

ADVOGADOS
RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO – OAB/PB 6.497
RÔMULO BEZERRA DE QUEIROZ – OAB/PB 15.960
MIZAEL ROGÉRIO DE QUEIROZ – BACHAREL

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA E EXTRA”

OUTORGANTE MARIA MENINA DIAS DA SILVA, brasileira, casada, agricultora, Cédula de Identidade nº 1.418.537-SSP-PB, e CPF nº 806.405.834-15, residente e domiciliada no Sítio Canto Alegre, Área Rural, Salgado de São Félix-PB - CEP 58.370-000.

OUTORGADOS: RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO, RÔMULO BEZERRA DE QUEIROZ, e MIZAEL ROGÉRIO DE QUEIROZ, brasileiros, casados, Advogados, devidamente inscritos com a OAB/PB nºs **6.497, 15.960, e BACHAREL**, todos com endereço profissional na Praça Manoel Joaquim de Araújo, nº 31, Centro, Itabaiana /PB, onde recebem as devidas Notificações, Citações e Intimações de Estilo.

PODERES: Para o fim, defender os interesses do outorgante a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com as cláusulas “**ad judicia e extra**”, para representá-lo em repartições Públicas Federais, Estaduais, Municipais Autarquias e quaisquer outras pessoas Jurídicas de Direito Público ou privado, para tratar de assunto do seu interesse, assinando livros, requerimento, guias e documentos, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformação, desistência, reafirmação de protocolo, parcelamento, confissões, alteração de dados especiais, cadastro, ficha, obter vista em procedimento administrativo ou fiscal, concordar ou recorrer de decisões administrativas apresentarem razões e contra razões e acompanhar os recursos e procedimentos em qualquer instância, tudo requerendo para defesa dos citados interesses: conferindo-lhes ainda poderes para em qualquer Juízo utilizando dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromisso e acordo, receber e dar quitação, levantar valores existentes em contas judiciais ou provenientes de guias de precatórios ou depósitos judiciais, deduzindo e compensando os seus por despesas de verbas honorária contratual e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas ou depósitos judiciais, receber intimações citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem, para requer seguro DPVAT, praticando todos os atos que se fizerem necessários ao fiel desempenho do presente mandato, dando por bom, firme e valioso.

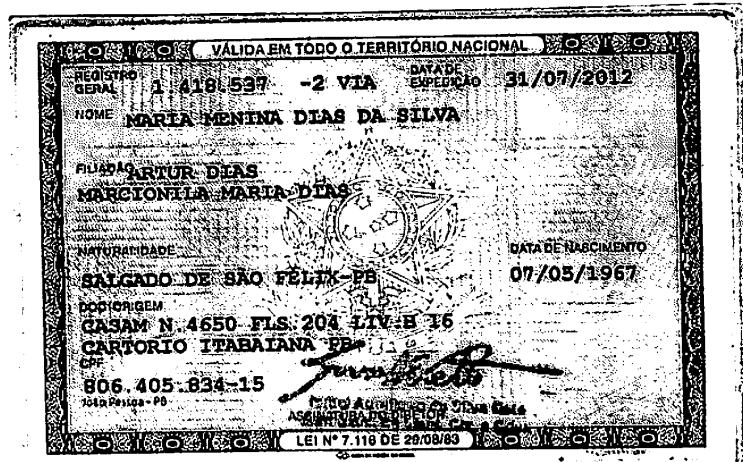
DECLARAÇÃO: Desejando obter os benefícios da “**Justiça Gratuita**”, declaram sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça, declarando, ainda, ser (em) conhecedor (es) das sanções cíveis, administrativas e penais, advindas de inverdades da presente declaração.

Itabaiana/PB, 05 de dezembro de 2017.

