



Número: **0804683-40.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 14202.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	BENEDITO JOAO DA SILVA
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12212823	24/01/2018 10:47	adm benedito joao da silva	Documento de Comprovação
12212828	24/01/2018 10:47	adm benedito joao despesas	Documento de Comprovação
12212834	24/01/2018 10:47	prot adm benedito joao	Documento de Comprovação
12283638	09/02/2018 10:38	Despacho	Despacho
18817526	24/01/2019 15:25	Certidão	Certidão
18817924	24/01/2019 15:35	Mandado	Mandado
18817925	24/01/2019 15:35	Expediente	Expediente
19563735	01/03/2019 10:04	Certidão	Certidão
19563961	01/03/2019 10:04	0804683-40.2018.8.15.2001	Outros Documentos
19742079	12/03/2019 23:20	mandado de citação e intimação	Diligência
19742100	12/03/2019 23:20	e2	Devolução de Mandado

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, Benedito José da Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR 3440071 EM 02/05/06 E

CPF 087406284-50 /CNPI _____, PROFISSÃO agente

E RENDA MENSAL DE R\$ 15M () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Benedito José da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 105084-4

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.

João Pereira 30 de agosto de 2017
LOCAL E DATA

Benedito José da Silva
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 seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221231

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

24/03/2017 HORA 11:03:43
DATA EFETIVACAO 24/03
CONVENIO 000333654
OPERADOR Kell...

AGENCIA 0044
CONTA 013.00105084-4
NOME BENEDITO JOAO DA SILVA

VALOR

COD OPERACAO 427631881

DISQUE CAIXA 0800 725
0101 OUVIDO
RIA 0800 725 7474

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Benedito José da Silva,

RG nº 3440071, data de expedição 02/05/06, Órgão SSP,

CPF nº 087406284-50, 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 Arroz</u>
Número	<u>nn</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Quilte de Mamanguape</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>9 87 86 9859</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30/08/17

Assinatura do Declarante: Benedito José da Silva

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor

Documento não pago

Bolota para pagamento

Nº 000 644 339



ENERGISA PARAIBA - 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. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA MARTA DOS SANTOS
SIT ARROZ S/N
CUI TE DE MAMANGUAPE

GDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/287020-2

REFERÊNCIA DATA DO CONSUMO VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

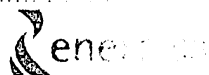
AGO/2017

17/08/2017

85

24/08/2017

R\$ 45,16



MARIA MARTA DOS SANTOS

Roteiro: 09-259-863-5680

83660000000-1 45160054000-4 02870202017-4 08702590019-9

VENCIMENTO

24/08/2017

R\$ 45,16

287020-2017-08-7





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2017

Ocorrência nº. 0453/2017

Aos VINTE E TRES dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrev(o) Ludecy Freire Ayres Barbosa, aí, por volta 11h:41min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA MARTA DOS SANTOS, conhecido por , Identidade nº 1.797.042-2ª VIA-SSP/PB, CPF nº 978.599.584-49, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteira, profissão: agricultora, filho(a) de Lyuiz João Dos Santos E De Marta Maria Da Conceição, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 01/06/1967 (49 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Arroz, Zona Rural De Cuié De Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de , fone(s) para contato: (83) 98874-9281.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas 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 TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 06 de fevereiro de 2016;
- 3) HORÁRIO: 15h:30min;
- 4) LOCAL: SÍTIO AROZ, ZONA RURAL, CUIÉ DE MAMANGUAPE*/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que informa a noticiante que o seu filho BENEDITO JOÃO DA SILVA, com 27 anos de idade, natural de Mamanguape/PB, nascido em 30.10.1988, RG:3440071-SSP/PB, do qual é procuradora, sofreu um acidente de transito no dia e hora e local acima citado, quando pilotava sua motocicleta marca YAMAHA/NX150 BROS KS, DE PLACA OCT-1275/PB, ANO/MODELO 2011 DE Cor preta, em nome de JOSE HALISON DE P. VASCONCELOS, momento em que colidiu contra motocicleta, vindo a cair, sendo socorrido pelo SAMU, para o Hospital de Emergencia e Trauma de João Pessoa/PB, tendo sofrido FRATURA DA TIBIA ESQUERDA + PERDA DE SUBSTANCIA CID 10 S 82 E L 98 8 CONFORME LAUDO EM ANEXO. .

