

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO, brasileiro, união estável, agricultor aposentado, portador de CPF: 510.664.324-49 e RG: 1.129.997 – 2^a VIA - SSP-PB, residente e domiciliado na Rua Francisco de Almeida Castro, S/N - POÇO DANTAS – PB.

OUTORGADO(S): Beis. **RAIMUNDO CEZARIO DE FREITAS**, brasileiro, casado, advogado OAB-PB-4018 e RN-737-A, **DEMÓSTENES CEZARIO DE ALMEIDA**, brasileiro, casado, OAB-PHB 14.541 e RN-954-A e **PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO**, brasileiro, casado, advogado - OAB-PB 21.368, com Escritório sito à Rua Manoel Mariano, nº 36 - Uiraúna (PB).

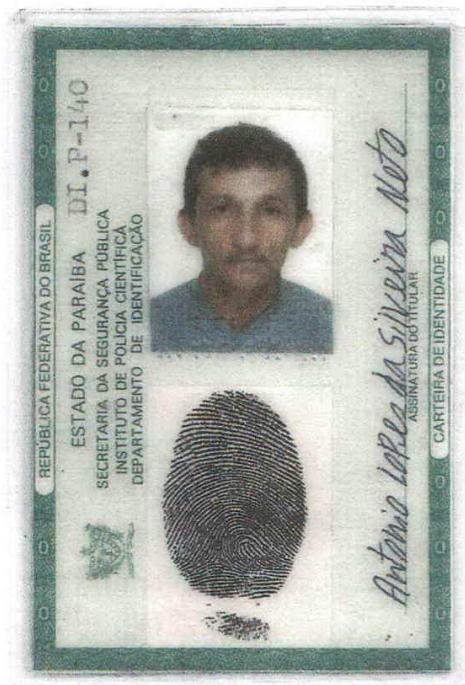
PODERES: Amplos, gerais e ilimitados para o Foro em Geral e extra, podendo representar o(s) outorgante(s) em Juízo, defender os seus direitos em qualquer ação onde for(em) autor(es) ou Réu(s), assistente(s), oponente(s), ou de qualquer modo interessado(s); propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos e Instâncias até final decisão; fazer acordos ou discordar, transigir e firmar compromissos, produzir provas e justificações; requerer falências e concordatas; receber Alvará, receber e dar quitações, assinar termo de compromisso de inventariante, concordar e discordar de cálculos e partilhas, fazer impugnações, tudo o mais usar, praticar e agenciar, requerer e assinar perante qualquer Juízo, qualquer documento e para o fiel desempenho do presente mandato, podem atuar em conjunto ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes. Podendo declarar hipossuficiência.

Uiraúna (PB), 17 de Dezembro de 2018

Antonio Lopes da Silveira Neto

Antonio Lopes da Silveira Neto





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: **ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA**, brasileira, portadora de CPF: 874.001.034-15 e RG: 2.055.241 SSP-PB, residente e domiciliada no Sítio Bela Vista S/N – Zona Rural do Município de Uiraúna/PB, CEP: 58.915-000;

OUTORGADOS: Dr. **RAIMUNDO CEZÁRIO DE FREITAS**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 4018 e RN/737-A, Dr. **DEMÓSTENES CEZÁRIO DE ALMEIDA**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 14.541 e RN/954-A e Dr. **PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 21.368, com Escritório sito à Rua Manoel Mariano, nº 36 – Uiraúna (PB);

PODERES: Amplos, gerais e ilimitados, para o Foro em Geral e Extra, podendo representar o(s) outorgante(s) em Juízo ou fora dele, defender os seus direitos em qualquer ação onde for(em) autor(es) ou réu(s), assistente(s), oponente(s), ou de qualquer modo interessado(s); propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos e Instâncias até final decisão; fazer acordos ou discordar, transigir e firmar compromissos, produzir provas e justificações; requerer falências e concordatas; receber valores e dar quitações, assinar termos de compromissos de inventariante, apresentar as primeiras e as últimas declarações, concordar e discordar de cálculos e partilhas, fazer impugnações, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83, tudo o mais usar, praticar e agenciar, requerer e assinar perante qualquer Juízo, pessoa física ou jurídica, qualquer documento para o fiel desempenho do presente mandato, PODENDO substabelecer com ou sem reserva de poderes. Podendo Declarar a hipossuficiência do outorgante.

Uiraúna – PB, 06 de Fevereiro de 2019.

Elioneide Moraes da Silveira
ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: **MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA**, brasileira, em união estável, agricultora, inscrita no CPF: 018.583.404-38 E RG: 1.464.242 2-VIA-SSP-PB, residente e domiciliada na Rua: Alferes Antônio Francisco, S/N – Bairro Retiro, Uiraúna-PB;

OUTORGADOS: Dr. **RAIMUNDO CEZÁRIO DE FREITAS**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 4018 e RN/737-A, Dr. **DEMÓSTENES CEZÁRIO DE ALMEIDA**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 14.541 e RN/954-A e Dr. **PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 21.368, com Escritório sito à Rua Manoel Mariano, nº 36 – Uiraúna (PB);

PODERES: Amplos, gerais e ilimitados, para o Foro em Geral e Extra, podendo representar o(s) outorgante(s) em Juízo ou fora dele, defender os seus direitos em qualquer ação onde for(em) autor(es) ou réu(s), assistente(s), oponente(s), ou de qualquer modo interessado(s); propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos e Instâncias até final decisão; fazer acordos ou discordar, transigir e firmar compromissos, produzir provas e justificações; requerer falências e concordatas; receber valores e dar quitações, assinar termos de compromissos de inventariante, apresentar as primeiras e as últimas declarações, concordar e discordar de cálculos e partilhas, fazer impugnações, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83, tudo o mais usar, praticar e agenciar, requerer e assinar perante qualquer Juízo, pessoa física ou jurídica, qualquer documento para o fiel desempenho do presente mandato, PODENDO substabelecer com ou sem reserva de poderes. Podendo Declarar a hipossuficiência do outorgante.

Uiraúna – PB, 06 de Fevereiro de 2019.

Maria do Socorro Moraes da Silveira
MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.464.242 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/03/2017

NOME MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA

FILIAÇÃO JOSÉ ANTONIO DA SILVEIRA
FRANCISCA ADELINO DE MORAIS

NATURALIDADE JOSE DA PENHA-RN DATA DE NASCIMENTO 07/02/1960

DOC ORIGEM NASC.N.6325 FLS.158 LIV.A 07
CARTORIO UIRACUNA PB

CPF 018.583.404-38

João Pessoa - PB

Assinatura: Marcus A. B. Lacerda Jr.
Chefe do Núcleo de
LEIAÇÃO E CONSULTA
08/08/2017



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA, brasileira, em união estável, agricultora, inscrita no CPF: 018.583.404-38 E RG: 1.464.242 2-VIA-SSP-PB, residente e domiciliada na Rua: Alferes Antônio Francisco, S/N - Bairro Retiro, Uiraúna-PB; amparado(a) pelo que dispõe o art. 1º da Lei Federal nº 7.115/83 c/c art. 1º e ss da Lei 1.060/50 e arts. 98 e ss, do CPC/2015, **DECLARA**, perante este órgão judiciário, para o fim de obter a **GRATUIDADE DOS ATOS JUDICIAIS**, ser pessoa juridicamente pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com as custas judiciais, sem prejuízo da própria manutenção e de sua família.

Em oportuno, assume a responsabilidade por suas afirmações, tanto de pobreza como de residência, sujeitando-se às sanções civis e criminais previstas na legislação vigente em caso de falsidade do conteúdo desta declaração.

E por ser expressão da verdade, assina a presente de próprio punho.

Uiraúna – PB, 06 de Fevereiro de 2019.

maria do socorro morais da silveira
MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA, brasileira, portadora de CPF: 874.001.034-15 e RG: 2.055.241 SSP-PB, residente e domiciliada no Sítio Bela Vista S/N – Zona Rural, Uiraúna-PB; amparado(a) pelo que dispõe o art. 1º da Lei Federal nº 7.115/83 c/c art. 1º e ss da Lei 1.060/50 e arts. 98 e ss, do CPC/2015, **DECLARA**, perante este órgão judiciário, para o fim de obter a **GRATUIDADE DOS ATOS JUDICIAIS**, ser pessoa juridicamente pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com as custas judiciais, sem prejuízo da própria manutenção e de sua família.

Em oportuno, assume a responsabilidade por suas afirmações, tanto de pobreza como de residência, sujeitando-se às sanções civis e criminais previstas na legislação vigente em caso de falsidade do conteúdo desta declaração.