Maria Menina Dias da Silva

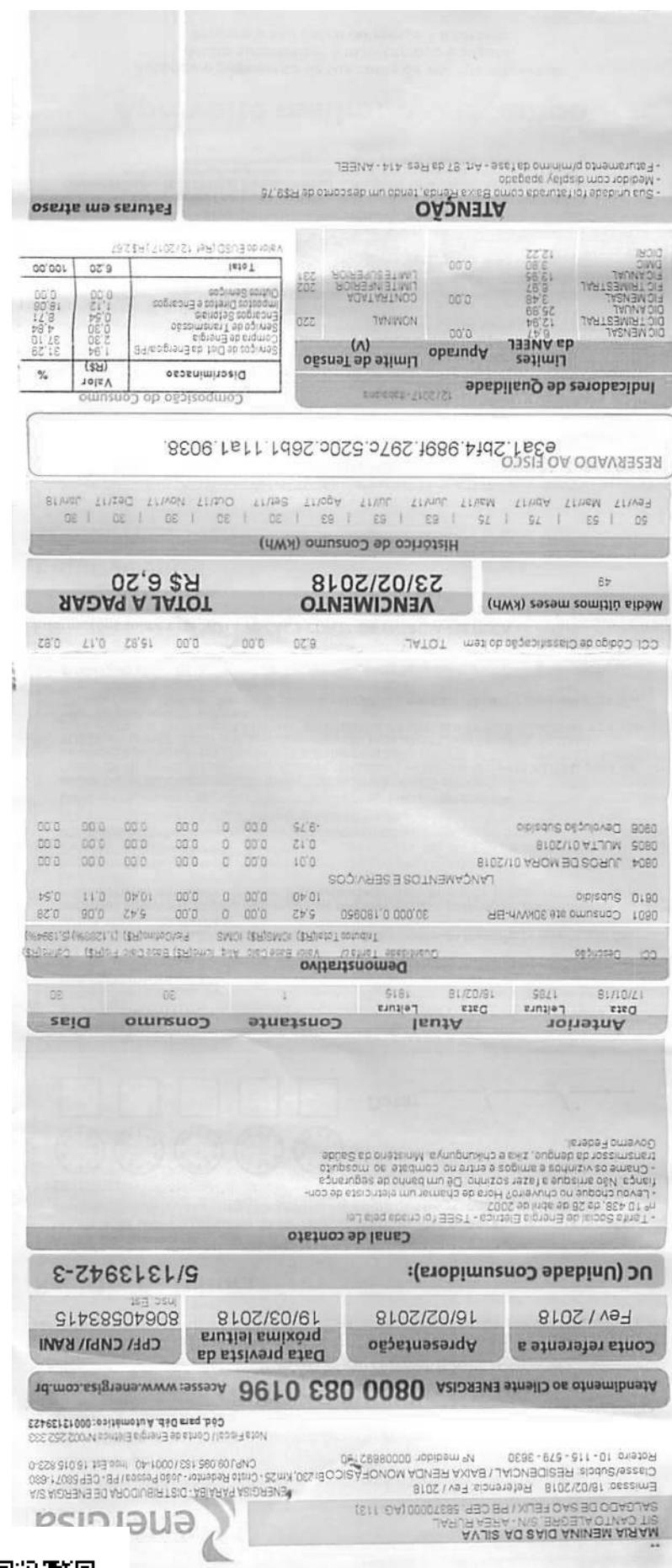
MARIA MENINA DIAS DA SILVA





Assinado eletronicamente por: RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO - 05/09/2019 17:16:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090517164199900000023415417>
Número do documento: 19090517164199900000023415417

Num. 24178601 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÉDO - 05/09/2019 17:16:46
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909051716463020000023415420>
Número do documento: 1000051716462020000023415420

