

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO
 DOC. REGISTRO / ORG. EMISSOR UF: PB
 2875523 SSP
 DATA NASCIMENTO: 057.568.464-09 28/08/1985
 FILIAÇÃO: OLAVO LOPES BRASILEIRO
 MARIA DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO
 PERMISSÃO: ACC CENAL AB
 Nº REGISTRO: 03082842420
 1ª VALIDADE: 15/04/2019
 2ª VALIDADE: 06/11/2003

OBSERVAÇÕES:

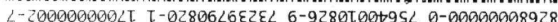
OLAVO BRUNO DE A. BRASILEIRO
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: JOAO PESSOA, PB
 DATA EMISSÃO: 16/04/2014
 ASSINATURA DO EMISSOR: *Roberto Sousa/ho*
 1504005083
 PB0284450388

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 904113440

RÓDIDO PLASTIFICAR
 904113440





 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
KELLY MIRANDA FERREIRA

Nº de Inscrição
009876054-88


Data do Nascimento
04/08/81




P.06.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA-CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR
Kelly Miranda Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura *Kelly Miranda Ferreira*
KELLY MIRANDA FERREIRA

S
E
R
V
I
D

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em : 09/02/99

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.236.166-2 via DATA DE EXPEDICÃO 21 MAI 2003

NOME KELLY MIRANDA FERREIRA

FILIAÇÃO Josania Jorge Ferreira

Maria de Lourdes Miranda Ferreira

NATURALIDADE João Pessoa PB DATA DE NASCIMENTO 04.08.1981

DOC ORIGEM Cert.Nasc.20820-Fls.297.Liv.20.3º.

Cart.J.Pessoa PB.

CPF

João Pessoa - PB ASSINATURA DO DIRETOR *[Assinatura]*

LEI N° 7.116 DE 29/08/83





AZEVEDO ROCHA ADVOCACIA

PROCURAÇÃO PARTICULAR "Ad judicium et extra e Ad negotia"

OUTORGANTE: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 057.568.964-89, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA WALDEMAR SANTIAGO DE OLIVEIRA, 366, MANGABEIRA, JOÃO PESSOA/PB, CEP: 58059-322.

OUTORGADOS: VICTOR SALLES DE AZEVEDO ROCHA, brasileiro, casado, Advogado, OAB/PB nº 19.965; e KAUANNY SANTOS PAIVA ROCHA, brasileira, Estagiária de Direito, inscrita no CPF sob o nº 103.406.584-01 e RG 4127908 SSP-PB; ambos com endereço profissional na Rua Marcos Joane da Costa, S/N, Jardim Cidade Universitária, João Pessoa/PB, Fone: (83) 98840-1340.

FINALIDADE: Propor Ação judicial, extrajudicial, procedimento administrativo ou similares.

PODERES: Amplos, totais e especiais poderes, com o concurso das cláusulas "ad judicium et extra e Ad negotia", para em juízo ou fora dele, defender os direitos e interesses do (s) Outorgante (s), podendo, para tanto, formular pedidos, assinar petições e intimações, apresentar recursos nos Tribunais competentes e acompanhá-los até o trânsito em julgado da demanda, conferindo poderes especiais para peticionar em qualquer órgão da Administração Pública, direta ou indireta, a nível federal, estadual e municipal, inclusive autarquias, empresas públicas e empresas de economia mista, podendo ainda, confessar, variar, desistir, acordar, discordar, transigir, firmar compromissos ou acordos, declarar em nome do outorgante que o mesmo não tem condições de pagar as custas processuais, nos termos do art. 3º da Lei nº 7.115/83, requerer justiça gratuita, receber e dar quitação, receber citação inicial, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, levantar precatório, alvará, crédito referente ao valor devido na presente demanda, depositado em poupança, ou conta na Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, ou qualquer outra instituição bancária ou financeira, levantar a quantia prevista em contrato, referente a honorários, ficando ressalvado que os mesmos são devidos, em caso de desistência ou acordo por parte do ora Outorgante, sem a expressa concordância do Outorgado, enfim, praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, de caráter irrevogável, e acompanhá-la até o seu final, em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

O(a) Outorgante, declara, ainda, para todos os fins de direito, ser pobre na forma da Lei nº 1.060/50, não dispondo de recurso financeiro capaz de arcar com custas e despesas processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família.

João Pessoa, 16 DE NOVEMBRO DE 2017

- Outorgante / Declarante -

Tel.: (83) 8840-1340 / E-mail: victorsalles.advogado@gmail.com
www.victorsalles.jur.adv.br





AZEVEDO ROCHA ADVOCACIA

PROCURAÇÃO PARTICULAR "Ad judicium et extra e Ad negotia"

OUTORGANTE: KELLY MIRANDA FERREIRA, BRASILEIRA, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 009.876.054-88, RESIDENTE E DOMICILIADA NA RUA WALDEMAR SANTIAGO DE OLIVEIRA, 366 - MANGABEIRA, JOÃO PESSOA PB, CEP 58059-322

OUTORGADOS: VICTOR SALLES DE AZEVEDO ROCHA, brasileiro, Advogado, OAB/PB nº 19.965, inscrito no CPF sob o nº 095.418.124-73; KAUANNY SANTOS PAIVA ROCHA, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 103.406.584-01 e RG 4127908 SSP-PB; JEAN CARLOS CONSTANTINO DE AZEVEDO, inscrito no CPF sob o nº 113.170.704-45; JACIARA THAÍS FELIX MATIAS DE AZEVEDO, brasileira, inscrita no CPF sob o nº 113.170.704-45; PHILIP KEVIN DA ROCHA VIEGAS, brasileiro, Advogado, OAB/PB nº 20.385, inscrito no CPF sob o nº 082.077.574.69, todos com endereço profissional na Rua Marcos Joane da Costa, S/N, Jardim Cidade Universitária, João Pessoa/PB, Fone: (83) 98840-1340.

FINALIDADE: Propor Ação judicial, extrajudicial, procedimento administrativo ou similares.

PODERES: Amplos, totais e especiais poderes, com o concurso das cláusulas "ad judicium et extra e Ad negotia", para em juízo ou fora dele, defender os direitos e interesses do (s) Outorgante (s), podendo, para tanto, formular pedidos, assinar petições e intimações, apresentar recursos nos Tribunais competentes e acompanhá-los até o trânsito em julgado da demanda, conferindo poderes especiais para peticionar em qualquer órgão da Administração Pública, direta ou indireta, a nível federal, estadual e municipal, inclusive autarquias, empresas públicas e empresas de economia mista, podendo ainda, confessar, variar, desistir, acordar, discordar, transigir, firmar compromissos ou acordos, **declarar em nome do outorgante que o mesmo não tem condições de pagar as custas processuais, nos termos do art. 3º da Lei nº 7.115/83, requerer justiça gratuita**, receber e dar quitação, receber citação inicial, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, levantar precatório, alvará, crédito referente ao valor devido na presente demanda, depositado em poupança, ou conta na Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, ou qualquer outra instituição bancária ou financeira, levantar a quantia prevista em contrato, referente a honorários, ficando ressalvado que os mesmos são devidos, em caso de desistência ou acordo por parte do ora Outorgante, sem a expressa concordância do Outorgado, enfim, praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, de caráter irrevogável, e acompanhá-la até o seu final, **em conjunto ou separadamente, inclusive subestabelecer**, com ou sem reserva de poderes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

O(a) Outorgante, declara, ainda, para todos os fins de direito, ser pobre na forma da Lei nº 1.060/50, não dispondo de recurso financeiro capaz de arcar com custas e despesas processuais, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família.

