

ADVOCACIA
Tatiana Cardoso de Souza Sena Rodrigues

Procuração Ad Judicia

OUTORGANTE:

ALEXANDRE MOURA DE SOUZA, BRASILEIRO, AGRICULTOR, RGN: 2.607.393 SSP/PB E OFN: 092.113.864-46, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA ORLANDO CAVALCANTE DE MELO, S/N, BANANEIRAS/PB, CEP 58220-000

OUTORGADO: TATIANA CARDOSO DE SOUZA SENA RODRIGUES, brasileira, casada, advogada, OAB/PB de número 13867 B, com endereço na Praça Des. Mário Moacyr Porto, s/n, Cidade Alta (Conj. Major Augusto Bezerra), Centro, Bananeiras/PB, telefones: (83)99952-8166.

PODERES: Para o foro em geral, nomeando sua procuradora e conferindo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, podendo praticar todos os atos do processo, inclusive confessar, transigir, renunciar ao direito sobre o que se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, tudo nos precisos e literais termos do artigo 38 do Código de Processo Civil e do artigo 5 da Lei 8.906/97- Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, **pedir a justiça gratuita.** (Em conformidade com a norma do art. 105 do CPC/15).

Bananeiras, 15 de janeiro de 2020

- Alexandre Moura de Souza
OUTORGANTE

tatianacsena@hotmail.com
(83) 99952 8166
(83) 99185 0310





Assinado eletronicamente por: TATIANA CARDOSO DE SOUZA - 16/01/2020 07:05:48
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011607054823900000026523241
Número do documento: 20011607054823900000026523241

Num. 27485165 - Pág. 1

ALEXANDRE MORA DE SOUZA
RUA ORLANDO CAVALCANTI DE MELO, 519 - CENTRO
CAÇAPÓDORAS / PB CEP: 58220000 (AG: 44)

Lipacão: MONOFASICO
Cle/Sbc: RES MTC B1/ RESIDENCIAL - BAIKA RENDA
Roteiro: 13 - 48 - 408 - 4320 Referencia: Mai / 2019
Medidor: 00008785357 Emissao: 22/05/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ:09.095.182/0001-40 Insc Est: 16.016.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°025.332.425
Cód. para Débito Automático: 00017848003

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------|
| | | | 3.864-46 |

34800-3

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

234-699786581-3
22/AGO/2019 HORA DF 09:31:50

LOT. 13.015688-4 TERM 062188
LOCALIDADE: BANANEIRAS
AG. VINCULADA: 0038

COMPROVANTE PAGAMENTO DE
BOLETO BANCOS

INST. EMISSORA: BANCO DO BRASIL S/A
BANCO RECEBEDOR:CAIXA ECONOMICA FEDERAL

LINHA DIGITAVEL DO CÓDIGO DE BARRAS
0019000009 02624912008
01884627173 9 79040000001829

BENEFICIÁRIO

NOME FANTASIA: ENERGISA PARAIBA . DISTRIBU
RAZAO SOCIAL: ENERGISA PARAIBA . DISTRIBUI
CNPJ: 09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO-FINAL

NOME FANTASIA: ENERGISA PARAIBA . DISTRIBU
RAZAO SOCIAL: ENERGISA PARAIBA . DISTRIBUI
CNPJ: 09.095.183/0001-40

PAGADOR

NOME: ALEXANDRE MORA DE SOUZA

CPF: 092.113.864-46

DATA DE VENCIMENTO: 29/MAI/2019

DATA DE PAGAMENTO: 22/AGO/2019

VALOR NOMINAL: 18,29

JUROS: 0,00

IOF: 0,00

MULTA: 0,00

DESCONTO: 0,00

ABATIMENTO: 0,00

VALOR CALCULADO: 18,29

VALOR DO PAGAMENTO: 18,29

TIPO DE PAGAMENTO: ESPECIE

234-699786581-3

VIA DO CLIENTE

| | | | | | |
|------|------|------|-------|-------|--------|
| CMIC | 8,19 | 0,08 | Total | 18,29 | 100,00 |
|------|------|------|-------|-------|--------|

Valor do USD (Ref 3/2019) R\$ 6,49

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso(s) fatura(s) ao lado continue(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 08/06/2019 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 comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsiderar essa mensagem! ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATTURAS JA REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento ate o vencimento do prazo de atraso (20 dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não pago).
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$14,25