Num. 24178604 - Pág. 1

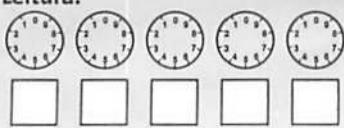
Onde pagar sua conta

Débito Automático - Bradesco / Itaú / Bancoob (Sicoob) / Santander / Banco do Brasil / Caixa Econômica Federal
Agentes Credenciados - Tribanco / Bancoob (Sicoob) / Bradesco (Correspondentes Bancários) / Santander (Correspondentes Bancários) / Caixa Econômica Federal (Casas Lotéricas e Caixa Aqui) / Banco do Brasil (Correspondentes Bancários e Banco Postal) / Brinks e-Pago / BNB
Autoatendimento e Internet - Bradesco / BNB / Itaú / Bancoob (Sicoob) / Santander / Banco do Brasil / Caixa Econômica Federal

Registro de Leitura

Antes de manter contato com a Energisa para solicitação de desligamento ou informação sobre o consumo de energia, anote os números que aparecem no visor do medidor da unidade consumidora e informe a data que foi verificada a leitura.

Leitura:



Data: _____ / _____ / _____

Glossário

Compra de Energia: parcela destinada ao pagamento dos geradores que vendem energia elétrica para a concessionária.
Serviço de Distribuição: parcela destinada a investimentos e custos operacionais nas redes de distribuição.
Serviço de Transmissão: parcela destinada ao pagamento do transporte de energia das usinas até as subestações.
Encargos Setoriais: parcela destinada ao pagamento das obrigações compulsórias do setor elétrico estabelecidas por lei, arrecadada pela Energisa e transferida para a Eletrobrás.
Impostos Diretos e Encargos: parcela destinada ao pagamento dos impostos estaduais (ICMS) e federais (PIS/PASEP e Cofins).
DiC: número de horas que o cliente ficou sem energia.
FIC: número de vezes que o cliente ficou sem energia.
DMIC: duração, em horas, da maior interrupção de energia no período.
DICRI: Duração da interrupção individual ocorrida em dia crítico.
Custo de disponibilidade: valor mínimo faturável, estabelecido pela ANEEL, para as unidades consumidoras atendidas em baixa tensão.
TUSD: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal de usuários do sistema de distribuição de energia elétrica pelo uso do sistema.
TE: valor monetário unitário determinado pela ANEEL, em R\$/kWh, utilizado para efetuar o faturamento mensal referente ao consumo de energia.
EUSD: Encargo de uso do sistema de distribuição.

Informações sobre esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA só estarão disponíveis para consulta em nosso sistema 24 HORAS após a data de apresentação informada no anverso.

Fique Atento!

- Para atendimento em nossas agências ou através do Call Center, tenha em mãos uma conta de energia elétrica, CPF ou CNPJ.
- Facilite o acesso do leiturista ao medidor e assim evite que o seu consumo seja faturado pela média dos últimos doze meses.
- Informações sobre condições gerais do fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e impostos estão à disposição para consulta em nossas agências de atendimento ou em nosso site www.energisa.com.br.
- Possíveis valores individuais apurados acima dos padrões nesta unidade consumidora implicarão direito à compensação. É direito do consumidor solicitar, a qualquer tempo, a apuração dos indicadores de qualidade.
- Pagando sua conta em dia, você evita cobrança de multa de 2%, atualização monetária com base na variação do IGP-M, juros de mora de 1% ao mês, corte no fornecimento de energia e demais transtornos. O pagamento desta conta não quita débitos anteriores.
- Os dados impressos tem vida útil de até cinco anos desde que se evite o contato direto com plásticos, solventes ou produtos químicos, bem como a exposição ao calor e umidade excessiva, luz solar e iluminação de lâmpadas fluorescentes.
- Caso não efetue o pagamento de sua conta de luz até a data do vencimento, uma vez vencida, você estará sujeito à inclusão de seu nome nos órgãos de proteção ao crédito (SPC, SERASA, SCPC), e também estará sujeito ao protesto do documento junto aos órgãos competentes.

Atendimento Energisa 0800 083 0196 (24h)

Atendimento Energisa para deficientes auditivos ou de fala 0800 086 1234

Ouvidoria Energisa 0800 083 8585 (horário comercial) - Necessário ter o número do protocolo de atendimento.