E por ser expressão da verdade, assina a presente de próprio punho.

Uiraúna - PB, 06 de Fevereiro de 2019.

Elioneide morais da Silveira

ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ANTÔNIO LOPES DA SILVEIRA NETO, brasileiro, casado, agricultor, inscrito no CPF: 510.664.324-49, e RG: 1.129.997 2^a VIA - SSP-PB, residente e domiciliado na Rua: Francisco de Almeida Castro, S/N – Centro, Poço Dantas-PB, amparado(a) pelo que dispõe o art. 1º da Lei Federal nº 7.115/83 c/c art. 1º e ss da Lei 1.060/50 e arts. 98 e ss, do CPC/2015, **DECLARA**, perante este órgão judiciário, para o fim de obter a **GRATUIDADE DOS ATOS JUDICIAIS**, ser pessoa juridicamente pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com as custas judiciais, sem prejuízo da própria manutenção e de sua família.

Em oportuno, assume a responsabilidade por suas afirmações, tanto de pobreza como de residência, sujeitando-se às sanções civis e criminais previstas na legislação vigente em caso de falsidade do conteúdo desta declaração.

E por ser expressão da verdade, assina a presente de próprio punho.

Uiraúna – PB, 06 de Fevereiro de 2019.

Antônio Lopes da Silveira Neto

ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	018.673.644-41	MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO		510.664.324-49	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AGRICULTOR	RUA FRANCISCO DE ALMEIDA CASTRO	S/N	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CENTRO	Poço Dantas	PB	58.933-000
E-mail:			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

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

AGÊNCIA: 5786 CONTA: 760 827 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: 08/12/2018

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: IRMÃ

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data, <u>Uiraúna/PB, 19/12/2018</u>	Nome: _____
Nome: _____	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio Lopes da Silveira Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: LUCIANA FRANÇA DE SOUZA
CPF: 089.253.954-28

Luciana França de Souza
Assinatura

2º | Nome: ME MINERVINA DO NASCIMENTO OLIVEIRA
CPF: 589.089.864-78

Minervina do Nascimento Oliveira
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO - 22/02/2019 10:14:21
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022209260478200000018878136

Número do documento: 19022209260478200000018878136

Num. 19400956 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	018.673.644-41	MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA	Número:	Complemento:	
Bairro:	AGRICULTORA	SITIO BELA VISTA	CEP:	58.915-000
E-mail:	ZONA RURAL	Cidade:	PB	Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 0053	CONTA: 40161	8
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: 08/12/2018

Grau de Parentesco com a vítima: Irmã Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data:	VIRÁUNA/PB, 13/12/2018
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

Elioneide Moraes da Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: LUCIANA FRANCA DE SOUZA
CPF: 089.953.954-28

Luciana Franca de Souza
Assinatura

2º | Nome: NÉMINA DO NASCIMENTO OLIVEIRA
CPF: 589.099.864-72

Némina do Nascimento Oliveira
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA		CPF:	018.583.404-38	
Profissão: AGRICULTOR	Endereço: RUA ALFERES ANTONIO FRANCISCO	Número: S/N	Complemento:	
Bairro: RETIRO	Cidade: VIRÁUNA	Estado: PB	CEP: 58.915-000	Tel.(DDD):
E-mail:				

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1165** CONTA: **27.198** Dígito: **5**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: **08/12/2018**

Grau de Parentesco cogi a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **IRMA**

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **LUCIANA FRANCA DE SOUZA**
CPF: **089.253.954-28**

Luciana Franca de Souza
Assinatura

2º | Nome: **MS MINERVINA DO NASCIMENTO OLIVEIRA**
CPF: **589.089.864-72**

Minervina do Nascimento Oliveira
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO,

Assinado eletronicamente por: PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO - 22/02/2019 10:14:21
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022209260478200000018878136

Número do documento: 19022209260478200000018878136

Num. 19400956 - Pág. 3

MARIA DAS DORES DA SILVEIRA
RUA FRANCISCO DE ALMEIDA CASTRO, S/N - CENTRO
POCO DANTAS / PB CEP 58933000 (AG 177)



Emissão: 08/11/2018 Referência: Nov/2018
Endereço: Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Classe/Símbolos: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 4 - 208 - 831 - 4730 N° medidor: 00008325698

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N° 015 224 968
Cód. para Dth. Automático: 00016280040

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	08/11/2018	07/12/2018	033.526.934-00 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1526006-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias					
				Data	Leratura	Data	Leratura	1	88
Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliqu.	Icms(R\$)	Icms(R\$)	Pd/Cofim(R\$)	(0,3440%) (4,3453%)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pd/Cofim(R\$)		
0801	Consumo ate 30Wh-BR	30,000	0,276370	8,28	8,29	25	2,07	8,29	0,08 0,36
0801	Consumo -31 a 100Wh-BR	30,000	0,473800	17,08	17,05	25	4,26	17,05	0,18 0,74
0801	Adt: B Vermeia			1,84	1,84	25	0,41	1,84	0,01 0,07
0801	Adt: B Amarela			0,11	0,11	25	0,03	0,11	0,00 0,00
0810	Subsídio			30,72	30,72	25	7,88	30,72	0,28 1,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ELEM PÚBLICA			9,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00
0806	Devolução Subsídio			-21,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00 0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 45,82 57,81 14,46 57,81 0,54 2,51

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

69 16/11/2018 R\$ 45,82

Histórico de Consumo (kWh)

88 73 78 82 88 72 85 79 88 58 58 58 88
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO

47ea cfdf.620e.9e61.2d29.032f.d800.d9cd.

Indicadores de Qualidade 9/2018-Urauna

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,94	NOMINAL
DIC ANUAL	25,89	220
FIC MENSAL	3,42	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,85	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR
DMC	3,80	0,00
DICI	12,22	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	8,68	14,38
Compra de Energia	6,72	21,21
Serviço de Transmissão	1,02	2,23
Encargos Setoriais	1,58	3,40
Impostos/Direitos e Encargos	26,93	58,77
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	45,82	100,00

Valor do Euro (Ref. 9/2018) R\$ 7,26

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,42

Faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO - 22/02/2019 10:14:22
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022209264198700000018878156
Número do documento: 19022209264198700000018878156

Num. 19400979 - Pág. 1

República Federativa do Brasil



Antônia Moreira de Sena
Oficiala Substituta
CARTE DE REG. CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
CNPJ 52.915-000 - UIRAUANA - PB

REGISTRO CIVIL

ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE UIRAUANA

MUNICÍPIO DE UIRAUANA
DISTRITO DE UIRAUANA

ANTÔNIA MOREIRA DE SENA
Oficiala Substituta do Registro Civil

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob o nº 2.623, às fls. 220, do livro nº B - 08 de Registro de casamentos, verifiquei constar que no dia 20 de julho de 1993 foi feito o casamento de "ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO e MARIA DAS DORES FILHA" contraído perante o Juiz de Direito Dr. Marcus Frederico Claudino Veras e as testemunhas Agapito Fernandes Pinheiro e Maria Auxiliadora Alves, solteiros, estudantes, residentes nesta Cidade.

Ele, nascido em Sítio Santa Umbelina, deste município de Uiraúna. PB aos 17 de março de 1967 profissão agricultor residente e domiciliado nesta Cidade de Uiraúna. Estado da Paraíba, filho de José Antonio da Silveira e Francisca Adelino de Moraes, naturais, ele da Paraíba, ela do Rio Grande do Norte, residentes nesta Cidade.

Ela, nascida em Sítio Imbê, município de Juiz Gomes. Estado do RN. aos 13 de agosto de 1974 profissão doméstica residente e domiciliada em Poço Dantas, desta Comarca de Uiraúna. Est. da Paraíba, filha de Paulo Arão da Silva e Francilina da Conceição, naturais da Paraíba, residentes em Poço Dantas, desta Comarca - a qual passou a assinar-se "MARIA DAS DORES DA SILVEIRA". Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 Nós I, II, III e IV do Código Civil - Observações: O ato teve lugar no Forum Municipal, desta Cidade. O Regime adotado é o de Comunhão Parcial de bens.