Faturas em atraso

| | |
|--------|-------|
| Abr/19 | 20,44 |
| Mar/19 | 22,13 |

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Livro nº. 001/2018

Folha nº. 075

Ocorrência nº. 145/2018

DESCRIÇÃO:

Aos vinte e dois(22) dias do mês de Maio (05) do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Bananeiras/PB, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Francisco Deusdedit Leitão Filho, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo escrivã (o) de seu cargo, aí pelas 08h41min, compareceu o (a) Senhor (a):

Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Idade: 34 anos, nascido(a) em 05/01/1984

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Sapé/PB

Filiação: João Francisco de Souza e de Maria salete de Moura

Estado Civil: União estável

Profissão: Agricultor

Endereço: Rua Orlando Cavalcante de Melo, s/nº, Bananeiras/PB

Graus de instrução: Alfabetizado

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

RG: 2.607.393 – SEDS/PB

C.P.F.: 092.113.864-46

HISTÓRICO: Noticiou que no dia 10 de dezembro de dois mil e dezesseis, por volta das 08h:00min, na rua Pres. João Pessoa, no centro desta cidade, conduzia a motocicleta Honda/CG 125, placa MNZ-2385/PB, cor preta, ano/modelo 2007, chassi nº 9C2JC30707R180489, Cód. Renavam 96740906-6, e quando estava estacionando, veio um motociclista não identificada e atingiu a traseira de sua motocicleta, derrubando-a; Que em decorrência do choque o noticiante sofreu fratura exposta na perna esquerda, sendo socorrido e encaminhado de imediato para o Complexo Hospital Mangabeira, Governador Tarésio Burity, na capital do estado. Que em decorrência da gravidade do acidente, o noticiante permaneceu internado por 11 dias na Unidade Hospitalar, por ter sido submetido a procedimento cirúrgico. O noticiante não apresentou o Boletim de acidente de trânsito, por tanto arrola como testemunhas: MARIA DO CARMO MOURA e JURANDRI APRIGIO DE MIRANDA, ambos residentes a Rua Orlando Cavalcante de Melo, cidade de Bananeiras-PB. Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Alexandre Moura de Souza
Assinatura do (a) noticiante


PEDRO DE MACEDO FERNANDES
Escrivão ad hoc
Matrícula: 179.451-5



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS

| CONTRAN | | DENATRAN | |
|----------------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | | |
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | | | |
| DETTRAN - PB | | Nº 9670435280 | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | | | |
| PLACA ANT / UF COB. RENAVAM | | 01204446-06-EXERCICIO | |
| 1 / 96740906-3 | | 00/00000000 2012 | |
| JOSE LUIZ BERNARDO IRMAO | | | |
| NOME | | NOME | |
| CPF / CNPJ | | PLACA | |
| 75821877768 | | MN22385 / PB | |
| PLACA ANT / UF | | CHASSI | |
| NOVO | | 9C2JC30707R180489 | |
| PAS / MOTOCICLETA / NAO APLIC | | ESPECIE / TIPO | |
| HONDA / CG 125 FAN | | MARA/ / MODELO | |
| CAP / POTT / CL 2 E/124 / CI | | CATEGORIA | |
| COTA ÚNICA | | VENC. COTA / JUNCA | |
| IPVA / PAGO EM | | VENC. COTA / JUNCA | |
| A V FADA / IPVA | | PARCELAGEMTO / COTAS | |
| ***** | | 3º | |
| PRÉMIO TANIFARIO (R\$) | | PRÉMIO TOTAL (R\$) | |
| ***** | | DATA DE PAGAMENTO | |
| SEGUR | | PAGO | |
| OBSERVAÇÕES | | | |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO | | | |
| GUAGABHUA PR LOCAL | | 28/04/2012 | |
| 33387 | | / 32549 | |





SAMU
192

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BANANEIRAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

Rua Cel. Antônio Pessoa, 375 - Centro - Bananeiras-PB - CEP: 58220-000
Fone: (83) 3367-1129 - FAX: (83) 3367-1080

www.bananeiras.pb.gov.br

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: L45



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|--------|------------------|-------------------------------------------|-------------------------------|
| Data | Ocorrência nº | Paciente / Usuário | Idade | Sexo | <input checked="" type="checkbox"/> Masc. | <input type="checkbox"/> Fem. |
| Local da Ocorrência | | | Bairro | Médico Regulador | | |
| Ovário Brachial | | | Centro | | | |
| Apóio no local <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate/Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outros | | | | | | |