João Pessoa, 27 DE NOVEMBRO DE 2017

- Outorgante / Declarante -

Tel.: (83) 8840-1340 / E-mail: victorsalles.advogado@gmail.com
www.victorsalles.jur.adv.br



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11879236

A/C: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170512594 ASL-0369233/17

Vítima: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

Data Acidente: 30/03/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;



Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2017

Carta nº: 11905437

A/C: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170513376 ASL-0369227/17
Vítima: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO
Data Acidente: 30/03/2017
Natureza: DAMS
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovantes de despesas médicas não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11879236

A/C: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170512594 ASL-0369233/17
Vítima: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO
Data Acidente: 30/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **30/03/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Documentação médico-hospitalar faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;





ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz
CRM 896

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1736

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Diego José Lopes de Lima
CRM 7487

Dra. Maria Roberto P. Melo
CRM 7883

Dra. Andreia Matturi Nasralla
CRM 10582

Dra. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dra. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Dra. Jannaina Henriques
CREFITO 21844-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista em Artroscopia Total
do Joelho e do Quadril

Olevo Bruno S

Albuquerque

Bastos

Laure Giffon

Patient submit /

a redução comissu
de do tumor e clavi-

cula 171 fixa

cl / piece e parafus

13/04/2017 no

Rua: Woodstock Figueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 68042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04

Fones: (83) 3244-7452 / 3244-0165 - Fax: (83) 3244-5218

Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: clis.ortoclinica@uol.com.br





ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Diego José Lopes de Lima
CRM 7487

Dra. Maria Roberts P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nesrão
CRM 10582

Dra. Verônica Queiroz
CREFITO 18275-F

Dra. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Dra. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Hospital Socorro
João e Maria
Pessoa
CID 542.0

20/04/2017

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04
Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0655 - Fax: (83) 3244-5218
Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br





COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 16334312128

Número do Benefício: 6181357622

Espécie: 31

Número do Requerimento: 179779626

Ao Sr.(a): OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

Endereço: WALDEMAR SANTIAGO DE OLIVEIRA 366, POVOADO

CEP: 58059322

Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 06/04/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 31/05/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (31/05/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 31/05/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 18. de abril de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: JOAO PESSOA SUL Endereço: RUA PAULINO DOS SANTOS
COELHO, 30, JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA
CEP: 58052570. Município: JOAO PESSOA UF: PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 18 de abril de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal





ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1736

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Diego José Lopes de Lima
CRM 7487

Dra. Maria Roberto P. Melo
CRM 7553

Dra. Andrea Hattori Nasraia
CRM 10582

Dr. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dr. Carolina Queiroz
CREFITO 61673-F

Dr. Jannaine Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista em Artroscopia Total

Olimo Basso e
Albuquerque
Brito Lima

Lauro Nêto

Patient submitted
a reduction surgery
of the knee fracture
with fixation
of plate and screws
13/04/2017 no

Endereço: Rua Figueiras, 135 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.961.706/0001-04
Fones: (83) 3226.7452 / 3226.0185 - Fax: (83) 3244-5218
Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br





ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia de Quadril e
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Guterberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Diego José Lopes de Lima
CRM 7497

Dra. Maria Roberto P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Mattiodi Negrão
CRM 10582

Dr. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Dr. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Dr. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Hospital Saneamento
João Pessoa
Pessoa.
CID 542.0

20/04/2017

Dr. José Guterberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.991.706/0001-04
Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5218
Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cls.ortoclinica@uol.com.br





VISTO EM: 05/04/17

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do Nascimento Silva

TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 03 de Abril de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 122/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 30/03/2017, conforme requerimento nº 124/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 12h55min o(a) Sr.(a) **OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO** CPF 057.568.464-09, vítima de acidente de trânsito (colisão (moto x carro)), ocorrido na Av Governador Antônio Mariz, Quadra Mares, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **CABO BM HUGLAILSON EVERTON DORNELAS CHAVES**, Matrícula: 522.278-8, constatou no local da ocorrência que a vítima que pilotava a moto usando capacete encontrava-se consciente e orientada, se queixado de dores na clavícula esquerda, luxação na patela direita. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - SD BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar de 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Exido Bruno de Souza
Tato 20BM

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militares da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, 51m, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (33) 3243-8044 / (33) 3218-5751 / (33) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbpb@bombeiros.pb.gov.br





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Osório Paulo de A. Mendes 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 S42, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 30 (trinta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 30/12/13

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Osório Paulo de A. Mendes
Osteopata
CRM-PB 7622

AUTORIZAÇÃO

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

Osório Paulo de A. Mendes
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





Hospital Samaritano

Av. Santa Júlia, 35 - Torre - João Pessoa - Pb
Cep. 58040-450 - Fone: (83) 3048-2100

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr. (a)

Olavo
Brown d Albuquerque

R.G.:

CPF.:

necessita de 60 sessenta dias de afastamento do
trabalho a partir desta data.

Diagnóstico / CID-

S42.0

João Pessoa/Pb,

13 de

Jul

de

2012

Dr. João Guilherme C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

Assinatura do Médico - CRM - Pb



12

CNPJ 09.129.222/0001-83

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: Av. Santa Júlia, 55 - Torre
CEP 58040-400
CNPJ/ME: João Pessoa - PB
Rua: Nº
Município: Est.
Esp. do estabelecimento: Hospital
Cargo: Auxiliar de Serviços Gerais
CBO nº: 515210
Data admissão: 04 de Setembro de 2013
Registro nº: 1338 Fls/Ficha: Ficha
Remuneração especificada: R\$ 678,00
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Geração de Pessoa
1º
Data saída: de de
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº

Empregador...: INSTITUTO WALEFREDO GUEDES FERREIRA
C.N.P.J.....: 09.124.165/0001-40
Endereço.....: AV JOAO MACHADO 1234
Complemento...: PREDIO
Bairro.....: CENTRO
Cidade.....: JOAO PESSOA - PB
Cargo.....: AUXILIAR DE FARMACIA
CBO.....: 515210
Data Admissao: 01/01/2013 No.Reg.: 002985
Salario.....: R\$ 678,00
(seiscentos e setenta e oito reais) Por Mes

Instituto Walefredo Guedes Pereira
INSTITUTO WALEFREDO GUEDES FERREIRA
PRESIDENTE

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º
Data saída: 26 de MARÇO de 2013
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD Nº



ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

FGTS — Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça

Empresa

HOSPITAL SANITÁRIO LTDA.

Carimbo e assinatura do empregador

Gerência de Pessoal

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça Estado

Empresa

Carimbo e assinatura do empregador



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
 CANTO NACIONAL DE HABITAÇÃO

OLAVO ESTRE DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

CPF: 2872502 SEP PS
 RG: 558.464-09 DATA DE NASCIMENTO: 20/08/1985

OLAVO LOES BRASILEIRO
MARTA DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

ENDEREÇO: 03082642620 DATA: 15/04/2015 DATA DE VALIDADE: 06/11/2003

Olavo Estre de A. Albuquerque
 DIRETOR-GERENTE

OLAVO PERSON. DE DATA: 15/04/2014

Procurador Geral
 15064005083
 79028450398

OLAVO AS (PARAVAL)

VALIDA EM TODAS
 E TUBERIAS NACIONAIS
904113440

PRIMEIRO PLANTAS
904113440



você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo empregador os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar outros desastres.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respiram alegrias; mas você deve respeitá-las.
 Atenda às recomendações dos Manuais da CIPA e de seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
 Converse e discuta no trabalho prestatorem a acidentes pela desatenção.
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nas cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os andaimes, plataformas, gruas e mangas completas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protectoras das máquinas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de protecção adequados a seu serviço.
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 42664 Série 00022-PR



Alvaro Bruno de Albuquerque Brandão
 ASSINATURA DO PORTADOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS RECURSAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CLAUDEIRNE DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

CPF: 007.508.404-09 DATA NASCIMENTO: 28/08/1983

CLAUDEIRNE DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

CPF: 007.508.404-09 DATA NASCIMENTO: 28/08/1983

CPF: 03083842420 DATA NASCIMENTO: 12/04/2019 DATA EXPIRAÇÃO: 06/11/2023

Claudiva de Almeida
 SECRETARIA DE DEFESA

CPF: 007.508.404-09 DATA NASCIMENTO: 28/08/1983

Claudiva de Almeida
 SECRETARIA DE DEFESA

CPF: 03083842420 DATA NASCIMENTO: 12/04/2019 DATA EXPIRAÇÃO: 06/11/2023



ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de
de a

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de a

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de a

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de a

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de a

Assinatura do empregador

FGTS — Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

24, 09, 09
Dia Mês Ano

.....
Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça

Empresa

HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

Carimbo e assinatura do empregador
Gerência de Pessoal

OPÇÃO

RETRATAÇÃO

.....
Dia Mês Ano

.....
Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça

Empresa

Estado

Carimbo e assinatura do empregador



você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo empregador os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para evitar os mesmos desgastes.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Continga sempre os registos de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predisponem a acidentes pela distração.