AVERBAÇÃO: Em cumprimento o mandado de averbação expedido pelo Dr. José Batista de Andrade MM. Juiz de Direito desta Comarca de Uiraúna. PB, nos Autos da Ação de retificação. Proc. 04920020004724, determinando que seja retificado a profissão do contraente, que ao invés de mecânico, passe a constar como sendo agricultor. Tudo conforme O referido é verdade e dou fé. | Sentença Judicial anexada no referido mandado

Uiraúna (PB), 28 de Maio de 2003

Antônia Moreira de Sena
OFICIALA SUBSTITUTO

MANOEL DE JESUS VIEIRA
RUA ALFREZ ANTONIO FRANCISCO, S/N - RETIRO
UIRAUNA / PB CEP: 59915000 (AG. 177)



Emissão: 27/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 230, Km 25 - Cristo Redentor-Joinville / PR - CEP: 83071-600
Roteiro: 16 - 204 - 875 - 560 N° medidor: 00001959700

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.395.105/0001-40 - Insc. Est.: 16.016.223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°018.181.871
Cód. para Débito Automático: 0006535104

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	27/11/2018	27/12/2018	738.870.564-34 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/533510-4

Canal de contato:

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Data	Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
	Leratura	Data	Leratura	Data			
Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Cálculo Alq. Ioma(R\$) Base Cálculo Pto(R\$) Oferta(R\$) Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS ParCofins(R\$) (0,8440%) (4,0483%)		
0801	Consumo em kWh	108.000	0,844460	91,20	81,20 27 24,82 91,20 0,88 0,98		
0801	Add. B. Vermelha			1,18	1,18 27 0,32 1,18 0,01 0,05		
0801	Add. B. Amarela			1,35	1,35 27 0,38 1,35 0,01 0,08		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUÇÃO LUM.PÚBLICA			9,43	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		

CCI: Código de Classificação do item	TOTAL	103,16	93,73	26,30	93,73	0,88	4,07
Média últimos meses (kWh)							
VENCIMENTO							
04/12/2018							
Histórico de Consumo (kWh)							
85							

79 | 82 | 82 | 85 | 88 | 78 | 85 | 71 | 78 | 95 | 101 | 104
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO

5bd5.b80f.f49e.fac6.924c.817e.e588.08d9.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Aparado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	8,47	0,00	Serviços de Dist. da Energia/PR	22,13	21,48
DIC TRIMESTRAL	12,94	NOMINAL	Companhia de Energia	32,87	31,87
DIC ANUAL	25,89	220	Serviço de Transmissão	1,44	0,93
FIC MENSAL	8,42	0,00	Encargos Sistêmicos	5,24	5,03
FIC TRIMESTRAL	8,95	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	38,88	38,48
FIC ANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	9,80	0,00	Total	103,16	100,00
DICRI	12,22	231	Valor do USD (Ref. 01/2018) R\$ 30,53		

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Leitura confirmada.



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

EU, MANOEL DE JESUS VIEIRA, BRASILEIRO, UNIÃO ESTÁVEL, AGRICULTOR ASENTADO, PORTADOR DE CPF: 738.870.564-34 E RG: 831.805-SSP-PB, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA ALFERES ANTONIO FRANCISCO, S/N – BAIRRO RETIRO – UIRAÚNA (PB) - DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE A Srª. MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA, BRASILEIRA, UNIÃO ESTÁVEL, AGRICULTORA, PORTADORA DE CPF: 018.583.404-38 e RG: 1.464.242 – 2ª VIA-SSP-PB, RESIDE EM CASA DE MINHA PROPRIEDADE, NA RUA ALFERES ANTONIO FRANCISCO, S/N – BAIRRO RETIRO - UIRAÚNA – (PB).

UIRAUNA (PB), 17 DE DEZEMBRO DE 2018

Manoel de Jesus Vieira
MANOEL DE JESUS VIEIRA



ELIONEIDE MORAES DA SILVEIRA
SIT BELA VISTA, S/N | C-A-L-08 - ÁREA RURAL
URUANA / PB CEP: 59815000 (AG: 177)



Emissão: 10/09/2018 Referência Set/2018
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-681
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
CNPJ:05.095.183/0001-40 Insc Est: 16.016.823-0
Roteiro 4 - 206 - 897 - 7020 N° medidor: 000087-8008
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°012.089.451
Cód. para Dáh. Austrália: 80017981783

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	10/09/2018	09/10/2018	874.001.034-16 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1799175-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data	Leratura	Data	Leratura							
10/08/18	2758	10/09/18	2862							
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa C	Valor Base Calc.	Aliq. Icms(R\$)	ICMS	Base Calc.	Pis(R\$)	Coins(R\$)	
				Tributos Total(R\$)	ICMB(R\$)	ICMS	Pis/Coins(R\$)	(0,066%)	(3,7164%)	
0801	Consumo até 30KWh-BR	30.000	0,20/2780	7,88	7,88	27	2,13	7,88	0,08	0,28
0801	Consumo - 31 a 100KWh-BR	70.000	0,46/0510	31,53	31,53	27	8,51	31,53	0,25	1,17
0801	Consumo - 101 a 220KWh-BR	3.000	0,6/5770	2,02	2,02	27	0,54	2,02	0,02	0,07
0801	Adic. B Vermelha			4,00	4,00	27	1,08	4,00	0,03	0,15
0810	Subsídio			41,73	41,73	27	11,27	41,73	0,34	1,55
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO P/UM PÚBLICA			9,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio			-28,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL: 69,01 87,18 23,53 97,18 0,70 3,23

Média últimos meses (kWh) 111 **VENCIMENTO** 17/09/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 68,01

Histórico de Consumo (kWh)
115 | 106 | 127 | 134 | 133 | 101 | 102 | 123 | 98 | 107 | 103 | 93
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AQUELE c85e.0a0f.a9eb.33de.515c.9445.81ac.9303.

7/2018-Uruana			Composição do Recibo	Valor (R\$)	%
Indicadores de Qualidade			Descrição		
Limites da ANEEL	Ajustado	Limite de Tensão (V)			
DIC MENSAL	23,90	NOMINAL	220		
DIC TRIMESTRAL	47,70				
FIC MENSAL	7,74	1,00	CONTRATAADA		
FIC TRIMESTRAL	15,49		LIMITE INFERIOR	202	
FIC ANUAL	33,98		LIMITE SUPERIOR	231	
DMIC	3,58	1,35			
DICR	13,80				
			Total	69,01	100,00
Valor do USD (Ref.7/2018) R\$14,05					

ATENÇÃO
- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) constante(m) err atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 25/09/2018 Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para realização das reparações. Caso a(s) fatura(s) constante(m) err atraso, essa mensagem deve ser ignorada. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAIS/ SADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 60 (sessenta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita a encerramento em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Sua unidade foi faturar com Baixa Renda, tendo um desconto de R\$29,59
Reajuste Tarifário-Vigente 28/08/18-Res. ANEEL nº 2 439-Baixa Tensão 15,41% Médio Reajuste Tarifário-Vigente 28/08/18-Res. ANEEL nº 2 439-Alta Tensão 15,75% Médio

Itens sem base
Agosto 58,24
Jul/18 67,87





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

Willy A. Souza

CPF _____
NOME: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA
018.673.644-41

MATRÍCULA: 0731710155 2018 4 00005 185 0003553 62
SEXO: feminino COR: BRANCA ESTADO CIVIL E IDADE: solteira, 48 anos
NATURALIDADE: Uiraúna-PB DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: RG nº: 1464260 SSP-PB ELEITOR: SIM - Nº 015459791295, Zona: 53 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA: JOSE ANTONIO DA SILVEIRA (Falecido) e FRANCISCA ADELINO DE MORAIS (Falecida). Residia na(o) Rua: Alferes Antonio Francisco. S/N. Bairro, no município de Uiraúna-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO: oito de dezembro de dois mil e dezolto - 08:00 DIA: 08 MÊS: 12 ANO: 2018
LOCAL DO FALECIMENTO: Hospital de Emergência e Trauma "Dom Luiz Gonzaga Fernandes" no município de Campina Grande-PB

CAUSA DA MORTE: Trauma Craneoencefálico. Atropelamento

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO: DECLARANTE:
Campo Santo "JESUS MARIA E JOSÉ" no município de Uiraúna-PB
ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO, Agricultor, residente e domiciliado: Rua: Francisco de Almeida Castro. S/N, Poço Dantas-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO: Dr. Arquimedes Aires Braga de Lira - CRM: 7197

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES: Registro lavrado em 14/12/2018, no Livro C-00005, Nº 3553, folha 185-V. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 267701357.

