

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 3170190655 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MATEUS ALDO SANTOS SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MATEUS ALDO SANTOS SILVA

CPF/CNPJ: 07834763458

Posição em 15-09-2017 15:48:17

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento Valor da Indenizacao Juros e Correção Valor Total

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
04/05/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

[«](#) [»](#)





GOVERNO
DA PARAÍBA
BOLETIM DE OCORRENCIA



Livro nº 002/2016.GTE/ Fls. N° 84

Ocorrência nº. 361/2016

DESCRIÇÃO

Ao(s) VINTE E SETE (27) dias do mês de DEZEMBRO (12) do ano de DOIS MIL E DEZESSEIS (2016), nesta cidade de Guarabira/PB, na Delegacia de Polícia Civil do GTE, onde se achava presente o DEL POL. HUGO PEREIRA LUCENA, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de Polícia Civil, ai pelas 11h00min compareceu.

Nome: MATEUS ALDO SANTO SILVA

Idade: 19 anos, nascido em 06/11/1997. Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Guarabira/PB
Estado Civil: solteiro

Profissão: gráfico

Filiação: Marcelo Laurentino da Silva e Sonia Maria Santos da Silva

Endereço: Rua Santa Isabel, nº 318, Nordeste II, Guarabira-PB.

TELEFONE CONTATO: (83) 9936-1593

Carteira de Identidade: 3718274 SSP/PB

CPF: 078.347.634-58

HISTÓRICO:

Informa o noticiante que no dia 01/12/2016, por volta das 14H00MIN saiu do trabalho em uma moto Honda CG 150 Titan KS, placa MOB 8277/PB, chassi 9C2KC0810BR001878, renavam 00127161465, cor cinza, ano/modelo 2007/2008, quando ao passar pela Avenida Pe. Inácio de Almeida, próximo as barracas de comercialização de fogos de artifício tentou ultrapassar outra motocicleta, vindo a se chocar na lateral da mesma; QUE caiu da moto, vindo a ser socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital Regional, onde foi constatado fratura do rádio distal direito e escoriações no joelho da perna esquerda; QUE diante da gravidade foi socorrido para o pronto Socorro de Fraturas desta cidade onde passou por intervenção cirúrgica (CID 10S52 3), estando afastado do trabalho até a presente data; QUE é habilitado na categoria AB, CNH nº 06594118597. Nada mais havendo a consignar, ciente o (a) noticiante das implicações legais contidas no artigo 299 do código penal Brasileiro, caso o quanto aqui se reportou não porte a verdade e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado pelo noticiante.

Mateus Aldo Santo Silva

Assinatura do (a) noticiante.

ELIAS DA COSTA PINA
Escrivão de Polícia Civil
Matr. 455.120-5



CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS DE SANTA RITA
QUATUORZEMA CAMPOS - 19 - CENTRO

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução
do original que me foi exibido. Dou fé.
(Art. 365 - III do CPC)

Santa Rita-PB 30/01/2017
Selo Digital: AD024799-RHE1
site <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Arpen R\$0 Faz. R\$ 0 MP R\$0,00





GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 003/2016
Ocorrência nº. 014/2017

Aos ONZE dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o), aí, por volta 11h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MATEUS ALDO SANTOS SILVA, conhecido(a) por , Identidade nº 3718274-SSP/PB, CPF nº 078.347.634-58, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: gráfico, filho(a) de Marcelo Laurentino Da Silva E Sônia Maria Santos Da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 06/11/1997 (19 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Isabel, Nº 318, Nordeste II, Guarabira/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de , fone(s) para contato: (83) 9936-1593.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) Natureza do fato:** Retificação de BO nº 361/2016;
- 2) data do fato:** 01 de dezembro de 2016;
- 3) Horário do fato:** 14h:0min;
- 4) Local do fato:** Avenida Pe. Inácio de Almeida, Guaabira/PB.

5) Breve resumo do fato:

Informa a noticiante que em retificação ao BO nº 361/2016, datado de 27/12/2016, a motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS, PLACA MOB 8277/PB, CHASSI 9C2KC0810BR001878, RENAVAM 00127161465, ANO/MODELO 2007/2008, encontra-se em nome de sua genitora SONIA MARIA SANTOS DA SILVA.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não consta.

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

Mateus Aldo Santos Silva
MATEUS ALDO SANTOS SILVA

Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 155.120-5



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sonia Maria Santos da Silva,

RG nº 2.150.432, data de expedição 08/09/1997 Órgão GSP/PB,
portador do CPF nº 001.271.614-65, com Domicílio na
cidade de GUARABIRA, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. SANTA ISABEL,
nº 318, complemento, _____, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Mateus Aldo Santos Silva,
cujo o condutor era Mateus Aldo Santos Silva.