Leia e refina sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os aços, guilhotinas, gravatas e marças compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Maneja sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habilite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 42664 Série 00022-PB



Mauro Bruno de Albuquerque Brito
ASSINATURA DO PORTADOR



12

[CNPJ 09.129.222/0001-83]

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: Av. Santa Júlia, 35 - Torre
CEP 58040-400
CNPJ/CPF: João Pessoa - PB
Rua: N°
Município: Est.
Esp. do estabelecimento: Hospital
Cargo: Auxiliar de Serviços Gerais
CBO: 515210
Data admissão: 24 de Setembro de 2012
Registro n°: 1338 Ps/Ficha: Fichg
Remuneração especificada: R\$ 678,00
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1°
Data saída: de de
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1°
Com. Dispensa CD N° 2

Empregador...: INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA
C.N.P.J.....: 09.124.165/0001-40
Endereço.....: AV JOAO MACHADO 1234
Complemento...: PRÉDIO
Bairro.....: CENTRO
Cidade.....: JOAO PESSOA - PB
Cargo.....: AUXILIAR DE FARMACIA
CBO.....: 515210
Data Admissao: 01/01/2013 Mo.Reg.: 002985
Salário.....: R\$ 678,00
(seiscentos e setenta e oito reais) Por Mes

Instituto Walfredo Guedes Pereira
INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA
PRESIDENTE

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1°
Data saída: 26 de MARÇO de 2013
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1°
Com. Dispensa CD N°



você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo empregador os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreendida, para evitar outros desastres.
 Todo o acidente tem uma causa que é possível ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, mesmo que não seja grave.
 As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.
 Atenda às recomendações dos Mestres da CIPA e de seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
 Converse e discuta no trabalho predispondo a acórdios pela desatenção.
 Leia e refira sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protectoras das máquinas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habilita-se a trabalhar protegido contra os acidentes.
 Use equipamentos de protecção adequados a seu serviço.
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 42.664 Série 000.22-PB



Victor Salles de Azevedo Rocha
 ASSINATURA DO PORTADOR



12

[CNPJ 09.129.222/0001-83]

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **Hospital Samaritano Ltda**
 Av. Santa Júlia, 35 - Torre
 CEP 58040-400
 CNPJ/ME **João Pessoa - PB**
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento **Hospitalar**
 Cargo **Auxiliar de Serviços Gerais**
 CBO nº **3143-25**
 Data admissão **01 de setembro de 2013**
 Registro nº **1338** Fls/Ficha **Ficha**
 Remuneração especificada **R\$ 678,00**
Hospital Samaritano Ltda.
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 Gerente de Pessoa
 1º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

Empregador...: INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA
 C.N.P.J.....: 09.124.165/0001-40
 Endereço.....: AV JOAO MACHADO 1234
 Complemento...: PREDIO
 Bairro.....: CENTRO
 Cidade.....: JOAO PESSOA - PB
 Cargo.....: AUXILIAR DE FARMACIA
 CBO.....: 315210
 Data Admissao: 01/01/2013 No.Reg.: 002985
 Salario.....: R\$ 678,00
 (seiscentos e setenta e oito reais) Por Mes.

Instituto Walfredo Guedes Pereira
INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA
PRESENTE

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º
 Data saída **26** de **MARÇO** de **2013**
Instituto Walfredo Guedes Pereira
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA
PRESENTE
 1º
 Com. Dispensa CD Nº



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Olavo Bruno de Albuquerque Brasileiro
 Loc. Nasc. João Pessoa Est. PB Data 28/08/1985
 Filiação Olavo Hoopes Brasileiro e Maria de Albuquerque Brasileiro
 Doc. Nº CN 33.544. It. 178v Livro A-35

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 25 / 04 / 2001 *PA* por 1000 *Pessoa PB*

Assinatura do Funcionário

Ernest Lopes de Pontes

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Norme

Duc,

None

Doc. :

Nome

Doc. #

.....

[illegible]

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

Nisicim

Journal of Management Education

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Olavo Bruno de Albuquerque Brasileiro
 Loc. Nasc. João Pessoa Est. PB Data 28/08/1985
 Filiação Olavo Soares Brasileiro e Maria de Albuquerque Brasileiro
 Doc. Nº C.N. 37.544 Fls. 178v Livro A-35

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 25/04/2004 por João Pessoa - PB

Assinatura do Funcionário
 Direta - Côpia de
 M. Salles

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.
 Nascimento
 Doc.



ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de
de a

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de a

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de a

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de a

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de
de a

Assinatura do empregador

FGTS — Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO RETRATAÇÃO
24/09/09
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça

Empresa

HOSPITAL SAMARITANO LTDA.

Carimbo e assinatura do empregador
Gerência de Pessoal

OPÇÃO RETRATAÇÃO
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário

Agência

Praça Estado

Empresa

Carimbo e assinatura do empregador



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Olavo Bruno de Albuquerque Brasileiro
 Loc. Nasc. João Pessoa Est. PB Data 28/08/1985
 Filiação Olavo Soares Brasileiro e Maria de Albuquerque Brasileira
 Doc. Nº CN 37.544, R. 1780 Livro A-35

ESTRANGEIROS

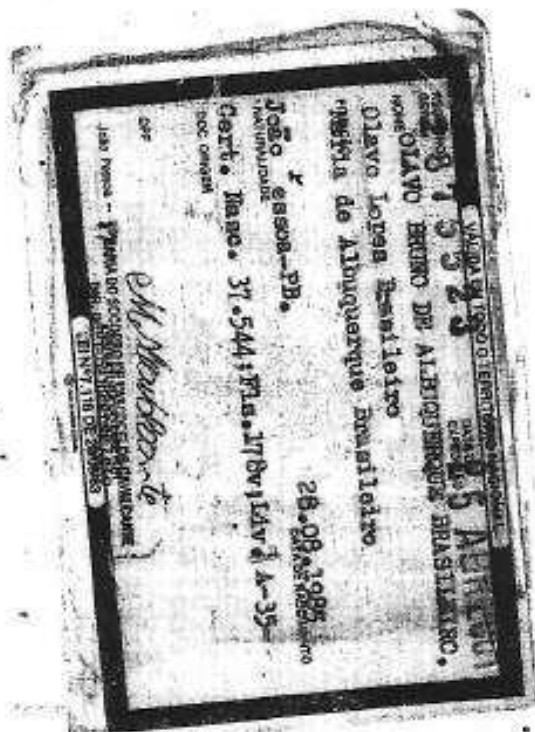
Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 25/04/2004 por João Pessoa - PB

[Assinatura]
 Assinatura do Funcionário
 Elvira Lopes de Pontes
 Matr. 10000

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.
 Nascimento
 Doc.





