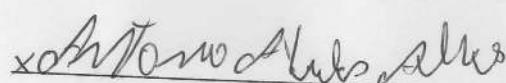


PROCURAÇÃO PARA FORO EM GERAL

Outorgante: **ANTÔNIO AIRES ALVES**, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG nº 1.115.643, SSP/PB e do CPF nº. 491.753.864-53, residente e domiciliada na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 105, Centro, CEP: 58.735-000, Teixeira – PB.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu (s) bastante (s) procurador (es): **RENNAN CÁSSIO MAIA OLIVEIRA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB, sob Nº. 23153 e **JULIANO FERREIRA RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB, sob Nº. 24844 com Escritório Profissional situado na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 40, Centro de Teixeira - PB, CEP 58.735-000, aos quais confere poderes para o foro em geral, tais quais os da cláusula *ad judicia* e *et extra*, nos termos do artigo 38, inclusive parte final do Código de Processo Civil, podendo contestar, transigir, desistir, receber e dar quitação, receber intimações, notificações, firmar compromisso de inventariante, bem como de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventários e arrolamentos, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, representando o outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartições públicas federais, estaduais e municipais, conjunta ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes, com poderes especiais para ofertar contestação, bem como pedido contraposto de ação de guarda.

Teixeira - PB, 14 de fevereiro de 2018.



- Outorgante -

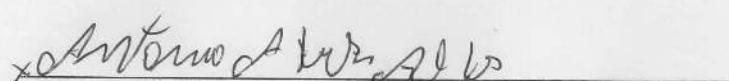


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ANTÔNIO AIRES ALVES**, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG nº 1.115.643, SSP/PB e do CPF nº. 491.753.864-53, residente e domiciliada na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 105, Centro, CEP: 58.735-000, Teixeira – PB, declaro que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Teixeira – PB, 14 de fevereiro de 2018.



- Declarante -

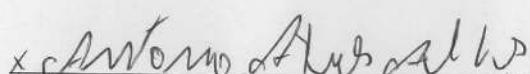


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ANTÔNIO AIRES ALVES, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG nº 1.115.643, SSP/PB e do CPF nº. 491.753.864-53, residente e domiciliada na Rua Pe. Vicente Xavier, nº 105, Centro, CEP: 58.735-000, Teixeira – PB, **DECLARO** com base na Lei nº. 7.115/1983 (Lei da Desburocratização) que sou residente e domiciliado no endereço supra mencionado.

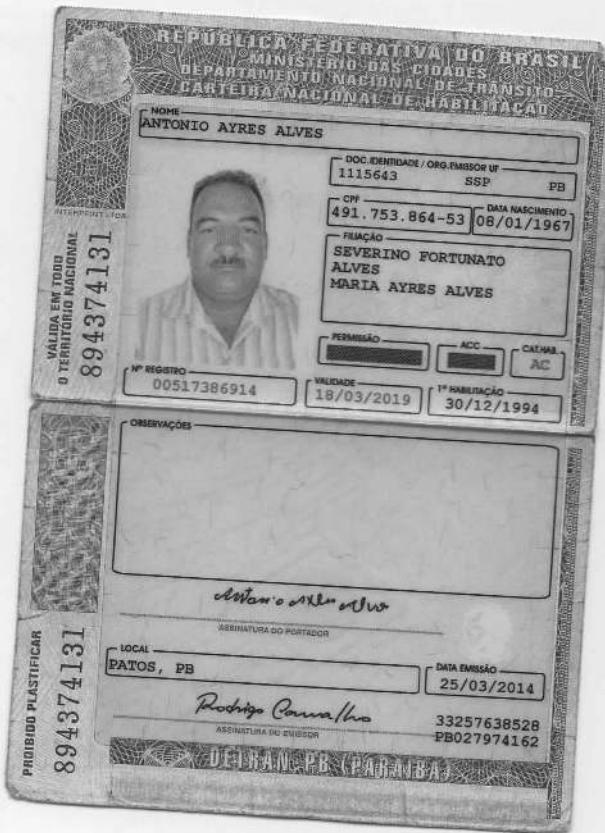
Por ser a expressão da verdade, firmo a presente para efeitos legais, aonde atesta que vive e reside verdadeiramente no endereço supra mencionado, assumindo qualquer responsabilidade cível e criminal.

