,
RESIDENTE E DOMICILIADA A Rua Antonio Barbosa
AVES, SW, CENTRO, AREIAL/PB

02 - OUTORGADO(S):

O Bacharel **MANUEL VIEIRA DA SILVA NETO**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 19.086, com endereço profissional no Centro Jurídico Ronaldo Cunha Lima, situado à Rua Vice Prefeito Antonio de Carvalho Sousa, nº450, Estação Velha, Campina Grande – PB, CEP: 58.410-050.

03 - PODERES:

Por este instrumento o outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgantes acima identificados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhes os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “*Ad Judicia Et Extra*”, para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores inclusive em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), além de outros não expressamente constantes nesse mandato, atendendo ao disposto no artigo 105 do Código de Processo Civil. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Areial / PB, 17 / 12 / 2019

x Mania Aparecida da Silva
OUTORGANTE

Scanned with CamScanner



DECLARAÇÃO

MARIA APARECIDA DA SILVA BRASILEIRA, DIVORCIADA -
DE AGRICULTORA CPF 072.007.017-18, RG 3399
53494 SSPB, RESIDENTE E DOMICILIADA A
RUA ANTONIO CARLOS ALVES, SN. CANTO,
AREIAL / PB

DECLARA, nos termos do artigo 1º da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 (dispõe sobre prova documental), para o fim de obtenção do benefício da assistência judiciária gratuita, que é necessitada na forma da Lei 1.060/50 e Lei 7.115/83, cuja situação econômico-financeira não lhe permite pagar as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

DECLARA, ainda ser conhecedor (a) das sanções cíveis, administrativas e criminais caso o documento não porte a verdade.

AREIAL / PB . 17, 12, 2019

Maria Aparecida da Silva
DECLARANTE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

33.995.349-4

DATA DE
EXPEDIÇÃO

29/ABR/2010

NOME

MARIA APARECIDA DA SILVA

FILIAÇÃO

INACIO VICENTE DA SILVA

E ALUISA LIMEIRA DENOA

NATURALIDADE

AREIAL -PB

DATA DE NASCIMENTO

08/DEZ/1962

DOC. ORIGEM

ESPERANÇA PB

ESPERANÇA

CCIL

/FLS.203 /N.002715

CPF

072007017/18

121 Delegado Divisionário
assinatura do Diretor de Polícia IIRCD.SSP.SP

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS GREG & SONS

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: MANUEL VIEIRA DA SILVA NETO - 18/12/2019 19:43:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121819430363800000026253459>

Número do documento: 19121819430363800000026253459

Num. 27199530 - Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

8100-0

PROIBIDO PLASTIFICAR



Mania de Maria da Silva

IDENTIDADE

CA



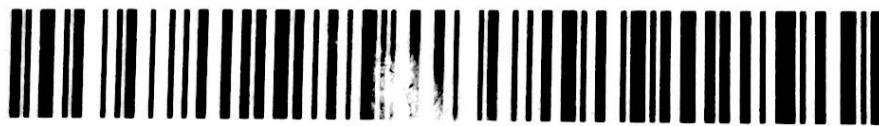
Sistema Único de Saúde

MARIA APARECIDA DA SILVA

Data Nasc.: 08/12/1962

Sexo: F

703 6030 1272 0336



Este cartão é de uso pessoal e não transferível.
Em caso de perda, comunicar ao Disque-Saúde.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



Scanned with CamScanner



Cartão do Usuário

SUS

Sistema Nacional de Saúde

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: MANUEL VIEIRA DA SILVA NETO - 18/12/2019 19:43:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121819430363800000026253459>
Número do documento: 19121819430363800000026253459

Num. 27199530 - Pág. 4

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : Nº 035.216.790



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR
RUA ANTONIO BARBOSA ALVES S/N
AREIAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1373299-5

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

05/12/2019

CONSUMO

39

VENCIMENTO

12/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 14,66

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/12/2019				
Pagador: REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR CNPJ/CPF: 093.062.924-81				
RUA ANTONIO BARBOSA ALVES S/N - CENTRO - AREIAL / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120009350845	001373299201912	12/12/2019	R\$ 14,66	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3761966 SSDS PB

CPF 093.062.924-81 **DATA NASCIMENTO** 27/12/1990

FILIAÇÃO
REGINALDO BERNARDO
PEREIRA
MARIA APARECIDA DA
SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB.**
AB

Nº REGISTRO 05955609790 **VALIDADE** 16/07/2018 **1ª HABILITAÇÃO** 13/12/2013

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
971699915

INTERPRINT LTDA

Scanned with CamScanner



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(Lei nº 7.115/83)