6) OBSERVAÇÕES:

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

MARIA MARTA DOS SANTOS
Comunicante

Ludecy Freire Ayres Barbosa
Escrivão/Agente - Matrícula nº61.186-7

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Benedito José da Silva, portador da carteira de identidade nº 3440071 e inscrito no CPF/MF sob o nº 08740628450, residente e domiciliado na Sítio Anroz, Cidade Santa de Mamonanga Estado PB, 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.

Benedito José da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Rosa, 20/03/17

Local e data



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 888479 e PRONTUÁRIO nº 93280

PACIENTE: BENEDITO JOÃO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 30.10.88

Data e Hora do Atendimento: 06.02.16

Horário: 19:27h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto) apresentando quadro de TCE leve, fratura exposta da perna esquerda. Atendido pelo Dr. José Lopes de Sousa Filho CRM 6676 Dr. Marcelo Atila CRM 6456, Dr. Kaio Alexandre Fernandes CRM 8964, Dr. Teófilo Vanomark CRM 9690, Mario Augusto CRM 5177, Dr. Glauber Miranda CRM 9220.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA + PERDA DE SUBSTÂNCIA
CID 10 S 82 9 e L 98 8

PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia plástica, Rx da perna esquerda AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 07.02.16 com colocação de fixador externo e debridamento cirúrgico. Em 15.02.16 foi submetido à debridamento cirúrgico. Em 19.02.16 realizado procedimento cirúrgico com limpeza cirúrgica e coleta de material para cultura. Em 11.03.16 realizado tratamento cirúrgico com colocação de auto enxerto de pele. Em 09.05.16 realizado tratamento cirúrgico com retirada do fixador externo.

ALTA HOSPITALAR: 15.07.16



Data da Emissão: 21.11.16

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE
AUDITOR CVBAEETSHL
CRM - 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

= 05/02/16 =

			
BENEDITO JOAO DA SILVA		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: 29/08/2016		Alta: 05/09/2016	Tempo de Permanência:
Principais exames: PSEUDOARTROSE INFECTADA DE TIBIA PO DE ILIZAROV			
Paciente submetido à cirurgia sem intercorrências, evoluiu discreta deformidade e boa cobertura. Submetido a tto cirurgico com ILIZAROV e ressecção de sequestro osseo. Realizou ILIZAROV. Apresenta bom estado geral. Boa perfusão distal do membro operado. Sem queixas no momento. CULTURA ATUAL NEGATIVO			
Cirurgia realizada – data e equipe: PO DE ilizarov + CURATIVO + ATB IV			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: historia evolução, terapêutica, complicações: Paciente em bom estado geral, EF: ferida cirurgica de bom aspecto, perfusão tecidual satisfatória			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>Branda</u>			
Repouso:			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão			
Medicações para casa: <u>AINE + ATB + ANALGESICO + CURATIVO</u>			
Retorno: VIDE CARTÃO			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
05/09/16			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINSTERIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

De: _____
Assinado eletronicamente
Data: 05/09/2016
Hora: 14:30:30
Assinado por: _____



**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **087.406.284-50**

Nome: **BENEDITO JOAO DA SILVA**

Data Nascimento: **30/10/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **01/03/2007**

Dígito Verificador: **00**

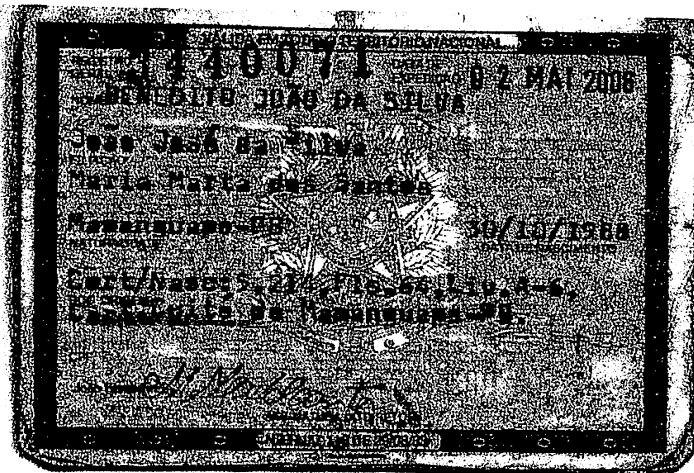
Comprovante emitido às: **14:20:16** do dia **13/09/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C839.1B0E.2FA4.7094**