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

NOME: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

DOC. IDENTIFIC. / CATEGORIA DE 3075523 SSP RS

CPF: 057.568.464-09 DATA NASCIMENTO: 28/08/1995

PLACADO: OLAVO LOMES BRASILEIRO
MARTA DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

PROBADO: 15/04/2019 15/04/2019 06/11/2003

03082942420

Observação:

Olavo Bruno de A. Brasileiro

ASSINADO ELETRONICAMENTE

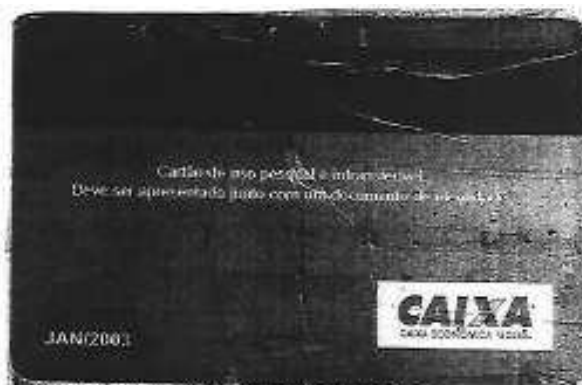
LOCAL: JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 16/04/2014

15064005063
P0028450366

DETRAN-PB (PARAID)

904113440







12

CNPJ 09.129.222-0001.83

CONTRATO DE TRABALHO

Hospital Samaritano Ltda

Empregador Av. Santa Júlia, 35 - Torre
CEP 58040-400

CNPJ/ME João Pessoa - PB

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo Auxiliar de Serviços Gerais

Ass. do empregador ou a rogo c/test. CBO n° 91210000

Data admissão 24 de setembro de 2019

Registro n° 1339 Ps/Ficha

Remuneração especificada R\$ 1.100,00

Ass. do empregador ou a rogo c/test. Hospital Samaritano Ltda

Ass. do empregador ou a rogo c/test. Gerência de Pessoal

1°

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2

Com. Dispensa CD N°





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Olavo Bruno de A. Mendes 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 S42, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 30 (trinta) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 30/12/17

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Carlos Raul Cavalcanti
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 7664

AUTORIZAÇÃO

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

Olavo Bruno de A. Mendes
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

R(NO).CC.003-1





VISTO EM: 05/04/17

Comandante do BAPH,
Katy Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 03 de Abril de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 122/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 30/03/2017, conforme requerimento nº 124/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 12h55min o(a) Sr(a) **OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO** CPF 057.568.464-09, vítima de acidente de trânsito (*colisão (moto x carro)*), ocorrido na Av Governador Antônio Mariz, Quadra Mares, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46, tendo como chefe o **CABO BM HUGLAILSON EVERTON DORNELAS CHAVES**, Matrícula: 522.278-8, constatou no local da ocorrência que a vítima que pilotava a moto usando capacete encontrava-se consciente e orientada, se queixado de dores na clavícula esquerda, luxação na patela direita. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - SD BM, Mat. 523.518-9, (auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Elvilde Bruno de Souza
Ten. 408M

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar do Estado da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/Nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-050, João Pessoa-PB
Fones: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahpbbs@bombeiros.pb.gov.br









VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO Nº 3.932.785

OLAVO ARIUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO.

OLAVO Lopes Brasileiro

Neteja de Albuquerque Brasileiro

JOSÉ ^RESSOR-PB.

28.08.1985

Carta. Insc. 37.544 Fls. 178 p. 14 A-35-

Doc. 14888

Elm. Neteja

JOSE RUIZ - FARMACIA DO PROPRIO

OF. 01/01/1985

11/01/1985



TERMO DE ADESÃO E CONTRATAÇÃO DE PACOTE PARTICULAR

Declaro para os devidos fins que estou plenamente ciente e concordo com os termos abaixo:

Paciente	Olavo Bruno de Albuquerque
Procedimento	Fratura de membros Superiores
Tabela	Pacote (sem direito a qualquer devolução)
Médico	Dr. Jose Gutemberg

ORÇAMENTO

Permanência Hospitalar: 01 diárias de ☒ Apartamento ☐ Suíte

Contém:

Permanência em Apto;
Medicamentos e materiais descartáveis no Apto;
Taxas (Internação/Enfermagem/Bloco Cirúrgico)

EXCLUIDO DESSE ORÇAMENTO:

Anatomopatológico;
Hemoterapia;
Honorários Médicos;
OPME (Órtese e Prótese)
Exames Complementares (Ultrassonografia/Tomografia/Ressonância Magnética/Arco Cirúrgico/ Raio X/ Eletrocardiograma)
Dietas Enterais e Parenterais;
Fisioterapia;
Exames Laboratoriais;
Alimentação para acompanhante;
UTI e/ou permanência hospitalar superior ao estabelecido.

Valor total das despesas Hospitalares incluídas no orçamento acima R\$ 1.130,00
(Um mil cento e trinta reais)

Formas de pagamento (no ato da internação) – espécie ou no cartão até 3x sem juros

Observação: Se porventura for realizado procedimento diverso ao contratado, as despesas serão cobradas diariamente, por via aberta, obedecendo à tabela de diárias e taxas utilizadas normalmente pelo hospital

Não disponibilizamos a discriminação da conta (detalhamento) tendo em vista que se trata de um pacote.

João Pessoa, 13 de abril de 2017

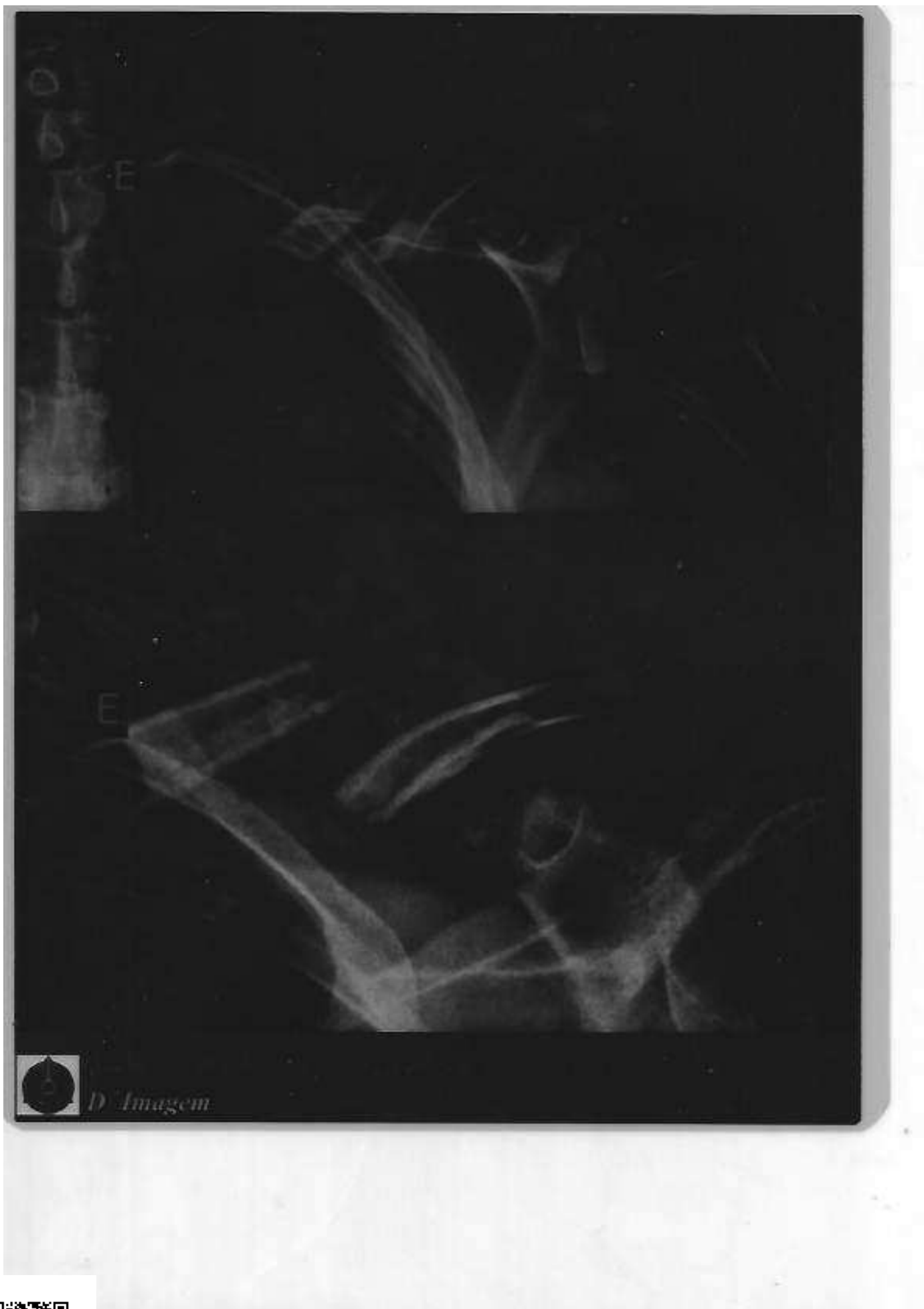
Paciente/Responsável Kelly Miranda Ferreira CPF 009.876.054-88