MANIA APARECIDA DA SILVA, BRASILEIRA, DIVOR-
CIADA, AGRICULTORA, CPF 072.007.017-18, RG 3399
53494 SSP/SP, RESIDENTE E DOMICILIADA À
RUA ANTONIO BARBOSA ALVES, S/N, CENTRO
AREIAL/PB

DECLARO, conforme o artigo 1º da Lei nº 7.115/83, que resido no seguinte endereço apontado acima. **DECLARO** ainda, ser conhecedor das sanções administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

AREIAL/PB, 17, 12, 2019

Mania Aparecida da Silva

DECLARANTE

Scanned with CamScanner



SINISTRO 3190451730 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA APARECIDA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO MARIA APARECIDA DA SILVA

CPF/CNPJ: 07200701718

Posição em 05-09-2019 08:14:17

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/09/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

12,5%

CAIXA 1668

00016959-8

20%
12,52
57,50%

P/ EMANUEL

Scanned with CamScanner



DJ 49866311 8 BR

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
 Ag: 003/0834 - AC POCINHOS - PB
 POCINHOS
 CNPJ: 34028316371438 Ins Est: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
 CNPJ/CPF: 09248606000194
 Doc Post: 338481857
 Contrato: 9912280636 Cod Adm: 11205/04
 Cartão: 62267655

Movimento: 19/08/2019 Hora: 08:27:08
 Caixa: 92938391 Matrícula: 84786710
 Lançamento: 009 Atendimento: 00001
 Modalidade: A Faturar ID Tiquete: 1690945851

DESCRIÇÃO	QTD	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	24,78+
Valor do Porte(R\$)	24,78	
Peso real (G)	38	
Peso Tarifado	0,038	
CNPJ/CPF Remet	07200701718	
Nome Remetente	MARCIA APARECIDA DA SILVA	
Endereço Remet	RUA RUA ANTONIO BARBELA AL	
Cont. Endereço	VES. SN - CENTRO	
Cep Remetente	58140-000	
Cidade Remet	AREIAL	
UF Remet	PB	

POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43+
Valor do Porte(R\$)	30,43	
Cep Destino	20011-904 (RJ)	
Peso real (G)	40	
Peso Tarifado	0,040	
OBJETO	DJ498663118BR	

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$)

55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)
 No caso de objeto com valor,
 utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
 prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
 apresentação de fatura. Os valores constantes
 deste comprovante poderão sofrer variações de
 acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
 Ass. Responsável:

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
 Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
 deste comprovante, para eventual contato com
 os Correios.

VIA-CLIENTE

SARA 7 9 00

Scanned with CamScanner



SINISTRO 3190451730 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA APARECIDA DA SILVA
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO MARIA APARECIDA DA SILVA

CPF/CNPJ: 07200701718

Posição em 18-08-2019 10:56:53

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Declaração de Inexistência de IML	Vítima	Pendente	

16/8.00

Scanned with CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072.007.017-18 4 - Nome completo da vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARIA APARECIDA DA SILVA 6 - CPF: 072.007.017-18
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: R. ANTONIO BARBOSA ALVES 9 - Número: 510 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: AREIAL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58140-000
15 - E-mail: Cynabroff2@yahoo.com.br 16 - Tel. (DDD): (83) 98899.2405

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 00016956 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, AREIAL 19 DE AGOSTO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Scanned with CamScanner

SI 73633271 5 BR

EMP. BRAS. DE CORREIOS E ESCRITÓRIOS
0894 - AC. POL. NML

DE 34029316371438 Ins. Est. 16074555

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente: SEGURADORA LIDER CORREIOS S.A.
CNPJ/CPF: 09245608000104
Data de Emissão: 3347 3
Contrato: 991228 Id. Adm: 11205709
Cartão: 02267899 → 18/07/2018

Movimento: 07 Hora: 15:03:09
Caixa: Matrícula: 84786710
Lancamento: Atendimento: 00004
Modalidade: ID Tiquete: 1675555130

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26*
Valor do Porte(R\$)		23,26
Peso real (G)		170
Peso Tarifado		0,170
CNPJ/CPF Remetente		45937133404
Nome Remetente		GERALDO SANTOS FIHO
Endereço Remetente		RUA IRINEU JOFILLY, 136 -
Cont. Endereço		CENTRO
Cep Remetente		56150-000
Cidade Remetente		POCINHOS
UF Remetente		PB
POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43*
Valor do Porte(R\$)		30,43
Cep Destino		20011-904 (RJ)
Peso real (G)		170
Peso Tarifado		0,170
OSI ETC		SI736332715BR