DESTINO

LOCAL: Olá Tá em casa. RESPONSÁVEL: OBS:

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CINEMÁTICA / CAUSA |
| <input type="checkbox"/> QUEDA <5 M <input type="checkbox"/> QUEDA >5 M <input type="checkbox"/> QUEDA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QUADE MOTO <input type="checkbox"/> SEM CAPACETE NO INCIDENTE <input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO |
| <input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> CARRO <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> CARRO X MOTO |
| <input type="checkbox"/> MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> CARRO X ÔNIBUS <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> SEM CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> OUTRO |
| <input type="checkbox"/> NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: <input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> AIR BAG NÃO ACIONADO <input type="checkbox"/> DIR <input type="checkbox"/> ESG |
| <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO GRAU <input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF |
| <input type="checkbox"/> OUTRO |
| <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE ESPORTE <input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA |
| <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE <input type="checkbox"/> ESCORPIÃO <input type="checkbox"/> ABELHA <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ARANHA |
| <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO POR: |

EXAME FÍSICO

Encontrado: DECÚBITO LATERAL DORSAL VENTRAL SENTADO DENTRO DE VEÍCULO
 FORA DO VEÍCULO DEMBULANDO EM CIMA DE: OUTRO:

Nível de Consciência: CONSCIENTE ORIENTADO ALGO DESORIENTADO HÁLITO ETÍLICO

ABUSO DE DROGAS SONOLENTO INCONSCIENTE AGITADO COMA OUTRO

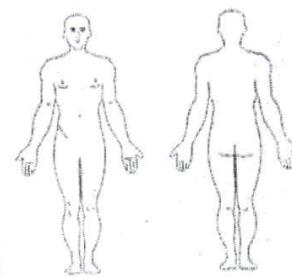
Quelca: DOR / LOCAL: PARESTESIA / LOCAL:

OUTRA

LESÕES APRESENTADAS

| | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES/LOCAL: | <input type="checkbox"/> CORTE/LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> PERFURAÇÕES/LOCAL: | <input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: | <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: | <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: | <input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: | <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: | <input type="checkbox"/> CÂMbra / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: | <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: | <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> OUTROS: | |

IDENTIFIQUE O LOCAL DA LESÃO



IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> MIDRIASE | • • |
| <input type="checkbox"/> MIOSE | • • |
| <input type="checkbox"/> ISOCORICAS | • • |
| <input type="checkbox"/> ANISOCORICAS | • • |

DADOS VITais

VVAA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO FR INICIAL: I rpm FINA: I rpm / PULSO RADIAL: PRESENTE AUSENTE

FC INICIAL: bpm FC Final bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: >8 <8 PAS (mmHg): >90 <90

PADRÃO RESPIRATÓRIO REGULAR IRREGULAR - PERFUSÃO MMSS: <2 SEGUNDOS - MMII: <2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: %

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COALAR CERVICAL TAM: <input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / <input type="checkbox"/> TIRANTES / <input type="checkbox"/> PRANCHAS RIGIDA / <input type="checkbox"/> KED / <input type="checkbox"/> TALAS DE EXTREMIDADES |
| <input type="checkbox"/> AVP COM ABOCATH N°: <input type="checkbox"/> MSE / <input type="checkbox"/> MSD / <input type="checkbox"/> SRL: <input type="checkbox"/> ml SF 0,9% <input type="checkbox"/> ml / MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> 021/MIN |
| <input type="checkbox"/> MASCARA COM RESERV. <input type="checkbox"/> CATETER NASAL <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO: <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MACA A VÁCUO |
| <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO <input type="checkbox"/> EXTRICAÇÃO <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO <input type="checkbox"/> SIMPLES <input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: <input type="checkbox"/> OLHO D |
| <input type="checkbox"/> VELPEAU / LOCAL: <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVAAS / OUTROS |

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

| | | | |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------|
| ENFERMEIRO CONDUTOR | COREN | TÉCNICO DE ENFERMAGEM | COREN |
| | SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO) | | MÉDICO (VISTO) |