10 - Juizem







ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia do Quadril e
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leite
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4296

Dr. Diego José Lopes de Lima
CRM 7487

Dra. Maria Roberto P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Heltoni Nasraia
CRM 10582

Drª. Verônica Queiroz
CREFITO 18275-F

Drª. Carolina Queiroz
CREFITO 81673-F

Drª. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista em Ortopedia Total
CRM 1738

R. Wandick Filgueiras, 135 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04
Fones: (83) 3244-7452 / 3244-0005 - Fax: (83) 3244-4218
Site: www.ortoclinicaph.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br

Oliveira Bruno
Albuquerque
Bento Pereira

Landreth

Patient's student /
a, redacao com
de leitura e clari-
culta e fixa
e place e parafusos
13/04/2017 no





ORTOCLÍNICA
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE

Fraturas, Ortopedia,
Artroscopia Joelho / Ombro,
Reumatologia, Fisioterapia,
Raio-X, Cirurgia de Quadril e
Oncologia Ortopédica.

Dr. Renato Queiroz
CRM 596

Dr. Ruy Gouveia Filho
CRM 4343

Dr. José Gutemberg de Lima
CRM 1738

Dr. Adriano Fernandes Leão
CRM 4421

Dr. Gerson de Azevedo
CRM 5722

Dr. Luciano José Lira Mendes
CRM 4290

Dr. Diego José Lopes de Lima
CRM 7497

Dra. Maria Roberta P. Melo
CRM 7883

Dra. Andrea Hattori Nasr
CRM 10582

Drª. Verônica Queiroz
CREFITO 18276-F

Drª. Caroline Queiroz
CREFITO 81673-F

Drª. Jannaina Henriques
CREFITO 21644-F

*Hospital Saneamento
João Pessoa
Pessoa.
CID S42.0*

20/04/2017

[Signature]

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Artroplastia Total
de Joelho e Quadril
CRM - 1738

Dr.
Esp

R. Wandick Filgueiras, 185 - Tambauzinho - CEP 58042-110 - João Pessoa/PB - CNPJ: 40.981.706/0001-04
Fones: (83) 3224.7452 / 3224.0855 - Fax: (83) 3244-5216
Site: www.ortoclinicapb.com.br - Email: cis.ortoclinica@uol.com.br

SERVIÇO NOTARIAL "VÍTOR BATISTA" - OFÍCIO DISTRICTAL

Rua Elton Pereira de Azevedo, 110 - Tambauzinho - João Pessoa - PB

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que
apresentado, em testemunho da verdade.

João Pessoa - PB 27/04/2017 16:04:53

Locutório Público - ESCRITÓRIO NOTARIAL

(2017-051274) EROL:R4 2,31 FAPEN:R4 0,27 PEP:R4 0,46 ISS:R4

SELO DIGITAL: 8F0440C5-7X5R

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.072017.16941

OLAVO BRUNO ALBUQUERQUE BRASILEIRO



Órgão requisitante: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 388117 Laudo nº: 03.01.06.072017.16941

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 04/07/2017 Hora do exame: 00:00

Órgão Requisitante: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital. nº da Solicitação: 87.2017 Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: OLAVO BRUNO ALBUQUERQUE BRASILEIRO, 31anos, sexo: Masculino, Raça/cor: pardo, filho(a) de: Olavo Lopes Brasileiro e de: Maria de Albuquerque Brasileiro, Estado civil: Solteiro(a). Nacionalidade: Brasileira. Natural de: João Pessoa/PB. Profissão: Auxiliar de Serviço.

HISTÓRICO: Refere que foi vítima de acidente de moto no dia 30.03.2017 por volta das 13h no bairro do Altiplano.

DESCRIÇÃO: O examinado apresenta cicatriz cirúrgica discretamente hipertrofica medindo 13cm de extensão localizada na região clavicular esquerda. A inspeção dinâmica apresenta boa amplitude de movimentos com o membro superior esquerdo. Trouxe laudo médico constando atendimento no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena em 30.03.2017 com fratura de clavícula esquerda sendo submetida a tratamento conservador. Trouxe outro laudo do Dr. José Gutemberg C. de Lima constando tratamento cirúrgico da fratura de clavícula esquerda no dia 13.04.2017.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? **SIM.**
- 2) Qual o meio que o ocasionou? **AÇÃO CONTUNDENTE.**
- 3) Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **SIM, DEVIDO A FRATURA DE CLAVÍCULA.**
- 6) Provocou aceleração de parto? **PREJUDICADO.**
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **NÃO.**
- 9) Resultou deformidade permanente? **NÃO.**
- 10) Provocou aborto? **PREJUDICADO.**

Dr(a) Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat078.463-0 CRM 3272/PB

SERVIÇO NOTARIAL "VITORIA BALISTA" E OFICINA DE TRATAMENTO
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original, em 04/07/2017 às 16:34:44.
João Pessoa - PB 27/06/2017 16:34:44
Lucilene Juliano - ESCRIVÃO AUTORIZADO
(2017-051282) ENL: 2,31 FAPEN: R1 0,27 FEP: R4 0,46 IOR: R4 0,12
SELO 91617AL: AFG44021-UMD2
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



1





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00809.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00809.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:01 horas do dia 25 de abril de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Olavo Bruno de Albuquerque Brasileiro**, CPF nº 057.568.464-09, CNH nº 03082842420, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aux de Farmácia, filho(a) de Maria de Albuquerque Brasileiro e Olavo Lopes Brasileiro, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/08/1985 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Waldemar Santiago de Oliveira, Nº 366, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Mercadinho Central, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98809-7836.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Governador Antônio Mariz, Quadramares, Rua do Posto Eto, João Pessoa/PB, bairro Portal do Sol;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/03/17 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303; LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 30.03.2017, por volta das 12h30, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA/XTZ 250 LANDER, COR BRANCA, ANO 2015/2016, PLACA QFK3708/PB, CHASSI 9C6KG0380G0000597, DE PROPRIEDADE DE KELLY MIRANDA FERREIRA, pela Av. Governador Antônio Mariz, sentido Centro/Mangabeira, pela faixa da direita quando repentinamente um VEÍCULO DE MARCA FIAT SIENA, COR BRANCA, PLACA OFX3753/PB, CONDUZIDO POR WILLIAN SAMPAIO LIMA DE SOUSA, que seguia pela faixa da esquerda fez uma manobra com a finalidade de entrar na garagem de um edifício, cruzando à frente do noticiante, o qual freou e tentou desviar, porém ainda colidiu na parte lateral traseira do lado direito do referido veículo, vindo a lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ GUTEMBERG C. DE LIMA, CRM 1738 da Ortoclínica; Que o senhor WILLIAN permaneceu no local, visto que reside no prédio em que iria entrar; Que a esposa do noticiante, senhora KELLY MIRANDA FERREIRA, que seguia logo atrás de carro, parou e permaneceu junto ao noticiante até o socorro do mesmo; Que o noticiante foi socorrido pelos BOMBEIROS e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Que devido ao fato a moto que conduzia veio a ter avarias diversas; Que deseja representar criminalmente; Que o senhor WILLIAN SAMPAIO LIMA DE SOUSA (83 98871-7502) reside na Av. Governador Antônio Mariz (prédio vizinho à borracharia de nº 360), Quadra Mares, nesta capital.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 25 de abril de 2017.