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 53,69

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação dos(s) serviço(s) acima prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante apresentação de fatura. Os valores constantes deste comprovante poderão sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG
Ass. Responsável

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pré-Atendimento aos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete deste comprovante. Para eventual contato com os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 7 9 00

Handwritten notes:
- 18/07/2018
- 21/7/19
- RECEBIDO
- 13/05/2019
- 10:20

Scanned with CamScanner



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu,	<u>MARIA APARECIDA DA SILVA</u>		
RG nº	<u>3395349-4</u>	data de expedição	<u>29/04/2010</u>
Órgão	<u>SSP-PB</u>	CPF nº	<u>072.007.027-18</u>
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>R. ANTONIO BARBOSA ALVES</u>		
Número	<u>S/N</u>		
Apto/Complemento	<u>CALA</u>		
Bairro	<u>CENTRO</u>		
Cidade	<u>AREIAL</u>		
Estado	<u>PARAIBÁ</u>		
CEP	<u>58.140-000</u>		
Tel. de contato	<u>(83) 98899-2405</u>		
E-mail	<u>equadorolpe@yahoo.com.br</u>		

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Areial, 18 de JULHO de 2019

Maria Aparecida da Silva
Assinatura do Declarante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072007017-18 4 - Nome completo da vítima: MARIA APARECIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARIA APARECIDA DA SILVA 6 - CPF: 072007017-18
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: R. ANTONIO BARBOSA ALVES 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: AREIAL 13 - Estado: RS 14 - CEP: 98140-000
15 - E-mail: geraldonalves@yahoo.com.br 16 - Tel.(DDD): (83) 98899-2405

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 00016956 8 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impossibilidade digital da assinatura: _____

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, AREIAL, 18 JUNHO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) x Maria Aparecida da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

FPS.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: MANUEL VIEIRA DA SILVA NETO - 18/12/2019 19:43:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121819431070400000026253467

Número do documento: 19121819431070400000026253467



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre ACIDENTE DE TRANSITO

Hora e data do fato: Às 10:30, do dia 13 de maio de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:25, do dia 16 de julho de 2019.

Local do Ocorrido: BR 104, CENTRO, PROXIMO AO RADAR, SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA-PB

COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DA SILVA, do sexo feminino, nascida no dia 08/12/1962, com 56 anos de idade, ID: 33.995.349 SSP SP, CPF: 072.007.017-18, AGRICULTORA, filha de INACIO VICENTE DA SILVA e de ALUISA LIMEIRA DENOVA, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, DIVORCIADA, natural de AREIAL, BRASILEIRA, residente na RUA ANTONIO BARBOSA ALVES S/N, bairro CENTRO, na cidade de AREIAL, PB, telefone Nº 988157862

VÍTIMA: A PROPRIA COMUNICANTE,

TESTEMUNHAS: JOSINEIDE DOS SANTOS ATAIDE, do sexo feminino, nascida no dia 07/08/1974, com 44 anos de idade, ID: 1721715 SSP PB, CPF: 97691097468, filha de VALDEMAR ATAIDE e de MARIA DOS SANTOS ATAIDE, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, natural de ESPERANÇA, residente na RUA JOSE BALBINO DOS SANTOS S/N, bairro CENTRO, na cidade de S.S DE LAGOA DE ROÇA, PB. EDNALDO BENTO DE ALMEIDA, do sexo masculino, nascido no dia 23/06/1973, com 46 anos de idade, filho de AUGUSTO BENTO DE ALMEIDA e de JOSEFA ROSA DA CONCEIÇÃO, escolaridade: MÉDIO INCOMPLETO, SOLTEIRO, residente na RUA JOSE BARBOSA DOS SANTOS 1 ANDAR, bairro CENTRO, na cidade de S.S DE LAGOA DE ROÇA, PB.