Teixeira – PB, 14 de fevereiro 2018.



- Declarante -





Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 14/02/2018 19:37:39
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18021419160954500000012259911
Número do documento: 18021419160954500000012259911

Num. 12544148 - Pág. 1



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: ANTÔNIO AYRES ALVES
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO
Profissão: MOTORISTA
Identidade: 1115643 CPF: 493 753 864-53
Endereço: RUA PE. VICENTE XAVIER, 105, CENTRO TEIXEIRA-PB

OUTORGADO:

Nome: RENNAN CÁSSIO MAIA OLIVEIRA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: ADVOGADO
Identidade: 3199470 CPF: 067.848.354-30
Endereço: RUA JOSÉ JERÔMEO, 93, CENTRO TEIXEIRA-PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima
ANTÔNIO AYRES ALVES

TEIXEIRA-PB, 18 DE DEZEMBRO DE 2017

Local e data

FIRMA

Antônio Ayres Alves

Assinatura do Outorgado
(reconhecer firma por aut.)



AVASTI ROCHA - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Av. Presidente Vargas, 12 - Centro - Teixeira - PB
Fone: (83) 3222-1000 - Celular: (83) 98888-1000
E-mail: avastirocha@avastirocha.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
ANTÔNIO AYRES ALVES

Ea test. da verdade, Teixeira-PB, 18/12/2017, 16:20hs.
Nayana Maria Nunes Torres - Escrivane Nayana Maria Nunes Torres
(2017-005325)EMULSION X9-22 FANTENIA 0,2% PFP 2000 P.09
SELLO DIGITAL: AD077PN7-0CQ6
Confira a autenticidade no <https://selodigital.tjpb.jus.br>







DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Rennan Císsio Maia Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.846.354-30, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Ayres Alves inscrito (a) no CPF sob o N° 491.753.864-53, do sinistro de DPVAT cobertura Involúctez da Vítima Antônio Ayres Alves inscrito (a) no CPF sob o N° 491.753.864-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSA Renda: RECUSA e apresento os documentos comprobatórios:
RECUSA

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua José Geronimo</u>	Número	<u>23</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Tijucas</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>RECUSA</u>	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>83) 99958-2733</u>

Tijucas - PE, 02 de Junho de 2018
Local e Data

Rennan Císsio Maia Oliveira
Assinatura do Declarante

DLORL.001.V001/2017



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima:

491.753.864-53

Nome completo da vítima:

Antônio Ayres Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Antônio Ayres Alves	CPF titular da conta	491.753.864-53	Profissão	Recluso
Endereço	Rua Pe. Vicente Xavier	Número	105	Complemento	Casa
Bairro	Centro	Cidade	Flexeira	Estado	RS
Email	recluso	Telefone (DDD)	83 99958-2737		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 3356 DIV. 8 CONTA NRO.: 8096 DV. 9
(Informar dígito se existir)

■ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO.: _____ DIV. _____ CONTA NRO.: _____ DV. _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

16/02/18, 02 de fevereiro de 2018

Local e Data

Antônio Ayres Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio Ayres Alves,

RG nº 1115643, data de expedição 02/04/1985, Órgão SSP/PB,

CPF nº 491 753 864-53, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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>Rua Pe. Vicente Xavier</u>
Número	<u>105</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Lentim</u>
Cidade	<u>Lentim</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58735-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99958-2737</u>
E-mail	<u>Recluso</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Lentim - 02 de junho de 2018

Assinatura do Declarante:

Antônio Ayres Alves





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antônio Ayres Alves

CPF da Vítima

491753.864-53

Data do Acidente

23/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

18/02/18 02 de fevereiro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



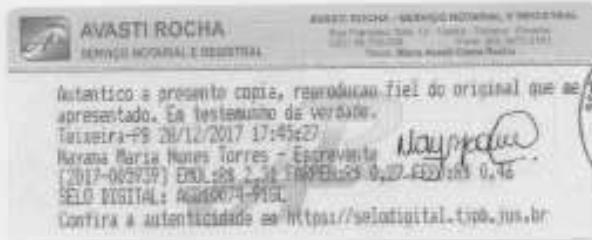
CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 003/2017 constatei a Ocorrência Policial nº 515/2017 cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de novembro do ano de dois mil e dezessete nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. **ADJUTO DIAS DE ARAÚJO NETO**, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 09h50min compareceu **ANTONIO AYRES ALVES**, brasileiro, casado, natural de Teixeira/PB, nascido aos 08/01/1967, filho de Severino Fortunato Alves e de Maria Ayres Alves, residente na rua Padre Vicente Xavier nº 105 – Teixeira/PB. Para informar a seguinte ocorrência: QUE na data de 23/10/2017 por volta das 10:00 horas, o noticiante conduzia o veículo M. Benz L 1620, cor vermelha, ano de fabricação e modelo 2006, placa MYW4630/PB, chassi 9BM6953046B501353, licenciado em nome Do Sr. **ANTONIO AYRES ALVES**, carregado com água; QUE seguia viagem de Barreiros/PE com destino ao Sítio Santa Fé, zona rural de Cacimbas/PB, quando nas proximidades do Distrito de Albuquerque Né/PE e TUPARETAMA/PE, perdeu o controle do veículo vindo a capotar; QUE sofreu fratura no punho direito; QUE foi socorrido pela ambulância de TUPARETAMA/PE e encaminhado ao Hospital Regional de Patos/PB, onde recebeu atendimento médico . E nada mais foi registrado. **TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL**, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos). -

Teixeira-PB, 29 de novembro de 2017.

NOTICIANTE: Nívea Alves Alves

PETRUCIA CIRILO DE CARVALHO
Agente de Investigação
Mat. 168.205-9





Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 14/02/2018 19:37:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18021419292174500000012260011>
Número do documento: 18021419292174500000012260011

Num. 12544248 - Pág. 10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 013748141555	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CPF / CNPJ	DATA EMISSÃO	
1	0089511501-0	24/0000049 2017	
DONO			
ANTONIO AYRES ALVES			
PLACA ANT. / UF	PLACA		
49175386453	MYW4530/PB		
CAP / POT / DL	CATEGORIA		
16.167/231 /CV	ALUGUEL		
IPVA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS	
	00/00/0000	1 ^ª	
	PAGAMENTO / COTAS	2 ^ª	
		3 ^ª	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	DE PRAZO	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	9.400	31/10/2017
OBSERVAÇÕES			
A.P. BV FINANCEIRA S.A.			
TEIXEIRA - PB	LOCAL	DATA	
36994		01/11/2017	
36838			

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT.

PB Nº 013748141555 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO

2017 | 01/11/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	49175386453	MYW4530/PB
REINAVAM	MARCA / MODELO	
00895115018	M. BENZ/L 1620	
ANO FAB.	DE PRAZO	M.CABOS
2006	10	9BM69530468501353
PRÉMIO TARIFÁRIO		
PRÉMIO (R\$)	DETAN (R\$)	VALOR DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	DE PRAZO	TOTAL DO PREMIO (R\$)
*****	SEGURO	PAGO
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO
COTA ÚNICA	PARCELADO	31/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

OMP/08.346.000/0001-04

0007100





ESTADO DO PERNAMBUCO
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUPARETAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATENDIMENTO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Declaro para os devidos fins de comprovação, que a Secretaria Municipal de Saúde atendeu no dia 23.10.2017, por volta das 10h00min, o Sr. **ANTÔNIO AYRES ALVES**, após sofrer um acidente de trânsito ocorrido na rodovia PE 275, entre o distrito de Albuquerque Né – PE e Tuparetama –PE, onde o mesmo era o condutor do veículo. A vítima foi socorrida pela ambulância deste município e levada até o Hospital Regional de Patos.

Tuparetama – PE, 27 de dezembro de 2017.