Fabiana de Lima Bezerra
FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

Olavo Bruno de Albuquerque Brasileiro
**OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE
BRASILEIRO**
Noticiante

Procedimento Policial: 00809.01.2017.1.00.420

1/1

SERVICO NOTARIAL "CARRA BATISTA" E OFICINA METRICAL
Rua Manoel de Araújo, 100 - Centro - João Pessoa - PB
Fone: (83) 3333-1111 - E-mail: carrab@metriscal.com.br

Atestico a presente cópia, reprodução fiel do original que se encontra em meu poder, e a autenticidade do mesmo, em 23/04/2017 às 16:07:17.
João Pessoa - PB
Luciêlma Juliana - ESCRIVÃO AUTORIZADA
(2017-051244) EML:R\$ 2,31 FAPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 4,46 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AF044023-00E8
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Notificação de Aviso de Sinistro

A Mapfre Seguros, informa que 03/04/2017 04:10 recebeu a comunicação de sinistro feita pelo(a) Sr(a). WILLIAN SAMPAIO LIMA DE SOUSA, com o número de protocolo de 8001-2017/061186T01 conforme dados abaixo.

Placa 0 FX 3753

4004 0101

Dados do Segurado/Terceiro:

Nome: KELLY MIRANDA FERREIRA
Endereço: JOAO PESSOA - PB
Telefone: 83 - 988097836

Dados do Veículo:

Marca/Modelo: YAMAHA 1 XTZ 250 LANDER Ano Fab: 2016
Chassi: 9C6KG0380G0000597 Placa: QFK3708 Cor: BRANCO

Dados do Condutor:

Nome: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BASILEIRO
Endereço: R VALDEMAR SANTIAGO DE OLIVEIRA, 366 JOAO PESSOA- PB
Condutor julga-se culpado? NÃO Houve Boletim de Ocorrência? NÃO

Dados do Acidente:

Data: 31/03/2017 Hora: 12:30
Local: AV GOV ANTONIO MARIZ, JOAO PESSOA- PB

Dados Oficina:

Nome: JAMPA MOTOS (Mangabeira)
Endereço: PRESIDENTE GETULIO VARGAS, 83 JOAO PESSOA- PB
Telefone: 8340090404

Ana Lúcia

Descrição do Acidente:

VEICULO TERCEIRO SEGUIA NA VIA CITADA NA FAIXA DA ESQ, MOMENTO EM QUE VEICULO SEGURADO QUE ENCONTRAVA-SE NA FAIXA DA ESQ, REALIZOU MANOBRA PARA ENTRAR NA GARAGEM E VEIO A INTERCEPTAR A PASSAGEM DO VEICULO TERC.

Descrição dos Danos:

LATERAL DIR / LATERAL ESQ / GUIDON / RETROVISOR / PUNHO ESQ / PROTETOR DO ESCAPE / AMORTECEDOR DIANT DIR / E DEMAIS A VERIFICAR NA MOTO.

Declaro que as informações acima constituem a verdade dos fatos e estou ciente de que se apurado qualquer inveracidade do que relatei, fica a Seguradora desobrigada do pagamento da indenização.

JOAO PESSOA 03/04/2017 16:25



Assinatura do Segurado.

EM BRANCO



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____ CPF DA VITIMA _____
 DATA DO ACIDENTE _____
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (VITIMA / REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM A VITIMA É _____)
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____ TELEFONE _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () RECIBO DE OCORRÊNCIA ENTREGUE PELA AUTORIDADE POLÍCIA, COM A AUTENTICAÇÃO E LEGITIMIDADE
 () CARTEREA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TOMBAMENTO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COM SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (COM SIMPLES E LEGÍVEL)
 () JALUO DO IMPL. (COM AUTENTICAÇÃO E LEGITIMIDADE)
 () MA PROPOSTA DE PRESENTAÇÃO DO LADO DO IMPL. (DECLARAÇÃO DE AUTÊNCIA DE LAUDO DO IMPL. POR QUALQUER ASSINATURA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORCUNAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA LEGITIMIDADE)
 () BILHETE DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL, COM A ASSINATURA E LEGITIMIDADE
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COM SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COM IMPL.)
 () AUTOLICAÇÃO DE EMPREGO - CERTIDO DE RESERVAÇÃO DA VITIMA (COM IMPL. COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM AS DÍVIDAS TRABALHISTAS, COM CERTIDÃO DE FOLHA DE PONTA DE CHIQUE OU CARTÃO TRABALHISTAS)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEREA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TOMBAMENTO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COM SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COM SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, COM SIMPLES E LEGÍVEL, OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COM IMPL.)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () RECIBO DE OCORRÊNCIA ENTREGUE PELA AUTORIDADE POLÍCIA, COM A AUTENTICAÇÃO E LEGITIMIDADE
 () CARTEREA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TOMBAMENTO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COM SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VITIMA (COM SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SUSTIDAS EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (COM SIMPLES E LEGÍVEL)
 () NOTAS FISCAL (ORÇAMES E LEVANTOS DE FARMACIA) COMPROVANDO O RECEBIMENTO DE TRATAMENTO MÉDICO (COM SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (COM SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COM IMPL.)
 () JALUO DO IMPL. (COM AUTENTICAÇÃO E LEGITIMIDADE)
 () AUTOLICAÇÃO DE EMPREGO - CERTIDO DE RESERVAÇÃO DA VITIMA (COM IMPL. COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM AS DÍVIDAS TRABALHISTAS, TALS COMO CERTIDÃO DE FOLHA DE PONTA DE CHIQUE OU CARTÃO TRABALHISTAS)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEREA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TOMBAMENTO OU CERTIDÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO (COM SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COM SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (COM SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (COM IMPL.)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MONTE = R\$ 11.500,00
 - INDENIZAÇÃO PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A CATEGORIA
 DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDA SIALE 6.194/78
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PROCEDO SEU SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOLHETO
 - PARA ACOMPANHAR O PRZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.SECUROROOTKANTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____ DATA _____
 ASSINATURA _____ ASSINATURA _____

SELO DIGITAL - VALIDADE DA ASSINATURA - 2º OFÍCIO NOTARIAL

Selo Digital - Validade da Assinatura - 2º Ofício Notarial

Autentico e presente copia, reprodução fiel do original

apresentado, da lesão da verdade

João Pessoa - PB 27/02/2017 16:08:00

Luciela Juliana - ESCRIVÃO AUTORIZADO

[2017-051285] EMBL:RS 2,31 FAPEN:RS 6,27 SEP:RS 0,46

SELO DIGITAL: AFB44024-779W

Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br



SOLICITAÇÃO

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO	
BE: 991092	PRONTUÁRIO:

DATA DA SOLICITAÇÃO 03/04/2017

Carla Helise A. Pereira
SERVIDOR ATENDENTE

SOLICITANTE: (X) PACIENTE () ADVOGADO: _____ () FAMILIA: _____

INFORMAÇÃO DE LAUDO MÉDICO ATRAVÉS DO SITE

<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>

TELEFONE: 3216-5760

- ATENDIMENTO POR TELEFONE: SEGUNDA, TERÇA, QUINTA E SEXTA
(APENAS PELA MANHÃ).