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

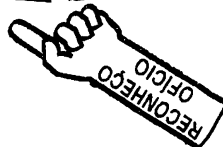


Declaração do Proprietário do Veículo

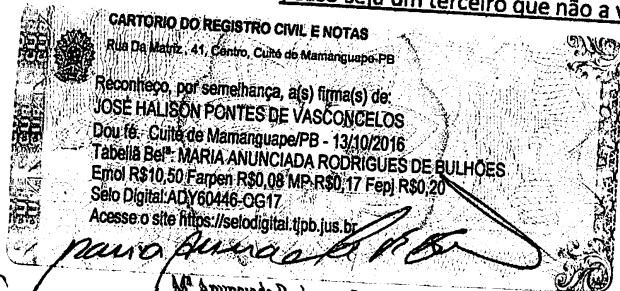
Eu, Jose Halison de Pontes Vasconcelos,
RG nº 1551980, data de expedição 1/1/,
Órgão SBP, portador do CPF nº 75419432404, com
domicílio na cidade de Monte de Moringuapá, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Av. Severino Jorge Silva, nº 1070,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Benedito José da Silva, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda NXR 150
Ano: 2011
Placa: OCT7215
Chassi: 9C2K D0550BR053428
Data do Acidente: 06.02.2016
Local e Data: —

Jose Halison de Pontes Vasconcelos
Assinatura do Declarante



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



Maria Anunciada Rodrigues Bulhões
Oficial do Registro Civil e Notas

VALOR R\$

NOME DO COMPRADOR:

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

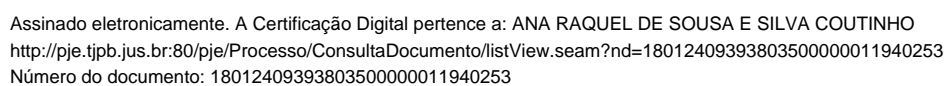
- ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
- a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas consequências impostas e suas reincidências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro).
- b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade de AUTENTICIDADE.

DE ACORDO:

ASSINATURA DO COMPRADOR: _____

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)
CONFORME ART. 369 C.P.C.

Num. 12212823 - Pág. 12



NFS-e		PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA SECRETARIA DA RECEITA MUNICIPAL NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e				Número da NFS-e 1000217	
Data e Hora da Emissão:		23/10/2017 15:18:17		Competência:			
Número do RPS:		168		Nº da NFS-e Substituída:		0	
				Código de Verificação:		XGJAPA9TN	
				Local da prestação:		JOAO PESSOA - PB	
Dados do Prestador de Serviços							
Razão Social/Nome:		ORTOTEC ORTOPEDIA TECNICA LTDA EPP					
Nome Fantasia:		ORTOTEC ORTOPEDIA TECNICA LTDA EPP				CNPJ/CPF:	
Endereço:		R DIOGO VELHO,, 00332, CENTRO, CEP: 58013110					
Exibibilidade Tribut.:		Inscrição Municipal:		607711			
Compl:				Município:		JOAO PESSOA - PB	
Telefone:		3262-1033		Email:		ortotecjp@lg.com.br	
Dados do Tomador de Serviços							
Razão Social/Nome:		BENEDITO JOAO DA SILVA					
Endereço:		SITIO ARROZ, S/N, CENTRO, CEP:58289000					
CNPJ/CPF:		08740628450		Inscrição Municipal:			
Compl:		Telefone:		Município:		CUTTE DE MAMANGUAPE - PB	
				Email:			
Discriminação do serviços							
Serviço confeccao de uma ferula de sarmento.(Valor entrada).							
Código do Serviço / Atividade							
4.13 / 865009901 - Atividades de optometristas							
Detalhamento Específico da Construção Civil							
Código da Obra:				Código Art:			
Tributos Federais							
PIS:	R\$ 0,00	COFINS:	R\$ 0,00	IR:	R\$ 0,00	INSS:	R\$ 0,00
						CSLL:	R\$ 0,00
Cálculo do ISSQN devido no Município				Outras Informações		Detalhamento de Prestação de Serviços	
Valor dos Serviços:		R\$ 400,00		Natureza da operação		Valor dos Serviços:	
(-) Deduções permitidas em Lei:				TRIBUTAÇÃO NO MUNICÍPIO		(-) Desconto Incondicionado:	
(-) Desconto Incondicionado:		R\$ 0,00		Regime Especial de Tributação		(-) Desconto Condicionado:	
(=) Base de cálculo		R\$ 400,00		Nenhuma		(-) Retenções Federais:	
(x) Alíquota %		5,00		Opção Simples Nacional		(-) Outras Retenções:	
ISS a reter:		() Sim (X) Não		Sim		(-) ISS Retido:	
(=) Valor do ISS: R\$		R\$20,00		Incentivador Cultural		(=) Valor Líquido:	
				Não		R\$ 400,00	
Avisos:							
1 - Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.							
2 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada, com a utilização do Código de Verificação, no sítio http://joaopessoa.pb.gov.br/							