Alex Gomes Amorim
Secretário de Saúde
Matrícula: 1717
ALEX GOMES AMORIM
- SECRETÁRIO DE SAÚDE -





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 102342
Corrência: URGENCIA

Data/Hora: 23/10/2017 15:42:43

Servidor do Dr.:

Paciente ANTONIO AYRES ALVES

Idade: 50 Sexo: M

Filiação

Paiz: SEVERINO FORTUNATO ALVES
Mae: MARIA AYRES ALVES

Endereço

Cidade: TEIXEIRA - PB - 58735-000 - 2516706
Endereço: PADRE VICENTE XAVIER
Bairro: CENTRO
Naturalidade: TEIXEIRA - PB
Fone: (83)99858-0855

N.: 105

Documentos

CNS:
Identidade: 1115643 SSP PB
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 8/1/1967
Cor: BRANCA
Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: MOTORISTA

Responsável: *SEVERINO FORTUNATO*

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Dor no peito e apreensão

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperfeitos)

*Dor
doloroso
intenso*

PAUTA

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

*RA
BT
X punto D*

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em: _____ / _____ / _____

Repcionista: LIGIA CLEA



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome:	<u>Dra. Ana Dyner Murer</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia	<u>24/12/17</u>	Enf.	Leito
Cirurgião	<u>Dra. Josélia Souza</u>		1º Auxiliar <u>Dra. Monica Souza</u>
Anestesista	<u>Dra. Ana Paula Souza</u>		Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório	<u>Fistula Recto Urticaria P.</u>		
Tipo de Cirurgia	<u>ostecoresektomia Recto urticaria P.</u>		
Diagnóstico Pós Operatório	<u>O Herdado</u>		
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Achados Durante a Cirurgia			

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais

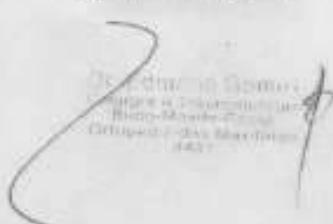
<p>1) Par abri. dos ócitos intestinos</p> <p>2) Assépsis + Geral + Limpos cirúrgicos</p> <p>3) Tep + capa - Tep + pinças e corti fixar</p> <p>4) Herdado fístula recto urticaria P.</p> <p>5) Limpos (1) Sf 0,9% + (resto + férias)</p> <p style="text-align: right;">João H. Souza Souza Ortopedista e Traumatologista CRM-PB 7617</p>



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	<i>Renan Apur Alves</i>		
DA CLÍNICA	<i>Cajazeiras</i>	ENFERMARIA	<input type="checkbox"/>
A CLÍNICA	<i>Renato Leite (BMT)</i>	LEITO	<input type="checkbox"/>
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
	<i>Pneumonite</i> <i>Traqueobronquite</i>		
<i>23/10/2012</i>		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
PARECER: <i>Paciente portador de anemia com eritroblastose seu parente de convivência com o paciente e o referencial médico contatado para consulta: contatado</i> <i>Alta 5.m.s</i>			
<i>23/10/2012</i>			
DATA		ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Aurus Ayres Alves

DA CLÍNICA

Clínica

A CLÍNICA

Trauma

ENFERMARIA
LEITO

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Tumor ósseo lato

23/12/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

f x piso 6
após fermez

6F: 7º or, adomz
definitiva

Co infusão
O.C a fe

23/12/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Dr. Diogo S. Sampaio
Ortopedista e Traumatologista

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE Antônio Aguiar Alves			GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE		
P	LEITO	COVADON:	NAME:	REGISTRO	
98	06	SWS	50	102352	
CIRURGIA TTC cirurgia Pulsos			CIRURGÃO Dr. Júnior		
ANESTESIA Sedacol			ANESTESISTA Dr. Júnior		
NUTRIMENTOS já lanche		DATA 24/10/17	HORARIO 12:30	PERI	HOSPITAL REGIONAL DR. JANUARÝ CARNEIRO