- HORARIO DE ATENDIMENTO: SEGUNDA À QUINTA (08:00 ÀS 18:00)
SEXTA-FEIRA (08:00 ÀS 17:00)

Av. Orestes Lisboa, s/n - CEP: 58031-090 - Conj. Pedro Gondim - João Pessoa/PB - Brasil - Fone/Fax: (0xx83)3216-5700



EM BRANCO



Olavo Bruno Albuquerque

46

Recd R\$ 1200,

Recd a p-ta-
cial do Honorar
em campo do CP. na
a 1- f- r- a- d
R\$ 1200,00 (Hum mil e duzentos
reais)

Ressonância Magnética - Tomografia - Hemodinâmica - Ultrassonografia
Endoscopia - Laboratório de Análises Clínicas - Radiologia - Videolaparoscopia

13/04/2012 J J 75 R
Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB
Fone: (83) 3048-2100

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" - OFFICINA DIGITAL
Rua Manoel Vieira Batista, 100 - 11º andar - Torre B - Edifício
Autentico e apresenta copia, reprodução fiel do original que se for
apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa - PB 23/08/2017 16:05:00
Laciela Juliana - ESCRIVENTE AUTORIZADA
(2017-0312761) EOL:R\$ 2,31 FARPEN:R\$ 0,27 FEN:R\$ 0,46 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AF044015-0L55
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





Receituário Médico



Olavo Bruno

ins. of

© Acreditação - 400g - 12x

07g de 12/12 p 4dia

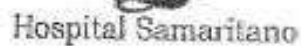
Jacques Paiva Cavalcanti
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 7025
CRM-PE 1997

Data: / /

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1





Olive Branch of Olive
tree.

Conf. Ex. 14. 500m
 d - 10-ft - 16/11/12

14/14/17

Dr. José Antônio C. de Lima
Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM - 27.358

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassonografia
Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – PB

Fone: (83) 3048-2100

SERVICIO NOTARIAL "CUBANA ESTATISTA" S. CO. LTD. - DISTRITO DE LA HABANA

Autentico e presente copia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB 23/08/2017 16:15:02

Luciêlma Juliana - ESCRIVENTE AUTORIZADA

[2017-051278] ENOL:R# 2.31 WAPEN:R# 0.27 FEPI:R# 0.46 ISS

SELO DIGITAL; AFD44013-PCR

Confira a autenticidade em <https://selosidentat.fjrb.jus.br>

NOTARIAL
2º Ofício
Distrital
Rua Elias Pereira de
Araújo, 401 - Mangabeira
- João Pessoa - PB
55.043.11



5- a varf
ORVICHINCA
AV Nantuck 8
Filizense 185
Tambauzin-L



EM BRANCO





IMPLANTES
CIRURGICOS

R\$ 1.200,00

RECIBO

RECEBI DE OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE portadora do CPF 057.568.464-09 o valor de 1.200,00 mil e duzentos reais, referente a placa e parafusos, realizado no Hospital Samaritano, dando assim total quitação deste serviço.

João Pessoa PB 23/04/2017. Escrito por: Lucileia Juliana - ESCRIVENTE AUTORIZADA [2017-001288] EMOB: 2,31 FAPEN: 0,27 FEPEN: 0,46 ISS: 0,12 SELS DIGITAL: 4F044027-1011 Confirma a autenticidade em <https://seladigital.tjpb.jus.br>

NOTARIAL
Escritório Notarial
Distrito
Rua Faria Pereira de
Albuquerque - Mangabeira
João Pessoa - PB

Recebi de **OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE** portadora do CPF 057.568.464-09 o valor de 1.200,00 mil e duzentos reais, referente a placa e parafusos, realizado no Hospital Samaritano, dando assim total quitação deste serviço.

João Pessoa, 13 de Abril de 2017



CNPJ: 10.319.612/0001-03 - Fone: (83) 3003.1010 - Fax: (83) 3322.2575



R\$ 500,00

RECIBO

SERVIÇO NOTARIAL - JUIZ DE PACEIRA - JUIZ DE PACEIRA - JUIZ DE PACEIRA

Autentico a presente cópia, reprodução fiel da original que me foi apresentada, em testemunho da verdade.

João Pessoa-PA 13/04/2017 10:40:30

Luciela Juliana - ESCRIVENTE AUTORIZADO

(2017-051267) ENDL:R\$ 2,31 FAPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 0,44 ISS:R\$ 0,00


SELO DIGITAL: AFD44026-711L

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SERVIÇO NOTARIAL
2º Ofício
Distrital
Rua das Duas Igrejas de
Araújo, 40 - Mangabeira
João Pessoa - PB

Recebi de **OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE** portadora do CPF 057.568.464-09 o valor de 500,00 quinhentos reais, referente a instrumentação cirurgica , realizado no Hospital Samaritano, dando assim total quitação deste serviço.

João Pessoa, 13 de Abril de 2017


Adriano de Figueiredo Oliveira

CPE 981.492.374-53



TERMO DE ADESÃO E CONTRATAÇÃO DE PACOTE PARTICULAR

Declaro para os devidos fins que estou plenamente ciente e concordo com os termos abaixo:

Paciente	Olavo Bruno de Albuquerque
Procedimento	Fratura de Hombro Superior
Tabela	Pacote (sem direito a qualquer devolução)
Médico	Dr. J. Autemberg

ORÇAMENTO

Permanência Hospitalar: 01 diárias de ☒ Apartamento ☐ Suite

Contém:

Permanência em Apto;
Medicamentos e materiais descartáveis no Apto;
Taxas (Internação/Enfermagem/Bloco Cirúrgico)

EXCLUIDO DESSE ORÇAMENTO:

Anatomopatológico;
Hemoterapia;
Honorários Médicos;
OPME (Órtese e Prótese)
Exames Complementares (Ultrassonografia/Tomografia/Ressonância Magnética/Ar.
Cirúrgico/ Raio X/ Eletrocardiograma)
Dietas Enterais e Parenterais;
Fisioterapia;
Exames Laboratoriais;
Alimentação para acompanhante;
UTI e/ou permanência hospitalar superior ao estabelecido.



Valor total das despesas Hospitalares incluídas no orçamento acima R\$ 1130,00
(um mil cento e trinta reais)

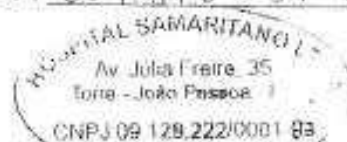
Formas de pagamento (no ato da internação) – espécie ou no cartão até 3x sem juros

Observação: Se porventura for realizado procedimento diverso ao contratado, as despesas serão cobradas diariamente, por via aberta, obedecendo à tabela de diárias e taxas utilizadas normalmente pelo hospital

Não disponibilizamos a discriminação da conta (detalhamento) tendo em vista que se trata de um pacote.

João Pessoa, 13 de abril de 2017

Paciente/Responsável Kelly Marcela Teixeira CPF 009.846.054-88



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RENDA
ALVARO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

CPF: 0275423 RG: 52

DTI: 001 560 464-09 Data Nascimento: 28/08/1985

NACIONALIDADE: ALVARO LOPEZ BRASILEIRO

PAIS DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

TIPO DE RG: 001 560 464-09

DATA DE EMISSÃO: 18/04/2014

VALIDADE: 05/11/2023

ASSINATURA: *Alvaro Bruno de Albuquerque*

DATA: 18/04/2014

ASSINATURA: *Roberto Carneiro*

DATA: 18/04/2014

ASSINATURA: *Roberto Carneiro*

DATA: 18/04/2014

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

2ª FASE: EMISSÃO DE ATAS - OUTUBRO 2014

Autentico a presente cópia,
reprodução fiel do documento
apresentado neste ato.