HISTÓRICO: QUE no dia treze de maio do corrente ano estava em transito de carona na motocicleta do seu filho saindo da cidade de Areial para a cidade de Campina Grande quando ao passar pela cidade de São Sebastião de Lagoa de Roça mas precisamente próximo ao RADAR na BR 104 um veículo da cor preta não identificado teria feito uma ultrapassagem indevida e colidido na motocicleta onde a comunicante estava de carona; QUE o piloto da motocicleta REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR perdeu o equilíbrio da motocicleta fazendo com que viesse ao solo; QUE a comunicante sofreu varias escoriações pelo corpo e quebrando o braço direito; QUE foi socorrida por um carro da prefeitura de Lagoa de Roça e encaminhada ao Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande que

Rua José Rodrigues Coura, - Centro, S.S de Lagoa de Roça-PB -

Scanned with CamScanner





permaneceu hospitalizada naquele hospital por sete dias e que foi submetida a uma cirurgia para colocação de PLACA DE FERRO no Braço; QUE o veículo se trata DE UM MOTOCICLETA BROS 160, PLACA QFH0886/PB, COR PRETA, ANO MODELO 2015, CHASSI 9C2KD0810FR52753 em nome de REGINALDO BERBARNO PEREIRA JUNIOR; QUE o veículo envolvido no sinistro não teria prestado socorro como também não sabe dar maiores informações sobre o veículo que teria causado tal colisão.

AUTORIDADE

MARIA DO SOCORRO DA SILVA

COMUNICANTE

MARIA APARECIDA DA SILVA

ESCRIVÃ ADHOC

DUCINÉIA BARBOSA LUNA

Rua José Rodrigues coura, - Centro, S.S de Lagoa de Roça-PB -

Scanned with CamScanner





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR,
RG nº 3 761 966, data de expedição 13/12/2013
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 093062.924-81,
com domicílio na cidade de AREIAL, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA. ANTONIO BARBOSA ALVES, nº 514,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MARIA APARECIDA DA SILVA, cujo o condutor era
REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR.
Veículo: MOTOCICLO Modelo: HONDA/NX 160 Ano: 2015/2015
Placa: QEH 0886 Chassi: 9C2KD0810FR452753
Data do Acidente: 13/05/2019

Local e Data: AREIAL,

Reginaldo Bernardo Pereira Junior
Assinatura do Declarante



OFÍCIO DO REG. CIVIL E TAB. DE NOTAS
Rua José Rodrigues Coura, SL-02, 53, Centro, São Sebastião de Lagoa de Roça-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
REGINALDO BERNARDO PEREIRA JUNIOR
Dou fe. São Sebastião de Lagoa de Roça/PB - 16/07/2019
Escrivente: Ana Lúcia Fernandes Diniz
Selo Digital: AJU81273-FJF3
Consulte a autenticidade em <https://autodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 10,90 Farpen R\$ 0,25 MP R\$ 0,17 Fajj R\$ 0,00

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

Cartório do Reg. Civil e Tabelionato
de S. S. Lagoa de Roça-PB
Vanderléia Gomes dos Santos
TITULAR EM EXERCÍCIO



Scanned with CamScanner



MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA


R. José Rodrigues Coura, 53, Centro • CNPJ: 08.742.438/0001-00 • Tel: (83) 3367-1066 • E-mail: prefeitura@lagoaderoca.pb.gov.br • Site: www.lagoaderoca.pb.gov.br

Governo: "Reconstruindo com Inovação"
SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Sr.^a MARIA APARECIDA DA SILVA, RG Nº 33.995.349-4, CPF Nº 072007017-18, sofreu um acidente de moto na BR 104 no dia 13 de maio de 2019, próximo a cidade de São Sebastião de Lagoa de Roça, sendo a mesma socorrida para o Hospital de Trauma de Campina Grande, onde teve seus cuidados médicos.

Atenciosamente,


Ítalo Rafael Coura de Alcântara
Secretário de Saúde
Matrícula: 1926

ÍTALO RAFFAEL COURA DE ALCÂNTARA
Secretário Municipal de Saúde
S.S. de Lagoa de Roça-PB.

São Sebastião de Lagoa de Roça, 18 de julho de 2019.

Scanned with CamScanner





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ESPERANÇA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Laudo médico

Declaro que a Srta. Maria
A. da Silva foi atendida
em parte data e/ou história
de osteomielite do osso
distal há 06 meses, e/
queixas de dor no pulso @,
além de queixas de
dormência crônica
resultado de avaliações
de laboratório laboratório
CID S52.3 / 41 54

Ericsson A. Marques
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA DE EMERGÊNCIA
Rua II, 42 - Prata - Campina Grande - PB
Tel. (83) 3341-3341 / 7297
ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO
DATA 12/12/19
Melhore sua letra. Uma má interpretação pode trazer danos ao paciente.
CNPJ: 08.993.909/0005-23 - Rua JK, S/N - Fone: (83) 3361-3816 / 3361-3817



Nome: MARIA APARECIDA DA SILVA

Nit: 1175426460-8

Aps: 13.0.21.902 - EQUIPE DE ATENDIMENTO DE DEMANDAS JUDICIAIS CAMPINA GRANDE

Número do Benefício: 546506129-0

Data de Concessão do Benefício: 07/06/2011

Comunicamos que lhe foi concedido **APOSENTADORIA INVALIDEZ PREVIDENCIARIA (32)** número **546506129-0** requerido em **07/06/2011** com renda mensal de **R\$ 350,00** com início de vigência a partir de **30/03/2007**.