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipos p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 2 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletródos desc.
	Neocain		Atadura de Crepon 10cm
	Halotano		Atadura de Crepon 20cm
	Thionombutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Urinária
	Pavulon		Sonda Neogástrica
	Dorminil		Éter Sulfúrico
L	Fentanil 0,05mg		Drano Penrose
	Xiletestesina 5%		Drano Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodimida		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Publicovaina 0,5%		PVP Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar-		Algodão Ortopédico
	Foranu		Cidex
	Sufenta		Vaseline Estéril
	Diazepam		Aiguilhas descartáveis
I	Água destilada 10ml		Pastilha de Fomol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efordil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plastil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espirin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilaril		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aiguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		



HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital:		Endereço:	Leito:	Nº Permanente:	
FOLHA DE ANESTESIA		<i>Antônio Wyrus Nl</i>		Médico: <i>Silveira</i> Orf.: <i>D</i>	
Data:	Peso/Altura:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tensão Arterial:	174x180				
Tensão Arterial:	Hemoglobina:	Hemocromo:	Glicose:	Urina:	Urines:
D-Ritmo					
Anamnese:			Exame:		
Ap. Cardíaco:			Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:			Dentes:	Pescoco:	Ap. Urinário:
Histórico Mental:			Respiratório:	Gástrico:	Alergia:
Diagnósticos Pós-Operatório:			<i>F. Paul D. O.</i>		Ritmo Físico:
Anestesia Administrada:					
Medicação Pré-Anestésica:			Admissão:	Estado:	
Anestesia: <i>150</i> Anestesia: <i>02</i> <i>Eduardo</i>			INDUÇÃO		
			Satur:	Excl:	Dose:
Anestesia: <i>150</i> Anestesia: <i>02</i> <i>Eduardo</i>			MANUTENÇÃO		
			Laringo:	Laringo:	Náuseas:
Anestesia: <i>150</i> Anestesia: <i>02</i> <i>Eduardo</i>			DESPERTAR		
			Ritmo:	CO2:	Excl:
Anestesia: <i>150</i> Anestesia: <i>02</i> <i>Eduardo</i>			CONDICIONES		
			Dose:	para o laboratório:	n/a:
Anestesia: <i>150</i> Anestesia: <i>02</i> <i>Eduardo</i>			Câncer:		
Efetuar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias					

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLÍNICAS**

Paciente: ANTONIO AYRES
Medico: DIEGO S.SANTIAGO
Laboratorio: INTERNO
Enfermaria: SÃO JOSE

Nascimento: 08/01/1967 Idade: 50 Sexo: M
Cod. Pac.: 16992 Protocolo: 38268
24/10/2017 11:47:25
Leito: 4

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA:

Material: SANGUE
Método: AUTOMATIZADO

SÉRIE VERMELHA

		Masculino > 13 anos	Feminino > 13 anos
Eritrócito:	5.680.000 /mm ³	4.4 - 6.1 milhões/mm ³	4.2 - 5.4 milhões/mm ³
Hemoglobina:	15,2 g%	13,5 - 18,0 g%	11,5 - 18,0 g%
Hematócrito:	46,5 %	40 - 54 %	37 - 47 %
V.C.M.:	85,0 uL	80 - 98 uL	80 - 98 uL
H.C.M.:	28,0 pg	25 - 35 pg	25 - 35 pg
C.H.C.M.:	33,0 %	31 - 36 %	31 - 36 %
R.D.W.:	15,1 %	11,5 a 14,5 %	11,5 a 14,5 %

Observação Série Vermelha:

SÉRIE BRANCA

		Maiores de 13 anos			
Leucócitos Totais	9.000	4.000 a 10.000 /mm ³			
Mielócitos	0	0	0	-	0
Metamielócitos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Bastonetes	3	270	0 a 5	-	0 a 500
Segmentados	69	6210	40 a 70	-	1.600 a 7.000
Eosinófilos	1	90	0 a 5	-	0 a 500
Basófilos	0	0	0 a 1	-	0 a 100
Linfócitos					
Tipicos	22	1980	20 a 35	-	800 a 3.500
Atípicos	0	0	-	-	-
Monócitos	5	450	2 a 10	-	80 a 1000