RECUSA





CERTIDÃO

Nº. 0596/2017

Atendendo solicitação de **ALEXANDRE MOURA DE SOUZA** 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 912312 e Prontuário Nº 2016.12.000837, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 10/12/2016 às 10h49min, vítima de queda de moto, com trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/12/2016. Alta dia 20/12/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de Maio de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NAME: ALEXANDRE

MOURA DE SOUZA

1400'

PACIENTE VITIMA DE
ACCOLDARE DE MOTO. CI
FIZUTA DE OSSOS DA
PERNA (E) SUBMETIDO
À CIRURGIA CI PLACA +
PROTESES

C10: 582

Dra. Mirta Juncos de M. Lima
Oncología, Traumatología
CP: 1535-5769 CBO 223146
tel: 980016277367329

17
57
12

Assinatura e Carimbo





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|---------|-----------------------------------------|------------------------------|
| NOME ALEXANDRE MOURA SOUZA | | | | PRONTUÁRIO N° | |
| IDADE 32 | SEXO M | COR | CLÍNICA | ENF. | LEITO |
| DATA DE ADMISSÃO 10/12/16 | | DATA DE ALTA 20/12/16 | | TEMPO DE PERMANÊNCIA | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura dos ossos da perna esquerda | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Fratura dos ossos da perna esquerda | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES RX | | | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO: Realizado tratamento cirúrgico com placas e parafusos | | | | | |
| TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO F.O. <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | COLETA DE MATERIAL | | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO | | | | | |
| RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES): Internado com fratura dos ossos da perna foi submetido a tratamento cirúrgico com placas e parafusos. S/ complicações. | | | | | |
| DIETA: LIVRE ORIENTAÇÕES PÓS ALTA | | | | | |
| 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: CEFACEXINA e ANE | | | | | |
| RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. UMBERTO em 30 dias para revisão. | | | | | |
| 20/12/16 DATA | | | | | |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | | |

FEITURA 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: 912312 Atd: Nao Regi
Data: 10/12/2016
Hora: 10:49:12
Recepçionista: MARIA HELENA RIBEIRO
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Num. Prontuario: 2016.12.000837

CNE: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: ILEGIVEL Fone: 993770856

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 05/01/1984 Id: 32 ano(s)

End.: RUA CELSO DANTAS QD-03 LT-02, CNS 705007091270954

Bairro: CENTRO Cidade: BANANEIRAS UF :PB

Nome: JOAO FRANCISCO DE SOUZA

Nome: MARIA SALETE DE MOURA

Função: ENTREGADOR SEM ESPECIFICA, -AO

INFORMACOES DE ENTRADA

Res.: IRMAO/ADILTON

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRO BANANEIRAS

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL.MOTO/MOTO AS 8H EM HORARIO DE TRAB. (BANAGUA)

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

tipo de Classificação de Risco:

Fr:

[] Aparentemente Bem [] Grave

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Sexo:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemica:

[] Diarreia [] Agitado

Cia. Abd:

[] Regular [] Chocado

O2%:

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Anne Dantos Dantas AP
Enfermeiro
COREB-PB 11671

Questa noite si t.c. (Sint) Trans

Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

em Procuras de urina e bala no dor +

TAo + em Perna (O) Abd e dor + m

Diagnóstico

Conducta

CO: Rx

Prescrição

Horario da medicacao

Alas 06

Mm onofagia

*Eduardo Motta Braga
Cir. Geral / Urologia
CRM-PB 723 / CRM-PE 3860*



#0117086014 #

87. 801 on 11/20

CPG 821 + 000001 + 864 PGM-
M61703.

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

By TRANSMISSIONS OF THE CHURCH

Dr. Frederico Boulitreau
Ortopedia / Cir. do Joelho
TEOT 12366 / CRM-PB 9301

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ItdeI Medicamentos | Dose | Horario | Evaluacion

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ANEXO DO PACIENTE

Identidad [] Transferido [] Desistencia [] UTI
Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Hamilton et mara

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------|------------|
| Nome: <i>Alexandre Manoel de Souza</i> | | | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: | EMP: | LR: |
| Data: <i>19/12/16</i> | Cirurgião: <i>D. Humberto Tanzen</i> | | | 1º Assistente: <i>D. Daniel (R)</i> | |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | | | Instrumentador: | |
| Anestesista: | Tipo Anestesia: | | | Horário: I: <i></i> | T: <i></i> |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO CID | | | | | |
| <i>Fratura de esca de ferro (2)</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO CID | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) CÓDIGO | | | | | |
| <i>Tratamento cirúrgico</i> | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | Descreva: | | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: REXANDRE MOURA DE SOUZA Data da Admissão: 10/12/16
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/11