Antônia Moreira de Sena
Oficiala do Registro Civil

Maria Simone de Medeiros
Oficiala Substituta

Cartório do Reg. Civil das Pessoas Naturais
CEP 58.915-000 - Uiraúna-PB
Fone: (83) 3534.1193

Cartorio do Registro Civil das Pessoas Naturais
Antônia Moreira de Sena
Uiraúna-PB

Rua: Francisco Leão Veloso s/n Centro Uiraúna-PB - CEP 58915000 Fone: 83)3534-1193 E-mail: antoniomoreira_sena@hotmail.com

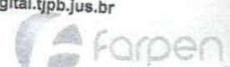
Selo Digital: AGU29576-UTI3



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 687388 B

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Alônia

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PARAÍBA

COMARCA DE UIRAÚNA

MUNICÍPIO DE UIRAÚNA

DISTRITO DE UIRAÚNA

Antônia Moreira de Sena

Oficiala Substituta

CART. DE REG. CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
CEP 58.915-000 — UIRAÚNA - PB

ANTÔNIA MOREIRA DE SENA

Oficiala Substituta do Registro Civil

NASCIMENTO N° 6.329

CERTIFICO que, às fls. 160, do livro n.o 1-07, de Registro de Nascimentos, foi extraído hoje o assento de " MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA " nascida aos trinta (30) de maio (05) de mil e novecentos e setenta (1970) às 22:00 horas e minutos, em Sítio Santa Umbelina deste município de Uiraúna, Estado da Paraíba. filha de José Antonio da Silveira natural de Rio Grande do Norte e de Dona Francisca Adelino de Moraes natural de Rio Grande do Norte

Sendo avós paternos Antonio Lopes da Silveira e Dona Antonia do Amor Divino e avós maternos Herminio Higino de Moraes e Dona Ana Adelina da Silva

Foi declarante o pai da registranda.

e serviram de testemunhas José Orlando Veloso e Joaquim Moreira Sobrinho, ambos residentes em Sítio Santa Umbelina deste município.

Observações: Registrada neste Cartório, em data de 01 de abril de 1980, nos termos da Lei.

BL 50 FL.S. PAPEL OFF-SH. 75 GRAM2 FORMA. 207X297

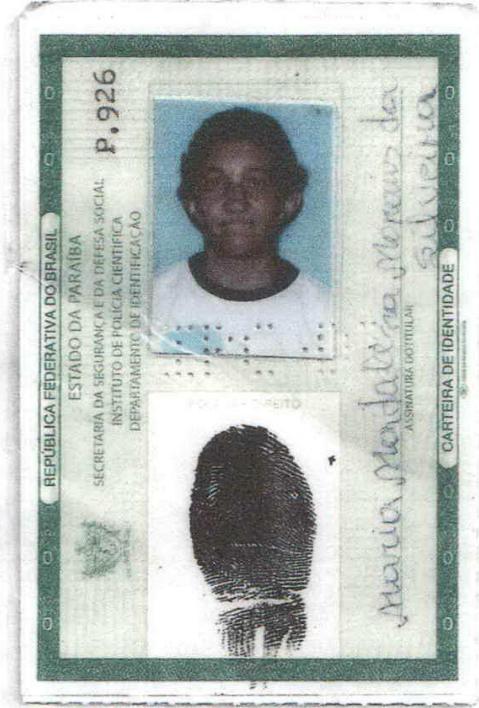
GRANSET

COD. 8550

O referido é verdade e dou fé.

Uiraúna-PB., 11 de julho de 2000

Antônia Moreira de Sena
Oficiala Substituta:



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO	08/03/2010
NOME	MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA	
FILIAÇÃO	JOSÉ ANTONIO DA SILVEIRA FRANCISCA ADELINO DE MORAIS	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
UIRAUNA-PB	30/05/1970	
DOC. ORIGEM	NASC.N.6329 FLS.160 LIV.A 07	
CARTÓRIO UIRAUNA-PB		
GPF.	018.673.644-41	
João Pessoa - PB		
ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		



Assinado eletronicamente por: PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO - 22/02/2019 10:14:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022209271737900000018878186>
Número do documento: 19022209271737900000018878186

Num. 19401012 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO - 22/02/2019 10:14:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022209291745000000018878296>
Número do documento: 19022209291745000000018878296

Num. 19401125 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Raimundo Nonato de Araújo, s/n, Catolé, Campina Grande/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre MORTE POR ATROPELAMENTO.

Hora e data do fato: Às 10:00, do dia 27 de outubro de 2018.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 15:13, do dia 9 de dezembro de 2018.

Local do Ocorrido: EM FRENTE AO AÇOUGUE, CENTRO, CIDADE DE UIRAUNA-PB.

COMUNICANTE: ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO - IRMÃO DA VÍTIMA., do sexo masculino, nascido no dia 17/03/1967, com 51 anos de idade, ID: 1.129.997 SSP/PB, natural de UIRAUNA-PB, residente na RUA FRANCISCO DE ALMEIDA CASTRO, S/N., bairro CENTRO, na cidade de POÇO DANTAS, PB, celular Nº 998690982

VÍTIMA: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, , do sexo feminino, nascida no dia 30/05/1970, com 48 anos de idade, ID: 1.464.260 SSP/PB, DO LAR, filha de JOSÉ ANTONIO DA SILVEIRA e de FRANCISCA ADELINO DE MORAIS, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRA, natural de UIRAUNA-PB, BRASILEIRA, residente na RUA ALFERES ANTONIO FRANCISCO, S/N., complemento RETIRO, bairro CENTRO, na cidade de UIRAUNA, PB

TESTEMUNHAS: A SEREM APRESENTADOS POSTERIORMENTE..

ACUSADO(S): A INVESTIGAR.

HISTÓRICO: No dia 27/10/2018, por volta das 10:00 horas, aproximadamente, a sua irmã MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, no que atravessava a pista de rolamento, EM FRENTE AO AÇOUGUE, CENTRO, CIDADE DE UIRAUNA-PB, o condutor de uma motocicleta de marca e placa não identificado, atropelou a sua irmã MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, vindo esta a cair no asfalto, se ferindo gravemente, enquanto que o motoqueiro fugiu tomando rumo ignorado; Que, informa o comunicante que a vítima MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, foi socorrida por uma ambulância do SAMU para o hospital da cidade de CAJAZEIRAS-PB, em seguida a vítima foi transferida para o hospital de trauma desta cidade de C. Grande-PB, aonde ficou internado; Que, informa o comunicante que no dia de hoje, devido aos graves ferimentos sofridos, a vítima veio á óbito no hospital de trauma de C. Grande-PB.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

AUTORIDADE

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE

ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO - IRMÃO DA VÍTIMA

ESCRIVÃO

MARINALDO SANTINO DA SILVA

[Handwritten signature over the stamp]

CARTÓRIO MOUSINHO FERNANDO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Rua Francisco Laíão Veríso, 176 - Centro - Uirauna-PB - CEP: 58915-000 / Fone: (83)3534-2688
A presente fotocópia confere com a original exibida
nestas Notas. CONFERIDO (*[Signature]*) DOV. *[Signature]*
Uirauna-Paraíba, 19/12/2018.

CLAUDIO MARCIO FERNANDES
Selo Digital de fiscalização Tipo Normal C-AHO3574-1FUO
Corrifa os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM. R\$ 2,37 FARPN R\$ 0,28 TAXA JUDIC R\$ 0,44



PREFEITURA DE UIRACUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU 192



192 FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

SOLICITAÇÃO:	DATA:	27/10/18	VIATURA:	<input type="checkbox"/> USA	<input type="checkbox"/> USB 08
MÉDICO(A) REGULADOR(A) DR(A):	Drº Techado		CRM:		
ENDERECO DA OCORRÊNCIA:	hospital Menino Jesus		Nº:		
BAIRRO:	Uiracuna		CIDADE:	Uiracuna	
PONTO DE REFERÊNCIA:	hospital local Menino Jesus.		ESTADO:	PB	
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> LOCAL DE TRABALHO <input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA					

PACIENTE/USUÁRIO: **Maria Madalena Moreira da Rehueno**
 SEXO: MASC. FEM. IDADE: 48 anos SOLICITANTE:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICA TRAUMÁTICA PEDIÁTRICA GINECO-OBSTÉTRICA PSICIATRICA CIRÚRGICA

APOIO NO LOCAL

CORPO DE BOMBEIROS POLÍCIA MILITAR POLÍCIA CIVIL POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
 DEFESA CIVIL CPTRAN SITRANS IM OUTRO:

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> FÉRMAS	<input type="checkbox"/> EXPANSIBILIDADE	<input type="checkbox"/> PULSO	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE
<input type="checkbox"/> RESP. RUJOSAS	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL	<input type="checkbox"/> FREQ.	<input type="checkbox"/> FRIO	<input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> ENTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> FIPÔMIA	<input type="checkbox"/> MURMURIOS VESICULARES	<input type="checkbox"/> HÍDRICO	<input type="checkbox"/> OXOTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ARRÍTMICO	<input type="checkbox"/> PURPURA
<input type="checkbox"/> BRADIPÔMIA	<input type="checkbox"/> DOMÍNUO	<input type="checkbox"/> ARRÍTMICO	<input type="checkbox"/> MIDRÍASE
<input type="checkbox"/> TAQUIPÔMIA	<input type="checkbox"/> ABSENTE	<input type="checkbox"/> ARRESTADA	<input type="checkbox"/> MIDRIASE
<input type="checkbox"/> APNEIA	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> RETARDADA	<input type="checkbox"/> FOTOREAGENTES
	<input type="checkbox"/> MACHEZ	<input type="checkbox"/> ABSENTE	<input type="checkbox"/> NAO FOTOREAGENTES
			<input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
			<input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA

SINAIS VITais E DADOS COMPLEMENTARES

EVOLUÇÃO	SINAIS VITais			GLASGOW			GLICEMIA CAPILAR mg/dl			
	P.A. mmHg	F.C. bpm	F.C. lpm	Temp. °C	Sal>O2 %	A.O.		R.V.	R.M.	TOTAL
INICIAL	180 x 100	60		93			184			
FINAL	X			90						

PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO APOIO DA USA NÃO SIM QUAL USA

OBS.: SOMENTE SE O PREFIXO DA VIATURA ACIONADA FOR USA.

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA				
PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
<input type="checkbox"/> CORADA	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO
<input checked="" type="checkbox"/> PALIDA	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES
<input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO	<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO	<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO	<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO
<input type="checkbox"/> FRIA	<input type="checkbox"/> HEMATOMA	<input type="checkbox"/> HEMATOMA	<input type="checkbox"/> HEMATOMA	<input type="checkbox"/> HEMATOMA
<input type="checkbox"/> QUENTE	<input type="checkbox"/> AGUDAMENTO	<input type="checkbox"/> AGUDAMENTO	<input type="checkbox"/> DESVIO DA TRAQUEIA	<input type="checkbox"/> DESVIO DA TRAQUEIA
<input type="checkbox"/> ÚMIDA	<input type="checkbox"/> FER. PENETRANTE	<input type="checkbox"/> FER. PENETRANTE	<input type="checkbox"/> ENFISEMA SUB-CUTÂNEO	<input type="checkbox"/> ENFISEMA SUB-CUTÂNEO
<input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> <i>coletar sangue</i>			
ABDOMÉ	PELV	COLUMNA DORSAL		
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO
<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES
<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO	<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO	<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO	<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO	<input type="checkbox"/> LACERAÇÃO
<input type="checkbox"/> DISTENDIDO	<input type="checkbox"/> DOR	<input type="checkbox"/> DOR	<input type="checkbox"/> DOR	<input type="checkbox"/> DOR
<input type="checkbox"/> EM TÁBUA	<input type="checkbox"/> INSTABILIDADE	<input type="checkbox"/> INSTABILIDADE	<input type="checkbox"/> INSTABILIDADE	<input type="checkbox"/> INSTABILIDADE
<input type="checkbox"/> DOLOROSO	<input type="checkbox"/> <i>coletar sangue</i>			
<input type="checkbox"/> EVISERCAÇÃO	<input type="checkbox"/> <i>coletar sangue</i>			
MEMBROS				
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO
<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES	<input type="checkbox"/> ESCORIACÕES
<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO
<input type="checkbox"/> FRATURA	<input type="checkbox"/> FRATURA	<input type="checkbox"/> FRATURA	<input type="checkbox"/> FRATURA	<input type="checkbox"/> FRATURA
<input type="checkbox"/> FECHADA	<input type="checkbox"/> FECHADA	<input type="checkbox"/> FECHADA	<input type="checkbox"/> FECHADA	<input type="checkbox"/> FECHADA
<input type="checkbox"/> ABERTA	<input type="checkbox"/> ABERTA	<input type="checkbox"/> ABERTA	<input type="checkbox"/> ABERTA	<input type="checkbox"/> ABERTA
<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO	<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO	<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO	<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO	<input type="checkbox"/> AMPUTAÇÃO



GINECO-OBSTÉTRICO	HISTÓRIA PREGRESSA		
<input type="checkbox"/> ABORTAMENTO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DROGAS	
<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA VAGINAL	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> HAS	
<input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO	<input type="checkbox"/> ALERGIAS	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS	
<input type="checkbox"/> 0-1 CONTRAÇÃO / 10MIN.	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> 2-4 CONTRAÇÕES / 10MIN.	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> INFECTO-CONTAGIOSA
<input type="checkbox"/> +5 CONTRAÇÕES / 10MIN.	<input type="checkbox"/> SANGRAMENTO	<input type="checkbox"/> OUTROS	
<input type="checkbox"/> PERDA DO TAMPÃO MUCOSO	<input type="checkbox"/> EDÉSIA RÓTA		
<input type="checkbox"/> NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> NASCIMENTO		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTROS
<input type="checkbox"/> DESCOSTRUIÇÃO V.A.	<input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO	<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> CRICOTIREO
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO V.A.	<input type="checkbox"/> PERIFÉRICO	<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL	<input type="checkbox"/> DRENAGEM
<input type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL	<input type="checkbox"/> CENTRAL	<input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR DE CABEÇA	<input type="checkbox"/> HEMÍTORA
<input type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO _____ min.	<input type="checkbox"/> DISSECCÃO	<input type="checkbox"/> TALAS	<input type="checkbox"/> SONDA F
<input type="checkbox"/> MÁSCARA	<input type="checkbox"/> INTRA-ÓSSEO	<input type="checkbox"/> KED	<input type="checkbox"/> S.O.G.
<input type="checkbox"/> CATETER	<input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/> TRAÇÃO	<input type="checkbox"/> SONDA VE
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MANUAL	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> FRANCHA LONGA	<input type="checkbox"/> S.N.G.
<input type="checkbox"/> OXIMETRIA	<input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> MACA	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO TRAQUEAL	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> MACA A VÁCUO	
<input type="checkbox"/> VIA ORAL	<input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSAO	<input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS	
<input type="checkbox"/> VIANASAL	<input type="checkbox"/> MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO	<input type="checkbox"/> RAPEL	
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input type="checkbox"/> E.C.G.	<input type="checkbox"/> DESENCRACERAÇÃO	

CÓD. SE - Gráfico F4 (33) 9 69683.90



CAUSAS EXTERNAS		
TRAUMA / VIOLENCIA	ACIDENTE DE TRÂNSITO	POSIÇÃO DA VÍTIMA
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> ESPAÇAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> MESMO NÍVEL <input type="checkbox"/> ALTURA (_____ <input type="checkbox"/> SOTERRAMENTO <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º ÁREA CORPORAL _____ % <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA SUBSTÂNCIA _____ <input type="checkbox"/> ANIMAIS <input type="checkbox"/> OUTRAS	<input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> COLISÃO <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> TOMBAMENTO <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> NÃO SABE <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> MOTORISTA <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO TRASEIRO <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> ESQUERDO <input type="checkbox"/> SITUAÇÃO DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> NÃO ENCARCERADA <input type="checkbox"/> ENCARCERADA <input type="checkbox"/> EJETADA <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input type="checkbox"/> OUTROS
	<input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> CAMINHÃO <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> USO DO CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> USO DO CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

DIAGNÓSTICOS

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Realizado Avaliação da paciente apresentava com evasão de dois episódios de emerse, náuseas, dispneia, sudorese, pálida, respiração agitada, solicitado apoio da UPA para uma avaliação e realização de exames paciente encaminhado para o HRC no USAOZ SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- Ansiedade Capacidade Adaptativa Intercultural Diminuída Comunicação Verbal Prejudicada Confusão Aguda Desambiguação Prejudicada Óbito Cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das WAs Disefasia Autônoma Dor Aguda Hipertensão Hipotensão da Pela Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Inabilidade a Afetar Mucosa Oral prejudicada Padre Respiratório Ineficaz Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz Perfusão Tissular cardiotroponina Ineficaz Perfusão tisular Gastrointestinal Ineficaz Perfusão Tissular Renal Ineficaz Termoregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interpretação Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação

MATERIAL UTILIZADO

MOTIVO DO TRANSPORTE

- Apoio Diagnóstico Serviço de Maior Complexidade Transferência
 - Outro
-

DESTINO DO PACIENTE

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

ATENDIMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

- ÓBITO NO LOCAL SEM ATENDIMENTO APÓS ATENDIMENTO
 - ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ÓBITO LOGO AO CHEGAR AO DESTINO
-

INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

- RECUSOU ATENDIMENTO RECUSOU TRANSPORTE ACIDENTES DE TRABALHO
 - QTA / CANCELAMENTO PROBLEMA COM AMBULÂNCIA OUTRAS:
-

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU 192 - Ultrapassando a oportunidade.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

R.G.:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: Karla Edvaldo CRM: _____ Mat.:

Enfermeiro: Patrícia Paula Silva Alves COREN: _____ Mat.:

Téc. de Enfermagem: Marcia Rezende COREN: _____ Mat.:

Condutor Socorrista: Jackson Mat.:

Gráfica F4 (03) 99





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190013149

Vítima: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

- ✓ Declaração de únicos herdeiros incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.
- ✓ Comprovação de ato declaratório incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13816745





Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO
R FRANCISCO DE ALMEIDA CASTRO, S/N
CENTRO
CEP 58933-000 - POÇO DANTAS - PB



B1345522084BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a identificação do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e encaminhar à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de identificação ou aguardar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na identificação, cuide dela você mesmo.