NFS-e	PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA SECRETARIA DA RECEITA MUNICIPAL NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e				Número da NFS-e 1000215				
Data e Hora da Emissão:	17/10/2017 09:26:44	Competência:		Código de Verificação:	5OEL16CYM				
Número do RPS:	166	Nº da NFS-e Substituída:	0	Local da prestação:	JOAO PESSOA - PB				
Dados do Prestador de Serviços									
Razão Social/Nome:	ORTOTEC ORTOPEDIA TECNICA LTDA EPP								
Nome Fantasia:	ORTOTEC ORTOPEDIA TECNICA LTDA EPP				CNPJ/CPF:	24499337000153			
Endereço:	R DIOGO VELHO,, 00332, CENTRO, CEP: 58013110								
Exibibilidade Tribut.:		Inscrição Municipal:	607711						
Compl:		Município:	JOAO PESSOA - PB						
Telefone:	3262-1033	Email:	ortotecjp@ig.com.br						
Dados do Tomador de Serviços									
Razão Social/Nome:	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CUITÉ DE MAMANGUAPE								
Endereço:	AV SEVERINO JORGE E SENA, S/N, CENTRO, CEP:58289000								
CNPJ/CPF:	13099820000124	Inscrição Municipal:		Município:	JOAO PESSOA - PB				
Compl:		Telefone:		Email:					
Discriminação dos serviços									
Serviço confeccao de uma ferula de sarmento para o beneficiario Benedito Joao da Silva.									
Código do Serviço / Atividade									
4.13 / 865009901 - Atividades de optometristas									
Detalhamento Específico da Construção Civil									
Código da Obra:		Código Art:							
Tributos Federais									
PIS:	R\$ 0,00	COFINS:	R\$ 0,00	IR:	R\$ 0,00	INSS:	R\$ 0,00	CSLL:	R\$ 0,00
Cálculo do ISSQN devido no Município			Outras Informações		Detalhamento de Prestação de Serviços				
Valor dos Serviços:	R\$ 302,00	Natureza da operação		Valor dos Serviços:	R\$ 302,00				
(-) Deduções permitidas em Lei:		TRIBUTAÇÃO NO MUNICIPIO		(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00				
(-) Desconto Incondicionado:	R\$ 0,00	Regime Especial de Tributação		(-) Desconto Condicionado:	R\$ 0,00				
(=) Base de cálculo	R\$ 302,00	Nenhum		(-) Retenções Federais:	R\$ 0,00				
(x) Alíquota %	5,00	Opção Simples Nacional		(-) Outras Retenções:	R\$ 0,00				
ISS a reter:	() Sim (X) Não	Sim		(-) ISS Retido:	R\$ 0,00				
(=) Valor do ISS: R\$	R\$15,10	Incentivador Cultural		(=) Valor Líquido:	R\$ 302,00				
		Não							
Avisos:									
1 - Uma via desta Nota Fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços.									
2 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada, com a utilização do Código de Verificação, no sítio http://joaopessoa.pb.gov.br/									



ORTOTEC ORTOPIEDIA TÉCNICA LTDA.

A segurança em Botas, Coletes, Próteses e Aparelhos Ortopédicos em Geral.

Rua Diogo Velho, 332 - Centro - João Pessoa-PB - CEP: 58.013-110 - Fone/Fax: (83) 3262.1033 / 3566.1060 - CNPJ: 24.499.337/0001-53 - Insc. Estadual 16.084.760-5

Rua Professor Virgílio Campos, 720 - Farol - Maceió - AL - CEP: 57.055-710 - Fone: (82) 3241.1675

www.ortotec.com.br - ortotecortopediajp@gmail.com - (83) 99163.3974

RECIBO R\$ 702,00

Recebemos de (a) Benedito João da Silva

Importância de R\$ Setecentos e dois reais

Referente a confeção de uma fíbula para MIE

Pelo qual dou plena e geral quitação.

João Pessoa, 23 de outubro 2017

[Assinatura]

Assinatura Recebedor

Gráfica: (83) 98820.4613 / 99322.4178

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: BENEDITO JOÃO DA SILVA
Qualificação: Marido
CPF/MF: 087406284-50 RG: _____
Endereço: Sítio Anroz, m Quinto de Momonyuape-PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.


GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, de _____ de 2017.

Benedito João da Silva
Outorgante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443717/17
Vítima: BENEDITO JOAO DA SILVA
CPF: 087.406.284-50

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 06/02/2016
Titular do CPF: BENEDITO JOAO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

BENEDITO JOAO DA SILVA : 087.406.284-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

F

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 16/11/2017
Nome: BENEDITO JOAO DA SILVA
CPF/CNPJ: 087.406.284-50

Data do cadastramento: 16/11/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

BENEDITO JOAO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa



Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0804683-40.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intemem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de

conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, na data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
1ª Vara Cível da Capital

PROCESSO Nº 0804683-40.2018.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM (7)
[SEGURO]

AUTOR: BENEDITO JOAO DA SILVA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos da notificação do perito:

Zimbra

jpa.1varacivel@tjpb.jus.br

perícia

De : 1A. VARA CIVEL <jpa.1varacivel@tjpb.jus.br> Qui, 24 de jan de 2019 15:24

Assunto : perícia

Para : antoniovituriano@outlook.com

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos de nº 0804683-40.2018.8.15.2001, com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou

fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.

Att,
Juízo de Direito da 1ª Vara Cível da Capital.

1ª Vara Cível da Capital-Pb, 24 de janeiro de 2019.

ALEX OLINTO DOS SANTOS

Chefe de Cartório

Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0804683-40.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também intimado para em de dez(10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00; correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação

JOÃO PESSOA, em 24 de janeiro de 2019.

De ordem, ALEX OLINTO DOS SANTOS
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

18012409402112800000011940237



Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0804683-40.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intemem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de

conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, na data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
1ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0804683-40.2018.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM (7)
[SEGURO]

AUTOR: BENEDITO JOAO DA SILVA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos do(s) documento(s) em anexo.

1ª Vara Cível da Capital-Pb, 1 de março de 2019.

JANAYNA DE FATIMA MARCAL VIDAL

Técnico Judiciário

João Pessoa, 18 de fevereiro de 2019.

Ao Excelentíssimo Juiz da 1ª Vara Cível da Capital

Referente ao Processo nº 0804683-40.2018.8.15.2001

Assunto: Aceitação de encargo e designação de data de perícia

Senhor Juiz,

Venho através deste, comunicar a Vossa Excelência a aceitação de encargo, bem como os honorários profissionais arbitrados, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme convênio entre o Tribunal de Justiça da Paraíba e a Seguradora Líder, referente aos processos que tramitam nesta Unidade Judiciária, relacionados aos pedidos de indenização do seguro obrigatório DPVAT, com as mesmas características realizadas no Mutirão DPVAT pelo Tribunal de Justiça da Paraíba e as Seguradoras integrantes do Consórcio. Aproveito a oportunidade para solicitar que seja intimada a seguradora ao pagamento antecipado dos honorários periciais.

Por oportuno, solicito que sejam intimadas as partes que irem realizar as periciais solicitadas, a partir das 14:00 horas da tarde do dia 09/04/2019, na Policlínica das Praias, localizada na Avenida Ruy Carneiro, nº 166, Manaira, munido de todos os atestados e exames complementares de que dispõe.

Dados do perito: Antonio Vituriano de Abreu, CRM 2279 – PB, CPF: 095.649.504-49, conta corrente no Banco do Brasil – Ag. 3396/ Conta Corrente – 118901-8.

Atenciosamente,


Dr. Antonio Vituriano de Abreu

Médico Ortopedista-Traumatologista

CRM: 2279

CERTIDÃO

Certifico que citei e intimei o Bradesco Seguros S/A através da gerente operacional Vanda Carmem Fabricio Wanderley. Na oportunidade, a mesma leu o mandado, lançou o seu ciente e recebeu a contrafé. Dou fé.

João Pessoa, 01/03/2019

Oficial de Justiça

Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0804683-40.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também intimado para em de dez(10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00; correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação

JOÃO PESSOA, em 24 de janeiro de 2019.

De ordem, ALEX OLINTO DOS SANTOS
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18012409402112800000011940237

Assinado eletronicamente por: ALEX OLINTO DOS SANTOS
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 18817924

19012415351013800000018311847

Vanda Carmen Fabricao Wanderley
Gerente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB

Bradesco

-01-Mar-2019-10:19-179611-E/

Bradesco Auto Re Cia de Seguros.