ARPB (Agência de Regulação do Estado da Paraíba) - 0800 727 0167 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis).

ANEEL (Agência Nacional de Energia Elétrica) - 107 (ligação gratuita de telefones fixos e móveis).

Aproveite melhor o seu tempo

Autorize o pagamento de sua conta de energia através do débito automático: é mais cômodo e seguro.
Procure o seu banco ou acesse a internet.

[Destaque aqui!](#)



Assinado eletronicamente por: RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO - 05/09/2019 17:16:46
<http://pje.tjbpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090517164630200000023415420>
Número do documento: 19090517164630200000023415420

Num. 24178604 - Pág. 2

Sindicato dos Trabalhadores Rurais de: Salg. São F.

Nome: MARIA MENINA DIAS DA SILVA

Data de Nascimento: 07 / 05 / 1967

Cart. Prof. Nº 56179 Série: 00011-PB

Cart. Sindical Nº 6.600

Prof.: Agricultora

Est. Civil: Casada

Resid.: Sítio Canto Alegre,

Em, 26 de 10 de 20 10



Mo Rita Neto
Presidente





Assinado eletronicamente por: RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO - 05/09/2019 17:16:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090517164673800000023415876>
Número do documento: 19090517164673800000023415876

Num. 24178610 - Pág. 2

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2014	P	G	P	G	H	T	C	P	C	P	C	P
2015	P	G	P	G	H	T	C	P	C	P	C	P
2016	P	G	P	G	H	T	C	P	C	P	C	P
2017	P	G	P	G	G	P	C	P	C	P	C	P

Espôsa _____





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Manoel Mediano Deix de Souza					PRONTUÁRIO N°
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITE	
27/09/16	F	S	out	4		

DATA DE ADMISSÃO	27/09/16	DATA DE ALTA	05/10/16	TEMPO DE PERMANÊNCIA	8 dias
------------------	----------	--------------	----------	----------------------	--------

DIAGNÓSTICO INICIAL	fratura toracica	CID
---------------------	------------------	-----

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	
------------------------	--

OUTROS DIAGNÓSTICOS	
---------------------	--

PRINCIPAIS EXAMES	
-------------------	--

PROCEDIMENTO REALIZADO:	orvectomia
-------------------------	------------

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	anestesia
---------------------------	-----------

ANATOMIA PATOLÓGICA	
---------------------	--

INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---------------	------------------------------	------------------------------	--------------------	------------------------------	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA	
-------------------------	--

CONDIÇÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
-------------------	-----------	----------	----------	--------	-------

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES
paciente optou por não operar	
manteve o tratamento conservador	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: _____

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: _____

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

05/10/16 DATA

ASS. MÉDICO / CRM

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





CERTIDÃO

Nº. 1883/2016

Atendendo solicitação de MARIA MENINA DIAS DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 890540 e Prontuário Nº 2016092583 pertencente a **MESMA** que foi atendido dia 27/09/2016 ás 14H59min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/10/2016 com alta médica dia 05/10/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de novembro de 2016

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 890540 Adm: Nao Regulado
Data: 27/09/2016
Hora: 14:59:10
Recepção: LENICE FLORENCIO DA ARA
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARIA MENINA DIAS DA SILVA Num. Prontuario: 2016.09.002583

CNS: 898004116733328 Sexo: F IDENTIDADE: 1418537 Fone: 986387941

Natural: SALGADO DE SAO FELIX/PB Data Nasc.: 07/05/1967 Id: 49 ano(s)

End.: SITIO CANTO ALEGRE II,

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SALGADO DE SAO FELIX UF :PB

Mae: ARTUR DIAS

Mae: MARCIONILA MARIA DIAS

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FILHA-JULIANA DIAS DA SILVA LIMA

Tel./Doc. Responsavel: 986387941 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: DA PREFEITURA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONDE MORA MACHUCOU O PE DIREITO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

V: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Displasia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