Caso não tenha feito opção pelo crédito em conta corrente ou poupança, compareça na instituição bancária indicada abaixo, munido obrigatoriamente do documento de identificação apresentado no ato do requerimento do benefício. Os créditos subsequentes serão efetuados no **4º** dia útil de cada mês.

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

Dados do Pagamento do Benefício

Órgão Pagador / Agência Bancária: 313.624 / CAIXA - ESPERANCA

Endereço: R SOLON DE LUCENA N 90 - CENTRO


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



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 191218ACIEXA43



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 017.0.19.01143/01
Nº do Processo: Comarca: Esperança			Data de emissão: 18/12/2019
Classe Processual: ABERTURA, REGISTRO E CUMPRIMENTO DE T...			Data de vencimento: 31/12/2019
Número da guia: 017.2019.601143 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,66
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 506,60 Promovente: MARIA APARECIDA DA SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 117,19 - Despesas processuais postais: R\$ 18,16 Promovido: - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
Valor total: R\$ 643,30			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 433009283188 520191231015 701901143019 			Valor final: R\$ 643,30

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 017.0.19.01143/01
Nº do Processo: Comarca: Esperança			Data de emissão: 18/12/2019
Classe Processual: ABERTURA, REGISTRO E CUMPRIMENTO DE T...			Data de vencimento: 31/12/2019
Número da guia: 017.2019.601143 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,66
Promovente: MARIA APARECIDA DA SILVA Promovido:			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 18,16 - Cartas R\$ 18,16			Parcela: 1/1
Valor total: R\$ 643,30			Desconto total: R\$ 0,00
Valor final: R\$ 643,30			

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 017.0.19.01143/01
Nº do Processo: Comarca: Esperança			Data de emissão: 18/12/2019
Classe Processual: ABERTURA, REGISTRO E CUMPRIMENTO DE T...			Data de vencimento: 31/12/2019
Número da guia: 017.2019.601143 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 50,66
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 506,60 Promovente: MARIA APARECIDA DA SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 117,19 - Despesas processuais postais: R\$ 18,16 Promovido: - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
Valor total: R\$ 643,30			Desconto total: R\$ 0,00
866300000068 433009283188 520191231015 701901143019 			Valor final: R\$ 643,30





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 017.2019.601143

Data Vencimento: 31/12/2019

Data Emissão: 18/12/2019

Comarca: Esperanca

Classe: ABERTURA, REGISTRO E CUMPRIMENTO DE TESTAMENTO - CIVEL - 51

Promovente: MARIA APARECIDA DA SILVA

Promovido:

Valor da Causa: R\$ 7.812,50

Despesas Processuais: R\$ 18,16

Custas: R\$ 506,60

Taxa: R\$ 117,19

Total da Guia: R\$ 641,95

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Esperança

Processo: 0802288-02.2019.8.15.0171

AUTOR: MARIA APARECIDA DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, CPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício ou capazes de autorizar a descon sideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, CPC).

Ademais, observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas considerando que a prática forense tem revelado que a parte promovida não se dispõe a fazer acordo sem a realização da perícia médica, afigura-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, caput, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF) a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização, sobretudo em razão do benefício pleiteado já ter sido negado administrativamente.

Registra-se, todavia, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, CPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, CPC) a sua não realização no caso dos autos.

Portanto, **cite-se** a parte acionada para, querendo, oferecer contestação no prazo legal.



Esperança, **data** e assinatura eletrônicas.

Iêda Maria Dantas
Juíza de Direito em substituição





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Mista de Esperança

PROCESSO Nº 0802288-02.2019.8.15.0171

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro]

AUTOR: MARIA APARECIDA DA SILVA
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CITAÇÃO - INTIMAÇÃO

De ordem da MM. Juíza de Direito desta Comarca, Dra. Adriana Lins de Oliveira Bezerra, estamos citando o réu, DPVAT, para que, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), apresente resposta à inicial. Bem como, intimando-o de todo conteúdo do despacho cuja cópia segue em anexo.

ESPERANÇA-PB, 26 de outubro de 2020.

Analista/Técnico Judiciário