Marcelo Tinóbio
do Cálculo
Nº: 1070790 - SSP/RS
Escritório Autógrafa

Selo Digital de Fiscalização

Confirma os dados do ato em
<http://notadigital.tjpb.jus.br>

Tipo Normal C:
AFS25824-K3A5

Validade do Ato: RS 378 08/05/2017



[illegible]



[CNPJ 09.124.365/0001-40]

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: Av. Santa Julia, 21 - Torre
CEP 58040-40
CNPJ: 09.124.365/0001-40
Rua: João Pessoa - PB
Município: João Pessoa - PB
Esp. do estabelecimento: HOSPITAL
Cargo: AUXILIAR DE FARMACIA
Data admissão: 01/01/2013 de 01 de 2013
Registro nº: 11111111111111111111
Remuneração especificada: R\$ 678,00
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Data saída: 26 de MARÇO de 2013
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Com. Dispensa CD Nº: 2

Empregador: INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA
C.N.P.J.: 09.124.365/0001-40
Endereço: AV JOAO NECHADO 1234
Complemento: PRÉDIO
Bairro: CENTRO
Cidade: JOÃO PESSOA - PB
Cargo: AUXILIAR DE FARMACIA
CBO: 515210
Data Admissão: 01/01/2013 No.Reg.: 002985
Salário: R\$ 678,00
(seiscentos e setenta e oito reais) Por Mes

Instituto Walfredo Guedes Pereira
INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA
PRESIDENTE

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Data saída: 26 de MARÇO de 2013

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Com. Dispensa CD Nº

CARTÓRIO AZEVEDO BASTOS

1º OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
E TABELIONATO DE NOTAS - SOFISOL CIVIL DE NOTASAutêntico e presente cópia
reprodução fiel do documento
apresentado neste ato.

Atestado: 26 de MARÇO de 2013
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C:
CPF: 10/07/40-85040-40
E-Sign: 10/07/40-85040-40
Valor do Ato: R\$ 3,16 09/04/2017



SOLICITAÇÃO

SOLICITAÇÃO: (X) LAUDO (X) PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO
BE: 991092	PRONTUÁRIO:

DATA DA SOLICITAÇÃO 03/04/2017


SERVIDOR ATENDENTE

SOLICITANTE: (X) PACIENTE () ADVOGADO: _____ () FAMÍLIA: _____

INFORMAÇÃO DE LAUDO MÉDICO ATRAVÉS DO SITE

<http://hospitaldetrauma.pb.gov.br/>

TELEFONE: 3216-5760

- ATENDIMENTO POR TELEFONE: SEGUNDA, TERÇA, QUINTA E SEXTA
(APENAS PELA MANHÃ).

- HORARIO DE ATENDIMENTO: SEGUNDA À QUINTA (08:00 ÀS 18:00)
SEXTA-FEIRA (08:00 ÀS 17:00)

Av. Orestes Lisboa, s/n- CEP: 58031-090 – Conj. Pedro Gondim - João Pessoa/PB - Brasil - Fone/Fax: (0xx83) 3216-5700



EM BRANCO



DOCUMENTOS BASICOS - DAMS

[illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

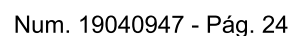
INFORMAÇÕES IMPORTANTES - ...

- **MORTE** - R\$ 35.360,00
- **ANALISE PREPARAÇÃO** - ATE R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A CATEGORIA DO VULNERADO DE INTERVENÇÃO
- **ANÁLISES E DE ACORDO COM TABELA DE CUSTO PREVISTA NA LEI 6.394/74**
- **CORPORAÇÕES MÉDICAS (AMPS) - REPOBLADO ATE R\$ 2.200,00 (PREMIO-CUSTO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE PRESTESAS CONTRATADAS.**

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INTERVENÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DO DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

04/11/15 SAC CPWAT 0810 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE		RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADOR	
NOME	DATA	NOME	DATA
IDENTIDADE			
CONDIÇÃO			
ASSINATURA			





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

0800952-93.2019.8.15.2003

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PROCEDIMENTO COMUM (7)

AUTOR: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO, KELLY MIRANDA FERREIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

DESPACHO

Analizando a presente ação com a devida acuidade, de acordo com os documentos acostados, verifiquei que Kelly Miranda Ferreira, não é parte legítima para figurar no polo ativo da presente lide. **Intime** o autor para, no prazo de **10 (dez) dias** e sob pena de indeferimento da inicial, esclarecer de que forma a referido pessoa teria legitimidade ativa no presente feito ou emendar a inicial a fim de corrigir o equívoco apontado.

Providências necessárias. Cumpra.

João Pessoa, 6 de fevereiro de 2019

Juiz(a) de Direito



anexo



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA REGIONAL DE
MANGABEIRA**

PROCESSO Nº: 0800952-93.2019.8.15.2003

OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO, já devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, vem à presença de Vossa Excelência, expor e requerer o que segue:

O Autor requer a exclusão de Kelly Miranda Ferreira do polo ativo, esclarece ainda que a sra. Kelly foi adicionada apenas por um erro material cometido quando do peticionamento da presente ação.

Termos em que,

Pede deferimento.

João Pessoa/PB, 25 de fevereiro de 2019.

VICTOR SALLES DE AZEVEDO ROCHA

OAB/PB 19.965

(83) 3024 – 1548 | (83) 98840-1340
victorsalles.advogado@gmail.com





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DA CAPITAL

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

0800952-93.2019.8.15.2003

Advogado do(a) AUTOR: VICTOR SALLES DE AZEVEDO ROCHA - PB19965

Advogado do(a) AUTOR: VICTOR SALLES DE AZEVEDO ROCHA - PB19965

Recebo à emenda e, excludo da lide Kelly Miranda Ferreira, devendo o cartório providenciar as devidas alterações no sistema, mediante certidão.

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para o dia **12 de setembro de 2019, às 14:30h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvt somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.



Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita** nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

CUMPRA COM URGÊNCIA.

João Pessoa, 8 de julho de 2019

Juiz(a) de Direito





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DA CAPITAL

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

0800952-93.2019.8.15.2003

Advogado do(a) AUTOR: VICTOR SALLES DE AZEVEDO ROCHA - PB19965

Advogado do(a) AUTOR: VICTOR SALLES DE AZEVEDO ROCHA - PB19965

Recebo à emenda e, excludo da lide Kelly Miranda Ferreira, devendo o cartório providenciar as devidas alterações no sistema, mediante certidão.

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para o dia **12 de setembro de 2019, às 14:30h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvt somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.



Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva perita** nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

CUMPRA COM URGÊNCIA.

João Pessoa, 8 de julho de 2019

Juiz(a) de Direito





**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DA CAPITAL**

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

CERTIDÃO

Nº DO PROCESSO: 0800952-93.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: OLAVO BRUNO DE ALBUQUERQUE BRASILEIRO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Certifico e dou fé que, nesta data, inseri neste processo o(a) petição, em anexo.

João Pessoa/PB, 13 de agosto de 2019.

MARCIA DE OLIVEIRA E SILVA

Chefe de Cartório



Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva
Perita Médica - Médica do Trabalho

EXMº. SENHOR JUÍZ DE DIREITO DA 4ª VARA REGIONAL
DE MANGABEIRA

ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA,
perita médica, vem respeitosamente perante Vossa
Excelência comunicar que ante a necessidade de realização
de procedimento cirúrgico desta perita, vem solicitar o
adiamento das perícias médicas relativas aos processos
DPVAT listados abaixo **agendados para o dia 12/09/2019.**

0806123-65.2018.8.15.2003

0800952-93.2019.8.15.2003

0805640-98.2018.8.15.2003

0807939-82.2018.8.15.2003

0805980-42.2019.8.15.2003

0805423-55.2019.8.15.2003

Agradeço vossa compreensão.

João Pessoa (PB), 08/08/2019.


Dr. Rosana B. Duarte de Paiva
Perita Médica
CRM - PB 4183 / CREMEPE 19414
CPF: 587.738.514-34

ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA
CRM PB 4183

000 0715 1001