QUEIXA PRINCIPAL

[] Vomito
Observação

*Cristina Gomes de Araújo
Téc de Enfermagem
COREN-PB 942.578*

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

*Queda de moto no lado esquerdo da bacia
Migração de dor no lado esquerdo e pressão
na região da bacia no lado esquerdo.*

Diagnóstico: Fratura de sacro e/ou conduta de coluna lombossacra

Prescrições

[] Horário da medicação

[]

[]

Rita de Cássia Silva de Arroxelas Macêdo



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

! Reservado p/ liberaçao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedida [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IMI

Assinatura do Paciente (Responsável)

Assinatura e Carimbo do Médico





**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA**

Serviço Social

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha N°	J	Data:	27.09.16
Paciente:	Márcia Yanna dos de Souza		
Origem:	Hospital Regional de São Paulo		
Solicitante:	Ivan Góes de Souza	Clinica:	Unimed
Motivos do Encaminhamento			

Motivos do Encaminhamento

Dr. L. E. Caine & Mrs.

Prax. -> = Praktische oder soz. oder
med.

Sainte-avie - Sainte-
Léonie

Weltkundeaufgaben

calves



1983 JUN 16 40 - 100
CRAN-PB 5751
2000-115-803

Enrichment activities

~~④ Reproduction~~





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Pct no BDI, sob raqui-anestesia.
2. Aspiração e antisepsia do nbd + isquemia clássica.
3. Aproximação de campos estéreis.
4. Incisão lateral no 1/3 inferior da perna.

Incisão: Dir., p/ acesso ao maleolo lateral.

5. Realizada desbridamente a face de fratura.

Achados: Achados: corticais interfragmentares + placa lateral
113 tubular de 07 furos + 06 parafusos
corticais, controle cl radioscópico.

Conduta: 7. Realizada via de acesso ao maleolo
medial, reduções + fixações com 02
parafusos unilaterais Lº 40, sob controle
de raios-x.

8. Sutura com Almofadas.

9. Radiografia de controle.

10. Retirada do grante.

11. Tela Bata nbd.

Fechamento:

OBS:

Dr. Jocemir Paulino
ORTOPEDISTA
CIRURGIA DA COLUNA
CRM DB 6079 / RUE D-16051

MÉDICO/CRM

Data: 02/10/16





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Vanda Paula dos Reis	Data da Admissão:	09/09/16
Prontuário:		Idade:	
Nome da Mãe:		Enfermaria:	
Endereço:		Bairro:	
Cidade:		Estado:	
Sexo: F() M()	Cor:	Fone:	Profissão:
Escolaridade:		Estado Civil:	Religião:
QPD:	Sorvete de banana com leite e creme de leite		
HDA:	Sorvete de banana com leite e creme de leite		
Medicações em uso:			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral:	[]Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____		
Pele:			
Cabeça e Pescoço:	[]Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____		
AR e ACV:	[]Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____		
ABD:	[]Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume		
AGU:	[]Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____		
SME:	[]Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos		
SN e PSQ:	[]Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor		



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTI

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____ ♥ _____**Exame Físico:**Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Bx co-ranicos do JT R.*Hipóteses Diagnósticas: *Diabetes Melito / Hipertensão / Dislipidemia*Conduta: *Diariamente 300 mg de Metformina + 100 mg de Atenolol*



GOVERNO DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 033/2017

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, revendo o Livro 01/2017, encontramos a ocorrência de nº 033/2017, que passamos a transcrever na íntegra: Aos nove dias do mês de março do ano de 2017, nesta cidade de Salgado de São Félix, Estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente Drª. Renata Maria Costa Patu, Delegada de Polícia Civil, aí, por volta das 09h50min, compareceu **MARIA MENINA DIAS DA SILVA**, brasileira, casada, natural de Salgado de São Félix/PB, com 49 anos de idade, nascida aos 07.05.1967, ensino fundamental incompleto, filha de Artur Dias e Marcionila Maria Dias, Agricultora, RG: 1.418.537 – 2ª VIA SSP/PB, CPF: 806.405.834-15, residente no distrito de Canto Alegre II, zona rural de Salgado de São Félix/PB, a qual passou a **NOTICIAR**:

Que, no dia vinte e sete de setembro de dois mil e dezesseis (27.09.2016), por volta das 10h00min, seguia como carona em uma moto HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO/MODELO 2004/2005, DE COR VERMELHA, PLACA MNY-4689/PB, CHASSI 9C2KC08105R005071, de sua propriedade, conduzida por seu esposo JOSÉ BARBOSA DA SILVA, este não habilitado, e afirma que ao passar nas imediações do Sítio Cajazeiras, a motocicleta veio a derrapar em uma curva, fazendo com que a noticiante caísse do bagageiro da referida moto; Que, em virtude da queda, a noticiante veio a sofrer FRATURA DE TORNOZELO DIREITO, sendo socorrida inicialmente para o Hospital Regional de Itabaiana/PB, sendo em seguida encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB, onde foi submetida a procedimento cirúrgico.

Era o que continha dita ocorrência. Ciente a decifrante das implicações fegais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Salgado de São Félix/PB, aos nove dias do mês de março de 2017, eu, Policial que digitei, assino.

Maria Menina Dias da Silva
MARIA MENINA DIAS DA SILVA

Noticiante

[Signature]
JOÃO CARLOS COUTO FERRAZ DE CASTRO
Comissário de Polícia
Mat. 168.562-7





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo		Atendente
<input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares		JULIO MANOEL BARBOSA DE MOURA
Tipo de Sinistro		Agência
Reemb. De Dispensas Médicas - DAMS		SUCURSAL JOÃO PESSOA
Nome do Requerente		Nome da Vítima
MARIA MENINA DIAS DA SILVA		CPF da Vítima 80640583415
Documentos Complementares		
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima <input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolve Ônibus <input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial <input type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador <input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário <input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais <input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador 		
Morte	Inválidez Permanente	DAMS
Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) <input checked="" type="checkbox"/> Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec.Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial	Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Doctos. Entregues e Observações email: mizaelqueiroz@bol.com.br - tel.: 83 993094540 - sr. Mizael	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar <input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico <input checked="" type="checkbox"/> Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) <input type="checkbox"/> Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) <input type="checkbox"/> Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até acompletação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolve Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

Documentos para Reembolso de Despesas Médicas:

- Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar
- Relatório Médico
- Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)
- Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)




05/09/2019

Conexão Comercial MAPRE

- Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros

Nome Completo / RG



Assinado eletronicamente por: RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO - 05/09/2019 17:16:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090517164920400000023415888>
Número do documento: 19090517164920400000023415888

Num. 24178622 - Pág. 2

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170209085 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA MENINA DIAS DA SILVA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624
BENEFICIÁRIO MARIA MENINA DIAS DA SILVA
CPF/CNPJ: 80640583415

Posição em 27-04-2017 08:05:39

Pendente de realização de perícia médica, etapa que mantém interrompido o prazo de 30 dias para emissão do parecer final sobre o pagamento, conforme carta enviada ao beneficiário.

Comparecer em:

DADOS DA PERÍCIA
Data do agendamento: 02/05/2017
Tipo de local: Clínica
Nome do local: CECORE - CLINICA DE FRATURAS DE CAMPINA GRANDE 13:30HS

ENDEREÇO

Logradouro: RUA RODRIGUES ALVES
Número: 461
Complemento:
Bairro: PRATA
Município: CAMPINA GRANDE
UF: PB
Telefone: ()
Celular: ()





()

[Buscar no site](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



(/Pages



/Acessibilidade.aspx)



(/Pages

/Atalhos-

COMPLEXA INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas

Médicas (/Pages

/Documentacao-

Despesas-

Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente (/Pages

/Documentacao-

Invalidez-

Permanente.aspx)

Documento Morte

(/Pages/Documentacao-

Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(/Pages/Dicas-

Indispesaveis-

Para-Pedir-

a-Indenizacao.aspx)