QPD: Dor e Dano em Perna
HDA: _____

Plaia TE VITIMA DE ACIDENTE
MOTOCICLISTICO com lesão de
Dor em Perna E

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
[]Dispnéia []Palpitações []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

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]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: _____

Hipóteses Diagnósticas: *8/ Fratura dos ossos da*

costela (E)

Conduta: *STAFF TRATAMENTO CIRÚRGICO*

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



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, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190576928 **Vítima: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA**

Data do Acidente: 10/12/2016 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



→ ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
 Ag: 30300169 - AC BANANEIRAS
 BAI: ST 69105802 1 BR - PB
 CN: 3500
 COMPROVANTE DO CLIENTE

→ Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
 CNPJ/CPF.....: 093498660000104
 Doc. Post.....: 344726680
 Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
 Cartao...: 62267835

→ Movimento...: 03/10/2019 Hora.....: 11:06:05
 Caixa.....: 9865345 Matricula...: 84738119
 Lancamento...: 035 Atendimento: 00006
 Modalidade: A Faturar ID Tiquete.: 1714060690

| DESCRICAÇÃO | QTD. | PREÇO(R\$) |
|--------------------------------------------|-------|---------------|
| SEGUR DIPVAT ATE 30 | 1 | 24,78+ |
| Valor do Porte(R\$)... | | 24,78 |
| Peso real (G).....: | 108 | |
| Peso Tarifado:.....: | 0,108 | |
| CNPJ/CPF Remet.: 09211386446 | | |
| Nome Remetente.: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA | | |
| Endereco Remet.: RUA ORLANDO CAVALCANTE DE | | |
| Cont Endereco.: MELO, 00 - CENTRO | | |
| Cep Remetente...: 58220-000 | | |
| Cidade Remet...: BANANEIRAS | | |
| UF Remet.....: PB | | |
| POSTAL RESPOSTA DPV | 1 | 30,43+ |
| Valor do Porte(R\$)... | | 30,43 |
| Cep Destino: 20011-904 (RJ) | | |
| Peso real (G).....: | 108 | |
| Peso Tarifado:.....: | 0,108 | |
| OBJETO | | SI691058021BR |

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)
 No caso de objeto com valor,
 utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATAR
 Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
 prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
 apresentação de fatura. Os valores constantes
 deste comprovante poderão sofrer variações de
 acordo com as cláusulas contratuais
 Nome: _____ RG: _____
 Ass. Responsável: _____

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
 Baixe o APP de Pre-Atendimento dos Correios.
 Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
 deste comprovante, para eventual contato com
 os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 7.9.01

Sinistro N° 3190576928





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, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190576928 Vítima: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Data do Acidente: 10/12/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

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

| | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DUT | Apresentar cópia do documento para confirmação do nome do proprietário. A solicitação está sendo realizada em caráter excepcional, pois o entregue não permite a leitura das informações. |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

Pag. 00537/00538 - carta_03 - INVALIDEZ



00070269

Carta nº 14950122



Assinado eletronicamente por: TATIANA CARDOSO DE SOUZA - 16/01/2020 07:05:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011607054912800000026523251>
Número do documento: 20011607054912800000026523251

Num. 27485175 - Pág. 1

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
A
B
CNPJ.....: 34028316362004 Ins EST.: 100045500
COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOL SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 352373615
Contrato...: 94122301636 Cod. Adm.: 11205709
Cartao...: 62267655

→ Movimento...: 29/11/2019 Hora.....: 11:15:31
Caixa.....: 94441288 Matricula...: 84788119
Lancamento.: 035 Atendimento: 00013
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1742601740

| DESCRICAO | QTD. | PRECO(R\$) |
|----------------------------------------------|-------|------------|
| SEGURO DPVAT ATÉ 30 | 1 | 24,78 |
| Valor do Porte(R\$) ..: | 24,78 | |
| Peso real (G).....: | 37 | |
| Peso Tarifado: | 0,037 | |
| CNPJ/CPF Remet.: 02111360446 | | |
| Nome Remetente.: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA | | |
| Endereco Remet.: RUA ORLANDO CAVALCANTE DE | | |
| Cont. Endereco.: MELO, 00 CONJUNTO - AUGUSTO | | |
| Cep Remetente...: 58220-000 | | |
| Cidade Remet...: BANANEIRAS | | |
| UF Remet.....: PB | | |
| POSTAL RESPOSTA DPV | 1 | 30,43+ |
| Valor do Porte(R\$) ..: | 30,43 | |
| Cep Destino: 20011-904 (RJ) | | |
| Peso real (G).....: | 37 | |
| Peso Tarifado: | 0,037 | |
| OBJETO--> 00594022315BR | | |