DPVAT - Como Reduzir

Administradora do Seguro DPVAT
LÍDER
Seguradora



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190013149

Vítima: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13814755



Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

DEVOLUÇÃO

Seguradora Líder . DPVAT
CAIXA POSTAL 40.970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios

- Mudou-se Endereço insuficiente
 Desconhecido Não existe o nº indicado
 Recusado Falecido
 Ausente Data ____/____/
 Não procurado

Responsável pela informação

- Morador
 Síndico
 Porteiro

Entregador _____

CEP 58933-000 - POÇO DANTAS - PB
CENTRO
R FRANCISCO DE ALMEIDA CASTRO, S/N
ANTÔNIO LOPES DA SILVEIRA NETO



Seguro DPVAT – Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiba +
www.seguradoralider.com.br



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA

Comarca de Uiraúna-PB

ATO ORDINATÓRIO, praticado nos termos da Portaria nº 01/08, de 08/08/2018, da lavra da Juíza de Direito Cartoline Silvestrini de Campos Rocha, e do Provimento CGJ nº 004/2014, c/c art. 349 e seguintes do Código de Normas da CGJ, por:

()mandado

()nota de foro n.º _____

()Precatória

()ofício n.º _____

()via postal

()edital

()em cartório

()outros _____

Uiraúna-PB, 22de fevereirode 2019

Francisca Marta V. de A. Queiroz

mat. 472095-4



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 22/02/2019 11:46:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022211462341100000018883380>
Número do documento: 19022211462341100000018883380

Num. 19406475 - Pág. 1

Fica o Advogado **INTIMADO**, para, no prazo de (15) quinze dias, emendar a inicial, cumprindo o disposto no art. 6º da Portaria 01/2018, datada de 08/08/2018, da Drª Caroline Silvestrini de Campos Rocha – Juíza de Direito em Substituição nesta Comarca, nos termos seguinte: Quando qualquer das partes requererem os benefícios da gratuidade de justiça, seja na inicial, na contestação ou em qualquer fase processual, o servidor deverá verificar se foram juntados os seguintes documentos: I) Se pessoa física: a) Declaração de hipossuficiência assinada pelo autor ou procuração com poderes para a assinar e requerer a declaração a hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105, CPC/2015; b) Declaração de IRPF dos últimos 3 anos ou declaração ou comprovação de ser isento de imposto de renda; c) Comprovantes de seus rendimentos de trabalho e/ou aposentadoria ou, não possuindo, CTPS. II) Se pessoa jurídica: a) Declaração de hipossuficiência assinada pelo autor ou procuração com poderes para assinar e requerer a hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105, CPC/2015. b) Declaração de IRPF (ou similar) dos últimos 3 anos; c) Balancetes e extratos bancários dos últimos 12 meses. § 1º - Não sendo juntado qualquer dos documentos acima, o servidor deverá intimar a parte, nos termos do art. 99, § 2º, CPC, determinando a sua juntada no prazo de (15) quinze dias. § 2º – Cumprido ou não a determinação pela parte, os autos deverão ir conclusos para decisão. § 3º – O disposto neste artigo não se aplica aos processos patrocinados pela Defensoria Pública (art. 1º, §§ 2º e 3º da Lei 5.478/68).

Uiraúna-PB, 22/02/2019

Francisca Marta V. de A. Queiroz

Mat. 472.095-4



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 22/02/2019 11:49:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022211495130000000018883619>
Número do documento: 19022211495130000000018883619

Num. 19406720 - Pág. 1

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUÍZA DE DIREITO DA COMARCA DE UIRAÚNA -
PB

ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA E OUTROS, JÁ QUALIFICADOS NOS AUTOS DO
PROCESSO SUPRA, VÊM POR SEU ADVOGADO SIGNATÁRIO, À HONROSA PRESENÇA DE
VOSSA EXCELÊNCIA PARA EXPOR E REQUERER O SEGUINTE:

QUE NA CONDIÇÃO DE AGRICULTORES EM REGIME DE ECONOMIA FAMILIAR, SEM
RENDA FIXA, NÃO DECLARAM IMPOSTO DE RENDA; NÃO TÊM CTPS ANOTADA;

ADEMAIS ASSINARAM DECLARAÇÃO DE POBREZA E JUNTARAM AO PROCESSO.

ISTO POSTO, JUSTIFICADA A NECESSIDADE DE USUFRUIREM OS BENEFÍCIOS DA
JUSTIÇA GRATUITA NOS TERMOS DA LEI, REITERAM O PEDIDO FORMULADO NA
EXORDIAL E O PROSEGUIMENTO DO FEITO NA FORMA DA LEI.

P. DEFERIMENTO



Assinado eletronicamente por: RAIMUNDO CEZARIO DE FREITAS - 29/03/2019 13:01:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032913015446000000019625692>
Número do documento: 19032913015446000000019625692

Num. 20174439 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Uiraúna**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800064-04.2019.8.15.0491

DESPACHO

Recebo a presente ação e concedo os benefícios da assistência judiciária gratuita (NCPC, art. 98).

Intime-se a parte autora para juntar aos autos, no prazo de 10 dias, declaração, firmada em cartório, de inexistência de bens deixados pela falecida, nos termos do art. 4º do Decreto n. 85.845/81. Junte também declaração com firma reconhecida em cartório sobre a existência (ou inexistência) de outros herdeiros que porventura venham a compor a lide.

Oficie-se ao INSS, para, no prazo de 10 dias, informar a existência de dependentes cadastrados em nome da falecida.

Após:

1. Considerando que a causa admite transação, por envolver direitos disponíveis, CITE-SE o requerido e INTIMEM-SE as partes para comparecerem a audiência de conciliação, para a possibilidade de autocomposição da lide, nos termos do art. 334, caput, do CPC, de acordo com pauta. Não havendo a autocomposição na audiência, o réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da prevista no art. 335, do CPC, sob pena de revelia.

2. Ressalte-se que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência designada é considerada ato atentatório a dignidade da justiça e será cometida multa de 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, nos termos do art. 334, §8º do CPC.

3. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados ou Defensor Público. Intime-se o autor por seu advogado, enquanto o réu por carta, com aviso de recebimento.

ESTE DESPACHO SERVE COMO MANDADO.

Cumpre-se.

Uiraúna, data pelo sistema.



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO THIAGO DA SILVA RABELO - 03/05/2019 11:29:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050311292309200000020350211>
Número do documento: 19050311292309200000020350211

Num. 20923951 - Pág. 1

Fco. Thiago da S. Rabelo

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO THIAGO DA SILVA RABELO - 03/05/2019 11:29:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050311292309200000020350211>
Número do documento: 19050311292309200000020350211

Num. 20923951 - Pág. 2

Fica o Advogado da autora INTIMADO, para juntar aos autos, no prazo de 10 dias, declaração, firmada em cartório, de inexistência de bens deixados pela falecida, nos termos do art. 4º do Decreto n. 85.845/81. Junte também declaração com firma reconhecida em cartório sobre a existência (ou inexistência) de outros herdeiros que porventura venham a compor a lide.

Uiraúna-PB, 06/05/2019

Técnica Judiciário





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE UIRACUÁ

Ao Senhor:

Chefe do Posto de Benefício do INSS

Rua Pedro Celestino de Paula 63, Gato Preto

Sousa-PB

CEP: 58 802 320

Ofício nº 240/2019 Em, 06 de maio de 2019

Senhor Procurador,

Solicito a Vossa Senhoria, que seja informado a este Juízo, no prazo de (10) dez dias, acerca da existência de dependentes em nome de **MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA**, nascida em 30/05/1970, portadora do RG nº 1.464.260 SSDS e CPF nº 018.673.644-41. Isto para melhor instruir os autos da Ação de Cobrança nº 0800064.04.2019.815.0491, requerido por Elioneide Morais da Silveira.