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170209085 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA MENINA DIAS DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO**

Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A #624

BENEFICIÁRIO MARIA MENINA DIAS DA SILVA

CPF/CNPJ: 80640583415

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages](#)

10/05/2017 09:29

Assinado eletronicamente por: RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO - 05/09/2019 17:16:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090517164920400000023415888>

Número do documento: 19090517164920400000023415888

Num. 24178622 - Pág. 4

/Pague-Seguro.aspx)
Consulta a Pagamentos
Efetuados (/Pages
/Consulta-
a-Pagamentos-
Efetuados.aspx)
Informações Gerais
(/Pages/Informacoes-
Gerais-Sobre-
o-Pagamento.aspx)

Úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
10/05/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber
sobre o andamento do
seu pedido de
indenização. (/Pages
/Acompanhe-
o-Processo-
de-Indenizacao.aspx)

10/05/2017



Assinado eletronicamente por: RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO - 05/09/2019 17:16:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090517164920400000023415888>
Número do documento: 19090517164920400000023415888

Num. 24178622 - Pág. 5

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE ITABAIANA
Juízo do(a) 1ª Vara Mista de Itabaiana
Rodovia PB 054 - Km 18, Alto Alegre, ITABAIANA - PB - CEP: 58360-000
Tel.: (83) 21811383; e-mail:
Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

DESPACHO

Nº do Processo: 0801721-20.2019.8.15.0381

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [SEGURO, INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL, INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL, SEGURO, INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL, INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL]

AUTOR: MARIA MENINA DIAS DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade da justiça.

Designo audiência de conciliação para o dia 05 de novembro de 2019, às 10:40 horas, no Fórum local.

Cite.

Considerando a necessidade de realização de perícia e, no intuito de se otimizar o feito, nomeio, de logo, perita desse Juízo a Dra. Rossana Duarte, a qual deverá ser contactada para agendamento da perícia após a apresentação da contestação.

Arbitro honorários periciais em R \$ 200,00 reais, a ser pago pela Seguradora Líder na forma do Convênio realizado com o TJ/PB. Intime a Seguradora para efetuar o depósito judicial dos honorários.

Intimem as partes para apresentação de quesitos e indicação de assistente técnico, no prazo legal.

Itabaiana, 09 de setembro de 2019.

Luciana Rodrigues Lima

Juíza de Direito





1^a Vara Mista de Itabaiana
Rodovia PB 054 - Km 18, Alto Alegre, ITABAIANA - PB - CEP: 58360-000

(83) 2181-1383

Nº do processo: 0801721-20.2019.815.0381
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL

MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUDIÊNCIA - AUTOR)

O MM. Juiz de Direito da 1^a Vara Mista de Itabaiana manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime a parte Nome: MARIA MENINA DIAS DA SILVA, Endereço: Sítio Canto Alegre, Área Rural do Município de Salgado de São Félix/PB - CEP 58.370-000 , para comparecer a audiência descrita: Tipo: Conciliação Sala: 1^a Vara - geral **Data: 05/11/2019** Hora: 10:40, ficando ciente que é de suma importância trazer documentos com fotos para melhor realização da perícia (DPVAT). **Devendo a parte autora comparecer às 08:30 para submeter a Perícia antes da audiência de conciliação.**

ITABAIANA, em 17 de setembro de 2019.