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAL: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!
Baixe o APP de Pre-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE SARA 7.9.02

→ Comprovante de entrega da Pendência
no Siniistro N. 3190576928 - DUT



Associação dos Trabalhadores Rurais do Assentamento São Domingos
CNPJ 02.040.395/0001-13 - Bananeiras - PB

Rita da Cassia 3. dos Santos

03/04/2013 Cart. Prof. _____ Serie. _____

Cart. Socio nº _____

Profissão: **Bruxaria**

Estado Civil: **União estável**

01/03/2013

Residência: _____

| | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2011 | | | | | | | | | | | | |
| 2012 | | | | | | | | | | | | |
| 2013 | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 2014 | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| 2015 | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

Associação dos Trabalhadores Rurais
do Assentamento São Domingos
CNPJ 02.040.395/0001-13 CEP 58.220-000
Bananeiras - PB

Associação dos Trabalhadores Rurais
do Assentamento São Domingos
CNPJ 02.040.395/0001-13 CEP 58.220-000
Bananeiras - PB

→ Comprovante de Associação Rural da
Comunidade do Autor.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

DAVID SANTOS MOURA DE SOUZA

MATRÍCULA

0731970155 2015 1 00007 148 0006389 51

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO)

sete de novembro de dois mil e quinze.

DIA
07

MÊS
11

ANO
2015

HORA DE NASCIMENTO

22:10

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Bananeiras-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF

Distrito de Taboleiro-PB

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Municipal Drº Clóvis Bezerra - Bananeiras-PB

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

ALEXANDRE MOURA DE SOUZA, agricultor, natural de Sapé-PB e RITA DE CASSIA VIANA DOS SANTOS, agricultora, natural de Bananeiras-PB

AVÓS

Paterno(s): João Francisco de Souza e Maria Salete de Moura

Materno(s): Antônio Xavier dos Santos e Maria Viana dos Santos.

GÉMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÉMEO(S)

NÃO

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO)

onze de novembro de dois mil e quinze (11/11/2015).

DNV (DEC. NASC. VIVO)

30646212240

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Obs: Registro lavrado em 11/11/2015, no livro A-00007, Nº 6389, folha 148. Foi declarante o pai do registrando. Sendo as testemunhas dispensadas nos termos da Lei nº 9.997/2000.

NOME DO OFÍCIO
CARTÓRIO DISTRITAL DO TABOLEIRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

OFICIAL REGISTRADOR

Ivan Cosmo Pereira

Distrito de Taboleiro-PB, 11 de Novembro de 2015

MUNICÍPIO/UF
Distrito de Taboleiro-PB

Tatianachasouza
Elton Rocha Pereira

Elton Rocha Pereira

Oficial Substituto

Selo Digital: **AAM17362-OSGR**

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

ENDERECO
Rua Projetada S/N Distrito do Taboleiro Distrito de Taboleiro,
Bananeiras-PB - CEP 58220000 Fone: (83) 33671453 E-mail:
cartoriodistritaldotboleiro@gmail.com