Veículo: Moto
Ano: 2007 - 2008
Modelo: Honda CG 150 TITAN KS
Placa: M.O.B.8277
Chassi: 9C2KCO810BR001878
Data do acidente: 01 - 12 - 16

Local e data: Guarabira PB - 28/12/2016



Sonia maria santos da silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X Mateus Aldo Santos Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



FATIMA PAULINO - Serviço Notarial
Praça Lima e Moura, 105 - Centro - Guarabira - PB
Cep: 58.200-000 - Fone: (83) 3271-2000
e-mail: carifoguarabira@yahoo.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:
Sonia Maria Santos da Silva

Em testada verdade, Guarabira-PB 28/12/2016 11:34:03
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
[2016-009104] EML:R\$ 0,49 FARPN:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,42
SELO DIGITAL: AERB8983-2BZS
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



FATIMA PAULINO - Serviço Notarial
Praça Lima e Moura, 105 - Centro - Guarabira - PB
Cep: 58.200-000 - Fone: (83) 3271-2000
e-mail: carifoguarabira@yahoo.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:
Mateus Aldo Santos Silva

Em testada verdade, Guarabira-PB 28/12/2016 15:44:17
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
[2016-009120] EML:R\$ 0,49 FARPN:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,42
SELO DIGITAL: AERB8998-XDEK
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Heitor Aldo Souto Silva, portador da carteira de identidade nº 3718.274 e inscrito no CPF nº 078 344.634-58, residente e domiciliado na Rua Santa Isabel, 318 bairro Nordeste, Cidade Guarabira, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Heitor Aldo Souto Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Guarabira/PB- 24/02/2017

Local e data





999761593

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data:	03/12/2016	Ocorrência Nº:	06	VTR:	AB-35	Ponto Base:	
Hora do aviso:	14:35	Hora de saída:	14:35	Hora no local:	14:38	Hora no hospital:	
VTR de apoio:							
Endereço:				Número:			
Complemento:				Bairro:			
Ponto de referência:				Cidade:			
Nome:				Idade:			
Raça:				<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Pardo	<input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Indígena
Endereço:				Sexo:			
Bairro:				Idade:			
Colisão:				Telefone:			
<input checked="" type="checkbox"/> Vítima:							
<input checked="" type="checkbox"/> Vítima da queda: _____ metros							
<input type="checkbox"/> Ferimento por arma de fogo		<input type="checkbox"/> Queda de moto		<input type="checkbox"/> Afogamento		<input type="checkbox"/> Crise Convulsiva	
<input type="checkbox"/> Ferimento por arma branca		<input type="checkbox"/> Atropelamento		<input type="checkbox"/> Urgência Cardíaca		<input type="checkbox"/> Suicida	
<input type="checkbox"/> Agressão física		<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta		<input type="checkbox"/> Urgência Respiratória		<input type="checkbox"/> Socorrido por 3º	
<input type="checkbox"/> Capotamento		<input type="checkbox"/> Choque elétrico		<input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica		<input type="checkbox"/> Recusa	
<input type="checkbox"/> Desmoronamento/Desabamento/Soterramento				<input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica		<input type="checkbox"/> Combate a Incêndio	
<input type="checkbox"/> Intoxicação: Agente:				<input type="checkbox"/> Alagamento		<input type="checkbox"/> QTA () COCB () Outros	
<input type="checkbox"/> Quimadura: Agente:				Grau(s): _____ Superfície Corporal Quimizada (regra da palma da mão): _____			
<input type="checkbox"/> Transporte: Origem: _____ Destino: _____				<input type="checkbox"/> Outros: _____			
Condições de segurança:							
Ativação do air bag:		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Em automóvel		<input type="checkbox"/> Condutor	
Usava capacete:		<input checked="" type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Em motocicleta		<input type="checkbox"/> Passageiro dianteiro	
Usava cinto:		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Em bicicleta		<input type="checkbox"/> Passageiro traseiro	
Em faixa de pedestre:		<input type="checkbox"/> sim	<input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Pedestre		<input type="checkbox"/> Garupa/carona	
Outros:		<input type="checkbox"/> Outros: _____					
Posição da vítima:							
A - Vértice dorsal		B - Ventilação					
<input type="checkbox"/> Permeáveis		<input type="checkbox"/> Não Permeáveis		<input type="checkbox"/> Eupnélia			
<input type="checkbox"/> Vômito				<input type="checkbox"/> Apnéia			
<input type="checkbox"/> Sangue				<input type="checkbox"/> Dispnéia			
<input type="checkbox"/> Secreção				<input type="checkbox"/> Bradipnélia			
<input type="checkbox"/> Queda da língua				<input type="checkbox"/> Taquipnélia			
<input type="checkbox"/> Corpo estranho				<input type="checkbox"/> Ruidosa			
<input type="checkbox"/> Outros							
C - Circulação:							
Pulso:				Pele:			
<input type="checkbox"/> Pulso radial		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Cianótica			
<input type="checkbox"/> Pulso braquial		<input type="checkbox"/> Fria		<input type="checkbox"/> Ictérica			
<input type="checkbox"/> Pulso carotídeo		<input type="checkbox"/> Quente		<input type="checkbox"/> Pálida			
<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Sudorese					
<input type="checkbox"/> Aumentado				<input type="checkbox"/> Perfusão Capilar			
<input type="checkbox"/> Diminuído		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> > 2 segundos			
<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Ausente					
D - Neurológico:							
<input type="checkbox"/> Isocoria		<input type="checkbox"/> Anisocoria		<input type="checkbox"/> Otorragia			
<input type="checkbox"/> Midriase		<input type="checkbox"/> Foto reageante		<input type="checkbox"/> Rinorrágia			
<input type="checkbox"/> Mioses		<input type="checkbox"/> Não fotoreativo		<input type="checkbox"/> Convulsões			
E - Sistêmico:							
Initial:	PA X mmHg	FC bpm	FR	Irpm	SPO ₂ %	T °C	
Final:	PA X mmHg	FC bpm	FR	Irpm	SPO ₂ %	T °C	