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO THIAGO DA SILVA RABELO - 06/05/2019 09:06:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050607511169000000020367605>
Número do documento: 19050607511169000000020367605

Num. 20941941 - Pág. 1

Atenciosamente,

Francisco Thiago da Silva rabelo

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO THIAGO DA SILVA RABELO - 06/05/2019 09:06:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050607511169000000020367605>
Número do documento: 19050607511169000000020367605

Num. 20941941 - Pág. 2

recibo de postgem



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 10/05/2019 07:03:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051007032611700000020488177>
Número do documento: 19051007032611700000020488177

Num. 21068951 - Pág. 1



0800061-04-2019... AR

RECEBIDO DE POSTAGEM

TOTAL PAGO

R\$ _____

Nº DO
REGISTRO

JN 24067105 8 BR

NATUREZA _____ VALOR DE DOCUMENTO _____ PESO _____

A SER PREENCHIDO PELO REMETENTE SEM RASURA

NOME DO DESTINATÁRIO: Chá de Posto de Benedito

do INSS

ENDEREÇO.....

CIDADE: Jaesca UF: PR



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 10/05/2019 07:03:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051007032657400000020488178>
Número do documento: 19051007032657400000020488178

Num. 21068952 - Pág. 1

juntada de AR



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 16/05/2019 08:42:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051608425922700000020622243>
Número do documento: 19051608425922700000020622243

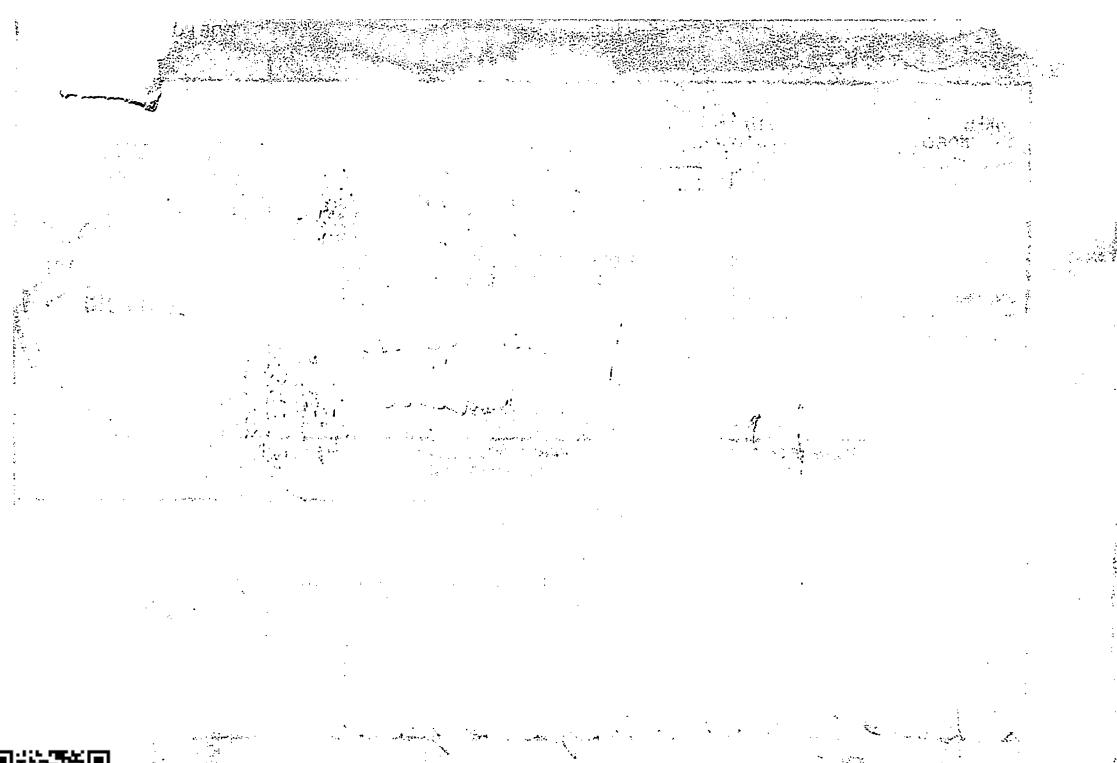
Num. 21213306 - Pág. 1

 Correios	AVISO DE RECEBIMENTO	AR	DATA DE POSTAGEM
DESTINATÁRIO CHEFE DO POSTO DE BENEFÍCIO DO INSS RUA PEDRO CELESTINO DE PAULA 63 GATO PRETO 58802320 - SOUSA - PB			UNIDADE DE POSTAGEM
<p style="text-align: center;">COMARCA DE UIRAUANA - PB (CÓDIGO DE BARRAS OU N° DE REGISTRO DO OBJETO) ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE UIRAUANA RUA POETA FRANCISCO EVARISTO SN Única - Pg. 35 / 05 / 19 58915000 - UIRAUANA - PB </p> 			CÁRIMBO UNIDADE DE ENTREGA SOUSA-PB
TENTATIVAS DE ENTREGA		OBSERVAÇÃO 0800064.04.2019.815.0491	MOTIVO DE DEVOLUÇÃO
1 ^a /	: _____ h	<input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Recusado	RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO
2 ^a /	: _____ h	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Não procurado	<i>Silva Lacerda de Sousa</i>
3 ^a /	: _____ h	<input type="checkbox"/> Não existe o número <input type="checkbox"/> Ausente	<i>Agente Correios</i>
		<input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Falecido	<i>Mat. 8.478.542-0</i>
		<input type="checkbox"/> Outros	
ASSINATURA DO RECEBEDOR <i>Paulo Lacerda Bezerra Júnior</i>		DATA DE ENTREGA 08/05/19	
LEGÍVEL DO RECEBEDOR		Nº DOC. DE IDENTIDADE	



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 16/05/2019 08:42:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051608425936000000020622244>
Número do documento: 19051608425936000000020622244

Num. 21213307 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 16/05/2019 08:42:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051608425936000000020622244>
Número do documento: 19051608425936000000020622244

Num. 21213307 - Pág. 2

juntada de ofício



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 21/05/2019 07:05:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052107054237600000020726427>
Número do documento: 19052107054237600000020726427

Num. 21324851 - Pág. 1

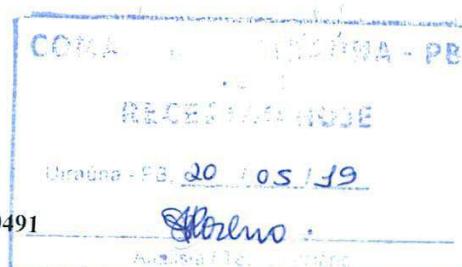


Ofício 13.021.110/064/2019

Exmo. Dr. Francisco Thiago da Silva Rabelo
Juiz de Direito
Poder Judiciário – Comarca Uiraúna/PB
Rua Poeta Francisco Evaristo, s/n
CEP 58915-000 – UIRAÚNA/PB

Sousa/PB, 09 de maio de 2019

Assunto: Resposta ofício 240/2019 – Processo: 0800064-04.2019.8.15.0491



Em atenção a solicitação de informações, emitido pelo Poder Judiciário de Uiraúna/PB, vimos através deste, fornecer as informações de que dispomos;

2. Após pesquisas feitas em nossos sistemas corporativos com os dados fornecidos, não encontramos em nome de MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, CPF Nº 018.673.644-41, benefício concedido de sua titularidade;
3. Quanto à existência de dependentes, verificamos que até a presente data não consta nenhum registro de pedido de Pensão por Morte tendo como instituidora a falecida MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA. Portanto, nenhum dependente habilitado nesta Autarquia em nome da citada falecida.
4. Para justificar o aqui exposto, estamos encaminhando relatórios anexos.