De ordem, Alciene Nunes de Oliveira Monteiro

Técnica Judiciária



Assinado eletronicamente por: ALCIENE NUNES DE OLIVEIRA MONTEIRO - 17/09/2019 12:11:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091712113875400000023709988>
Número do documento: 19091712113875400000023709988

Num. 24490426 - Pág. 1

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

1^a Vara Mista de Itabaiana

Rodovia PB 054 - Km 18, Alto Alegre, ITABAIANA - PB - CEP:
58360-000 Tel.: (83) 21811383; e-mail:

PJe

MANDADO DE INTIMAÇÃO E CITAÇÃO

Nº do Processo: 0801721-20.2019.815.0381

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 1^a Vara Mista de Itabaiana, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado (cópia da inicial anexa), e INTIMADO(A) para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de: Tipo: Conciliação Sala: 1^a Vara - geral **Data: 05/11/2019** Hora: 10:40. O réu poderá oferecer contestação nos moldes do art. 335 NCPC. Fica INTIMADO, ainda, de que para a mesma data foi designada a realização de perícia na parte autora, a fim de atestar o percentual do grau de lesão, devendo a Seguradora depositar o valor de R\$ 200,00 reais, referenteaos honorários periciais, no prazo de 15 dias e que poderá indicar assistente técnico e formulação quesitos, no prazo de 05 dias.

Itabaiana, em 17 de setembro de 2019.

ALCIENE NUNES DE OLIVEIRA MONTEIRO

TÉCNICA JUDICIÁRIA



Assinado eletronicamente por: ALCIENE NUNES DE OLIVEIRA MONTEIRO - 17/09/2019 12:11:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091712113973000000023709989>
Número do documento: 19091712113973000000023709989

Num. 24490427 - Pág. 1

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO PARA ADVOGADO DO AUTOR

Certifico que, nesta data, expedi intimação para o advogado(a) da parte autora a fim de comparecer a audiência CONCILIAÇÃO designada para **o dia 05/11/2019, às 10:40 horas**, neste Fórum, devendo comparecer acompanhado da parte autora, Intime-se também **para realização da perícia (DPVAT)** ficando ciente de que a parte conduzida pelo mesmo traga documentos com fotos para melhor instrução do feito. Fica intimado ainda para apresentação de quesitos e indicação de assistente técnico, no prazo legal .O referido é verdade. Dou fé.



EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 1^a VARA MISTA DA COMARCA DE ITABAIANA – ESTADO DA PARAÍBA.

Processo nº 0801721-20.2019.8.15.0381

MARIA MENINA DIAS DA SILVA, já qualificada nos autos do processo em referência, que demanda contra a **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**, por intermédio de seus procuradores devidamente habilitados onde recebem as intimações e demais correspondências de estilo, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, apresentar os quesitos para realização de perícia médica judicial, nos termos dos arts. 464 e Seguintes do CPC/2015:

1. O requerente possui doença/enfermidade? Qual e desde quando? Tal doença/enfermidade foi causado pelo referido acidente de trânsito sofrido, ou por ele foi agravado?
2. Do acidente de trânsito sofrido, houve ofensa à integridade física do Requerente?
3. Do acidente de trânsito sofrido, resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? E deformidade permanente? Em qual região do corpo? Houve dano da parte estética?
4. A debilidade/deformidade permanente ocasionada impede o requerente de levar uma vida comum? Gera-lhe limitações? Resultou-lhe em perigo de vida em virtude do citado acidente?
5. O acidente de trânsito resultou em perda ou diminuição de função de algum órgão do periciado e se o quadro clínico apresenta disfunções apenas temporárias ou se o dano funcional é permanente?
6. Existe tratamento médico/cirúrgico capaz de reverter à situação do Requerente? Tal procedimento é viável e acessível às pessoas de situação financeira hipossuficiente? Tal tratamento é eficaz? Qual a porcentagem?
7. A invalidez do Requerente pode ser fixada em repercussão total, intensa, média, leve ou residual? Qual a porcentagem da invalidez?

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

Itabaiana/PB, 19 de setembro de 2019.

RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO

OAB-PB 6.497



RÔMULO BEZERRA DE QUEIROZ

OAB-PB 15.960

MIZAEL ROGÉRIO DE QUEIROZ

BACHAREL EM DIREITO



Assinado eletronicamente por: RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO - 19/09/2019 16:01:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091916010874800000023795822>
Número do documento: 19091916010874800000023795822

Num. 24581620 - Pág. 2