Falte Coração



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARAI

PROSFrag



GUARABIRA - PARAÍBA
FONE: (83) 3271-1156

PRONTUÁRIO N° 997 / 2016

[1] RECEPÇÃO
[2] CID E SSM
[3] C/ CORREN
[4] ALTA

Nome: PROTINI ALDO SCUTTER SILVA
Sexo: MASCULINO Naturalidade: BELORRUSIA Q.P.
Data de Nascimento: 06/11/97
Endereço: RUA ITAISMALE, 318 BLOCO D - GUARAB
Fone: Documentos: RG. 3.718.271.55 P. PB
Responsável: PROTECO KALINUTIO Q. S. SILVA CPC
Endereço: SERRA DA MONTANHA, SERRA CPC
Fone: OPE 078.3417-63458

CLÍNICA MÉDICA

Ent. ou Apto Enfermagem Leito _____
Categoria Particular 1 2 A.I.H N° _____
Data da Entrada 01-12-2016 Hora da Entrada 11.00h

Recencionista

Médico Plantonista

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna do para Diagnóstico
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação de
tratamento em regime ambulatorial.

Data 03, 12, 2016

Dr Temistocles de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia



(Ass. do Paciente ou Responsável)

Guarabira, 01 de fevereiro de 2016.

O abaixo assinado, plena autorização aos médicos do PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assiste em plena liberdade no tratamento da sua entidade médica ou clínico de sua entidade e realizar as intervenções que julgarem necessárias ao diagnóstico, bem como se compromete a submeter-se a todos os dispositivos que promoverem qualquer tratamento médico ou clínico de sua entidade a respeito das suas condições gerais,

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Observações:

Procedimento Realizado: *Exame clínico (Padrão + fundo)*
Diagnóstico Secundário: C.I.D.
Diagnóstico Definitivo: *Fundos de retina - diab.* C.I.D.
Procedimento Solicitado: C.I.D.
Diagnóstico Inicial: *Fundos de retina - diab.*

Mucosas: _____ Est. Geral: _____ Fáclies: _____

P.A. _____ TPR. _____ PESO: _____ PULSO: _____

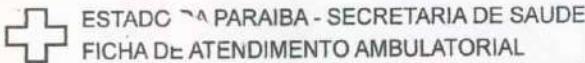
EXAME FÍSICO:

Histórico da Doença Atual: Localizou queixa de dor, descreveu o sintoma com fundo de retina, após

Quais a principal: dor e alterações visuais

ANAMNESE:





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

REG.: 0000288668

1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARABIRA - PB

DATA / HORA DO ATEND:

01/12/2016 14:21

Presença

08.778.26 HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA
PARAIBA SEU DA SAÚDE CNPJ: 08.778.268/0036-90
Complexo de Saúde da Guaraíba
Av. Presidente Vargas, 447 - Centro