Observação Série Branca:

CONTAGEM PLAQUETAS

Resultado: 200.000
Valores de Referência: 150.000 a 450.000

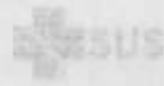
Morfologia

Método: AUTOMATIZADO


 Dr. Janduhy Carneiro
 Bioquímica
 CRM PB 1281



SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
DEP. JANDUHY CARNEIRO
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS



Paciente: ANTONIO AYRES
Medico: DIEGO S. SANTIAGO
Laboratorio: INTERNO
Enfermara: SAO JOSE

Nascimento: 08/01/1967 Idade: 50 Sexo: M
Cod. Pac.: 16992 Protocolo: 38263
24/10/2017 11:47:25
Letto: 4

BIOQUIMICA I

GLICOSE	73,0 mg/dL
Materia: PLASMA	Referencia: -
Metodo: ENZIMATICO AUTOMATIZADO	



JANDUHY CARNEIRO
CRF-PB 108



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) Patrícia Ayres Ferreira, portador(a) da identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S52.4, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (semanas) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 26/01/18

(Assinatura)

Assinatura e Câmbio do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1º VIA-PACIENTE 2º VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 98.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NÓBREGA, 8/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
02/01/2018 AUTO-ATENDIMENTO 15.25.17
115601156 007

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO
AGENCIA: 1156-8 CONTA: 13.889-6
CLIENTE: RENNAN CASSIO M OLIVEIRA

FAVORECIDO
AGENCIA: 1156-8 CONTA: 8.096-9 VAR: 51
CLIENTE: ANTONIO AYRES ALVES
VALOR: 1,00

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.





Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO AYRES ALVES**
Nº Sinistro: **3180014401**
Vitima: **ANTONIO AYRES ALVES**
Data do Acidente: **23/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180014401**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12204119



Pag. 01669/01670 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA - 14/02/2018 19:37:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18021419355228800000012260034>
Número do documento: 18021419355228800000012260034

Num. 12544272 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO AYRES ALVES**
Nº Sinistro: **3180014401**
Vitima: **ANTONIO AYRES ALVES**
Data do Acidente: **23/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **RENNAN CASSIO MAIA OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180014401**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12205532

Pag. 01405/01406 - carta_03 - INVALIDEZ



00030703



DESPACHO

Vistos etc.

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

Observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas, mesmo tendo a parte autora manifestado seu interesse na composição consensual, verifica-se que eventual conciliação só seria obtida após a produção da prova técnico-pericial, afigurando-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, inefficiente (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. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como **fase preliminar da própria audiência de instrução** (art. 359, NCPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, NCPC).

Cite-se a parte acionada para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 231, NCPC, devendo constar ainda do mandado ou carta, além dos requisitos do art. 250, NCPC, a ressalva do art. 344, NCPC, no sentido de que, “*se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor*”.

Cumpra-se.

Teixeira/PB, data e assinatura digitais.

Carlos Gustavo Guimarães Albergaria Barreto

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: CARLOS GUSTAVO GUIMARAES ALBERGARIA BARRETO - 27/03/2018 13:30:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032713303363300000012972261>
Número do documento: 18032713303363300000012972261

Num. 13280515 - Pág. 1

**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Teixeira
Rua Cel. Manoel de O. Lira, S/N, Centro, TEIXEIRA - PB - CEP: 58735-000
TEIXEIRAO**

()

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0800133-79.2018.8.15.0391

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO, INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL]

AUTOR:ANTONIO AYRES ALVES

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74,5° andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito da Vara Única de Teixeira, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, contados na forma do art. 231, NCPC, devendo constar ainda do mandado ou carta, além dos requisitos do art. 250, NCPC, a ressalva do art. 344, NCPC, no sentido de que, “*se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor*”.

TEIXEIRA, em 11 de abril de 2019.

MIRLANY KHIVIA NUNES DE OLIVEIRA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <http://pje.tjpbjus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO “Número do documento” INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:18032713303363300000012972261 E
18021419071138600000012259873