Atenciosamente,

Maria Aparecida Casimiro Gabriel
Chefe de Benefícios

Ana Lígia S. Ribeiro
Gerente Substituta

APS – Sousa/PB -(083) 3522.1182 - aps13021110@inss.gov.br



07/05/201

Número: **0800064-04.2019.8.15.0491**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Uiraúna**

Última distribuição : **22/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA (AUTOR)	RAIMUNDO CEZARIO DE FREITAS (ADVOGADO) DEMOSTENES CEZARIO DE ALMEIDA (ADVOGADO) PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO (ADVOGADO)
MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA (AUTOR)	RAIMUNDO CEZARIO DE FREITAS (ADVOGADO) DEMOSTENES CEZARIO DE ALMEIDA (ADVOGADO) PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO (ADVOGADO)
ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO (AUTOR)	RAIMUNDO CEZARIO DE FREITAS (ADVOGADO) DEMOSTENES CEZARIO DE ALMEIDA (ADVOGADO) PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
20941 941	06/05/2019 09:06	Ofício	Ofício



Acao MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 09/05/2019 07:39:47
PESNOM - Pesquisa por Nome

Inicio Anterior Origem Desvio Restaura Fim

Nome: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA
Mae :
Data Nasc.: 30051970 (DDMMMAAA)

Obs: Nome da mae e Data Nascimento sao opcionais.

1

NAO EXISTE BENEFICIO COM ESTE NOME E DATA NASCIMENTO
Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





1

Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 21/05/2019 07:05:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052107054275800000020726429>
Número do documento: 19052107054275800000020726429

Num. 21324853 - Pág. 4



INSS
CNIS – Cadastro Nacional de Informações Sociais
Dados Pessoa Física - Portal CNIS

Página 1
09/05/2019

Critérios de busca

Nit:	CPF: 018.673.644-41	Nome:
Data de Nascimento:	CNH:	Nome da Mãe:
Título de Eleitor:	CTPS:	Identidade:

Dados Pessoa Física

NIT	Nome	Nome da Mãe	Data de Nascimento	Situações	CPF
16435058580	MARIA MADALENA DA SILVEIRA	FRANCISCO ADELINO DE MORAIS	30/05/1970	Nit normal	01867364441

“O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme artigo 19, § 3º do Decreto 3.048/99.”



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 21/05/2019 07:05:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052107054275800000020726429>
Número do documento: 19052107054275800000020726429

Num. 21324853 - Pág. 5



INSTITUTO NACIONAL DO SERVIÇO SOCIAL

Página 1 de 1

INSS

CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário - CNIS Cidadão

Identificação do Filiado

Nit: 1.643.505.858-0
CPF: 018.673.644-41
Data de Nascimento: 30/05/1970

Nome: MARIA MADALENA DA SILVEIRA
Nome da Mãe: FRANCISCO ADELINO DE MORAIS
Data de Óbito: 08/12/2018

Não foram encontrados vínculos para o NIT selecionado.

09/05/2019 10:15:11

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99



EXCELENTESSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE UIRAÚNA – pb.

Autos nº 0800064-04.2019.8.15.0491

ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA e OUTROS, já qualificados nos autos da ação em epígrafe, que movem em desfavor de **SEGURADORA LIDER CONSORCIOS S.A**, por seu procurador e advogado signatário, vêm, respeitosamente, perante Vossa Excelência, juntar declaração conforme determinado no despacho retro (ID. 20923951), expondo e requerendo o que segue:

ANTE O EXPOSTO, diante do cumprimento do despacho (ID. 20923951), os autores pugnam pela juntada da declaração em anexo, bem como requererem o prosseguimento do feito, na forma da lei.

N. Termos;

P. Deferimento.

Uiraúna – PB, 21 de maio de 2019.

*Dr. Pedro Fernandes de Queiroga Neto
OAB/PB 21.368*



Assinado eletronicamente por: PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO - 21/05/2019 10:18:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052110183430300000020731929>
Número do documento: 19052110183430300000020731929

Num. 21330491 - Pág. 1

DECLARAÇÃO

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, E SOB AS PENAS DA LEI, ESPECIALMENTE PARA FAZER PROVA EM JUÍZO, ESPECIFICAMENTE NOS AUTOS DO PROCESSO - 0800064-04.2019.815.0491 - QUE A Sr^a. MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, INSCRITA NO CPF: 018.673.644-41 E RG: 1.464.260 - SSP-PB, AO FALECER NÃO DEIXOU BENS A INVENTARIAR, BEM COMO DEIXOU COMO ÚNICOS HERDEIROS OS SEGUINTE Irmãos, POIS ERA SOLTEIRA E NÃO TINHA FILHOS NEM PAIS VIVOS:

- 1 - ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA - CPF: 874.001.034-15;
- 2 - MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA - CPF: 018.583.404-38;
- 3 - ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO - CPF: 510.664.324-49.

UIRAÚNA(PB), 20 DE MAIO DE 2019



ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA



MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA

MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA

CARTÓRIO MOUSINHO NONATO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Francisco Leão Veloso, 176 - Centro - Uiraúna-PB - CEP: 58915-000 - Fone: (83)3534-2688

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA**. CONFERIDO (). DOU FÉ.
Uiraúna-Paraíba, 20/05/2019.

CARTÓRIO MOUSINHO NONATO
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Francisco Leão Veloso, 176 - Centro - Uiraúna-PB - CEP: 58915-000 - Fone: (83)3534-2688

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA**. CONFERIDO (). DOU FÉ.
Uiraúna-Paraíba, 20/05/2019.

CLAUDIO MARCIO FERNANDES
Selos Digitais de Fiscalização Tipo Normal B-AIM92709-CWZQ
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM R\$ 9,91 FARPEN R\$ 0,29 TAXA JUDIC R\$ 1,82

CLAUDIO MARCIO FERNANDES
Selos Digitais de Fiscalização Tipo Normal B-AIM92710-N4ZE
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM R\$ 9,91 FARPEN R\$ 0,29 TAXA JUDIC R\$ 1,82



Fica o Advogado INTIMADO para audiencia de conciliação designada para o dia 05/11/2019 às 08:40 horas, no Fórum local.

Devendo o advogado proceder a intimacao da parte autora e traze-la ao ato, sob pena de preclusao, demonstrando nos autos a intimacao da mesma.

Uiraúna-PB, 03/09/2019

Técnica Judiciário



recibo de postagem



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA MARTA VIEIRA DE ALMEIDA QUEIROZ - 19/09/2019 11:59:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091911595614000000023783769>
Número do documento: 19091911595614000000023783769

Num. 24568880 - Pág. 1

0800061.01.2019... 1

CORREIOS

RECIBO DE POSTAGEM	TOTAL PAGO	
R\$ _____	_____	
JN 33810868 5 BR		
rubrica do funcionário	
NATUREZA	VALOR DECLARADO	PESO
Até	—	006
A SER PREENCHIDO PELO REMETENTE SEM ASURA		
NOME DO DESTINATÁRIO: Dep. Legal Sec. Fáder dos Eusébios		
ENDEREÇO: Rio de Janeiro, RJ		
CEP: CIDADE: Rio de Janeiro, RJ		



COMP DE INTIMACAO



Assinado eletronicamente por: PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO - 23/09/2019 11:24:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092311245669000000023856546>
Número do documento: 19092311245669000000023856546

Num. 24646026 - Pág. 1



CEZÁRIO ADVOCACIA
Assessoria jurídica e cobrança empresarial
Causas: cíveis, criminais, trabalhistas e previdenciárias
Fone/Fax: (83) 3534-2399

CARTA DE INTIMAÇÃO

Processo nº: 0800064-04.2019.8.15.0491

Comarca: UIRAÚNA – PB

Parte autora: ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA, MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA e ANTÔNIO LOPES DA SILVEIRA NETO

Parte ré: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A.

Pela presente, vem seu advogado, abaixo assinado, **INTIMÁ-LO(A)** para comparecer à **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO** designada para o dia **05/11/2019, às 08:40 h**, na sala de audiências do Fórum Juiz José Normando Fernandes, localizado na Rua Poeta Francisco Evaristo, S/N, bairro Retiro, Uiraúna/PB, CEP: 58.915-000, fone: (83) 3534-2698 (art. 334, §3º, CPC).

Em oportuno, fica Vossa Senhoria advertido(a) que a sua ausência injustificada para o ato será considerado atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, § 8º, CPC).

DATA DA CIÊNCIA: 18 /09 /19.

ASSINATURA: Elioneide Moraes da Silveira

ASSINATURA: Maria do Socorro Moraes da Silveira

ASSINATURA: Antonio Lopes da Silveira Neto

Bel. Pedro Fernandes de Queiroga Neto
OAB/PB 21.368

Rua Manoel Mariano, nº 36, Centro, Uiraúna – PB, CEP: 58.915-000
Bel. Raimundo Cezário de Freitas, Advogado OAB/PB 4.018
Cel: (83) 9.9954-9635; (83) 9.9144-4269 - E-mail: raimundocezariof@gmail.com
Bel. Demóstenes Cezário de Almeida, Advogado OAB/PB 14.541
Cel: (83) 9.9924-3923; E-mail: demostenescezario@hotmail.com

Página 1