ATEND POR: LUIZ

2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOOME: MATEUS ALDO SANTOS SILVA

SEXO: MASCULINO

EST CIVIL: SOLTEIRO(A) SUS: 206643090080008 DN.: 06/11/1997 19 ANOS

ENDEREÇO: RUA SANTA IZABEL, 318

BAIRRO: NORDESTE I

CIDADE/UF: GUARABIRA - PB

CEP: 58200000

MAE: SONIA MARIA SANTOS DA SILVA

PAI: MARCELO LAURENTINO DA SILVA

3. ATENDIMENTO:

TIPO DE ATENDIMENTO

- [] 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA
[] 02 - PRIMEIRA CONSULTA
[] 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE
[] 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.
[] 05 - 1ª CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.
[] 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

- [] PRESCRITA
[] APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- [] OBSERVAÇÃO
[] OUTRO HOSPITAL
[] OBITO
[] RESIDENCIA
[] INTERNAÇÃO
[] AMB. /SUS
[] OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROF.

TIPO

GRUPO

FAIXA ETARIA

<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>
<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>14</i>

5. DADOS DE EXAMES CLÍNICOS, TRATAMENTOS E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

*CONFIRMO
COMO ORIGINAIS
13/12/2016*

*Almir Carlos da Silva
Diretor Administrativo HR
MAT. 1313104*

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:

*SRI 500mg 61 15,00
TISTRI 40mg 15,00 total 30,00*

7. DIAGNOSTICO:

POL. TUMOR

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN./RESPONSÁVEL:

10. DIGITAL:

Anyelle Cirne Aragão

ASS/CARIMBO-MÉDICO

*Francisco Claudio A. Ferreira
MÉDICO
CRM-PB: 5435*

ASS/CARIMBO REV. TÉCNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.



Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda.
Avenida Rui Barbosa Nº 240 – Centro – Guarabira-PB
Fone: (083) 3271 1156 Fax: (083) 3271 4032

DECLARAÇÃO

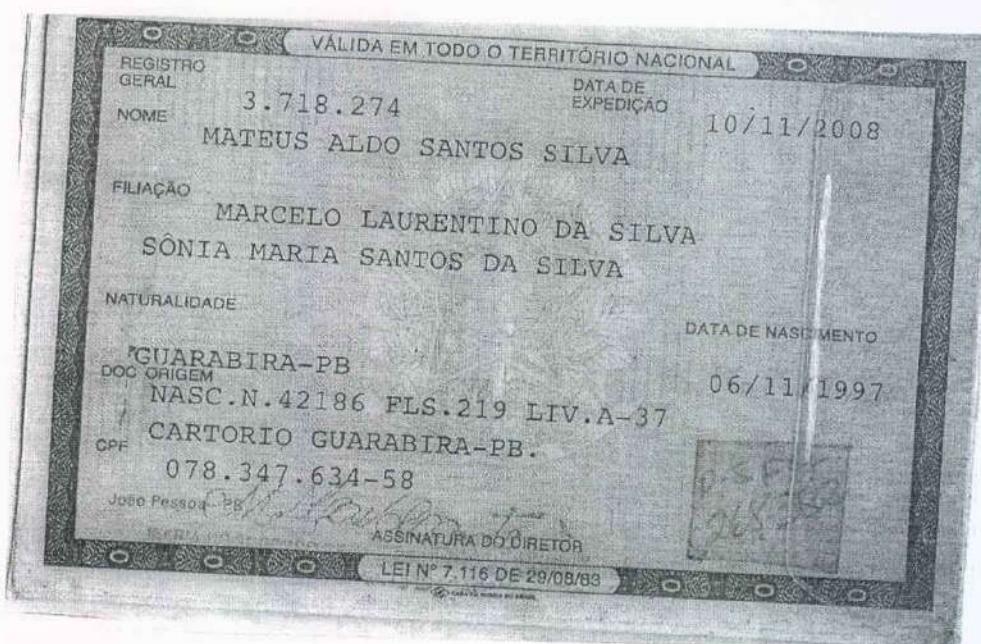
Declaramos para os devidos fins, que revendo nossos arquivos constatamos que o paciente, MATEUS ALDO SANTOS SILVA estudante, brasileiro, residente e domiciliada à rua Santa Isabel Nº 318, bairro- Nordesete, Guarabira-PB, foi atendido neste Hospital Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira Ltda, no dia 01/12/2016, tendo como diagnóstico Fratura do Rádio distal Dir. CID 10 S52.3, vítima de acidente de motocicleta (SIC), submetido a tratamento Cirúrgico no dia 02/12/2016 com quadro clínico exame realizado raios x do Punho dir e imobilização Tala gessada tipo Luva, retornou no dia 15/12/2016 para avaliação médica, conforme ficha de arquivo Nº 339.914/2016, arquivado e registrado em nossos arquivos.

Guarabira, 27 de Dezembro de 2016.

Ass:

*Dr. Tenisio de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CNPJ: 01.111.111/0001-12*





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Matheus Aldo Santos Silva

RG nº 3718274, data de expedição 10/11/2008,
Órgão SSDS/PB, CPF nº 078347634-58, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Santo Isidro</u>
Número	<u>318</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Nordeste</u>
Cidade	<u>Guanabira</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58200-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 998134333 (83) 981995008</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Avaré/PB, 21/02/2017

Matheus Aldo Santos Silva

Assinatura do Declarante





CAGEPA
COMPAGNA D'ÁGUA E ESGOTO DA PB

Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO:

MATRÍCULA

22703667

REFERÊNCIA

DEZ/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA SOARES DOS SANTOS
RUA STA ISABEL 318 - 00000

NORDESTE 58200-000
GUARABIRA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
053.06.221.0053	0	1	0	0	22703667
Hidrômetro Y12N221545	Data de Instalação 15/05/2013	Localização 4	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto LIGADO	

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
 943 963 20 29 01/01/2017
 HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS
 JUN/2016 17 0 PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
 JUL/2016 20 0 COR 13 72 72
 AGO/2016 19 0 COL.TOTAIS 64 78 78
 SET/2016 18 0 CLORO 64 91 91
 OUT/2016 20 0 TURBIDEZ 13 68 67
 NOV/2016 18 0 COL.TERNOT 0 0 0
 MÉDIA(M) 20 DADOS REFERENTES A OUT/2016

DATA DA LEITURA: 02/12/2016	HORA DA LEITURA 10:38:51			
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m	10	32,78	26,22	R\$59,00
DE 11m A 20m	10	42,30	33,80	R\$76,10
TOTAIS		75,08	60,02	
047-JUROS DE MORA				R\$0,22
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.				R\$2,82
912-DOAÇÃO A ENTIDADE BENEF-AN				R\$2,00

VALOR ARREDONDADO DE TRIBUTOS: R\$12,65 PIS E COFINS. LIJ: R\$2,741,40.
VENCIMENTO: 02/01/2017 **Total a Pagar:** R\$140,14

V-16,3 R-1,0

CONDICAO DE LEITURA:REALIZADA
 CONDICAO DE FATURAMENTO:REAL
 POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
 NAO EXISTE(H) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.



• PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: MATEUS ALDO SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, gráfico, portador do RG nº 3.718.274 e CPF nº 078.347.634-58, residente e domiciliado na Rua Santa Isabel, nº 318, Nordeste, Guarabira/PB, CEP: 58200-000, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, Hérika Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB – PB 18.935, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB – PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa – PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 26 de Junho de 2017.

Mateus Aldo Santos Silva
MATEUS ALDO SANTOS SILVA
CPF nº 078.347.634-58



DECLARAÇÃO DE POBREZA

MATEUS ALDO SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, gráfico, portador do RG nº 3.718.274 e CPF nº 078.347.634-58, residente e domiciliado na Rua Santa Isabel, nº 318, Nordeste, Guarabira/PB, CEP: 58200-000.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com à custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa/PB, 26 de Junho de 2017.

X mateus aldo santo silva
MATEUS ALDO SANTOS SILVA
CPF nº 078.347.634-58



Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital
Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58.013-520
Tel.: (83) 3208-2495; e-mail: jpa.17varacivel@tjpb.jus.br

Nº do Processo: 0852639-52.2018.8.15.2001

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assuntos: [SEGURO]

AUTOR: MATEUS ALDO SANTOS SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DOS AUTOS

Certifico e dou fé que nesta data faço os autos conclusos para apreciação deste MM Juízo.

João Pessoa, 12 de novembro de 2018

THIAGO GOMES DUARTE
Chefe de Cartório



Assinado eletronicamente por: THIAGO GOMES DUARTE - 12/11/2018 15:13:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111215132543300000017261817>
Número do documento: 18111215132543300000017261817

Num. 17731306 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0852639-52.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

Cumpra-se

João Pessoa, data definida no sistema

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: MAGNOGLEDES RIBEIRO CARDOSO - 19/11/2018 17:49:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111917493529400000017371557>
Número do documento: 18111917493529400000017371557

Num. 17845955 - Pág. 1