SERVIÇO REGISTRAL CIVIL DAS
PESSOAS NATURAIS E NOTARIAL
DISTRITAL DO TABOLEIRO
BANANEIRAS-PB

Ivan Cosmo Pereira

Oficial do Registro Civil

Elton Rocha Pereira

Oficial Substituto

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p> | | | <p>Número do boleto: 008.1.20.00012/01</p> <p>Data de emissão: 15/01/2020</p> |
| Nº do Processo: | Comarca: Bananeiras | Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7 | <p>Data de vencimento: 31/01/2020</p> |
| Número da guia: 008.2020.600012 Tipo da Guia: Custas Prévias | | | <p>UFR vigente: R\$ 50,92</p> |
| Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 101,84 Promovente: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA - Taxa Judiciária: R\$ 50,92 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: LIDER SEGUROS | | | <p>Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6</p> |
| Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. | | | <p>Parcela: 1/1</p> |
|  | | | <p>Valor total: R\$ 154,11</p> |
| | | | <p>Desconto total: R\$ 0,00</p> |
| | | | <p>Valor final: R\$ 154,11</p> |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p> | | | <p>Número do boleto: 008.1.20.00012/01</p> <p>Data de emissão: 15/01/2020</p> |
| Nº do Processo: | Comarca: Bananeiras | Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7 | <p>Data de vencimento: 31/01/2020</p> |
| Número da guia: 008.2020.600012 Tipo de Guia: Custas Prévias | | | <p>UFR vigente: R\$ 50,92</p> |
| Promovente: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA Promovido: LIDER SEGUROS | | | <p>Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6</p> |
| Detalhamento: | | | <p>Parcela: 1/1</p> |
| | | | <p>Valor total: R\$ 154,11</p> |
| | | | <p>Desconto total: R\$ 0,00</p> |
| | | | <p>Valor final: R\$ 154,11</p> |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p> | | | <p>Número do boleto: 008.1.20.00012/01</p> <p>Data de emissão: 15/01/2020</p> |
| Nº do Processo: | Comarca: Bananeiras | Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - 7 | <p>Data de vencimento: 31/01/2020</p> |
| Número da guia: 008.2020.600012 Tipo de Guia: Custas Prévias | | | <p>UFR vigente: R\$ 50,92</p> |
| Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 101,84 Promovente: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA - Taxa Judiciária: R\$ 50,92 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: LIDER SEGUROS | | | <p>Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6</p> |
| Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. | | | <p>Parcela: 1/1</p> |
| | | | <p>Valor total: R\$ 154,11</p> |
| | | | <p>Desconto total: R\$ 0,00</p> |
|  | | | <p>Valor final: R\$ 154,11</p> |





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 008.2020.600012

Data Vencimento: 31/01/2020

Data Emissão: 15/01/2020

Comarca: Bananeiras

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Promovido: LIDER SEGUROS

Valor da Causa: R\$ 1.039,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 101,84

Taxa: R\$ 50,92

Total da Guia: R\$ 152,76

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: TATIANA CARDOSO DE SOUZA - 16/01/2020 07:05:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011607054948400000026523254>
Número do documento: 20011607054948400000026523254

Num. 27485178 - Pág. 2

NÚMERO DO PROCESSO: 0800014-10.2020.8.15.0081 - CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) -
ASSUNTO(S): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PARTES: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Endereço: rua Orlando Cavalcante de Melo, s/n, centro, BANANEIRAS - PB - CEP: 58220-000

Advogado do(a) AUTOR: TATIANA CARDOSO DE SOUZA - PB13867

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

VALOR DA CAUSA: R\$ 1.039,00

DESPACHO.

Ante a presunção de veracidade da alegação de insuficiência deduzida por pessoa natural, nos termos do CPC, art. 99, defiro a gratuidade da justiça em relação a todos os atos processuais. Observe a parte que o benefício não abrange a responsabilidade do beneficiário pelas despesas processuais e pelos honorários de advogado decorrentes de sua sucumbência (CPC15, art. 98, §2º), ficando suspensa a exigibilidade dos valores por 5 anos contados do trânsito, nem o dever de pagar multa processual eventualmente imposta por procrastinação ou litigância de má-fé.

A petição inicial está em termos do art. 319/320 do CPC15, não havendo defeitos ou irregularidades capazes de dificultar o julgamento do mérito, preenchendo seus requisitos essenciais, pelo que, recebo a inicial.

Analizando a inicial e documentos juntados, denoto que não é caso de improcedência liminar do pedido, nos termos do art. 332 do CPC15, por não contrariar entendimento firmado em IRDR, súmula do STF, STJ ou ainda do TJPB, nem ocorrência de decadência ou prescrição, a princípio.

Considerando que a produção antecipada da prova será admitida nos casos em que a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito, nos termos do art. 381, II do CPC e, Conforme Recomendação do CNJ, aprovada em 15/12/2015, nos termos do Ato Normativo 0001607-53.2015.2.00.000, desde já determino a realização da perícia requerida pela parte autora por depender de conhecimento especial e técnico de maior complexidade.

Por depender de conhecimento especial e técnico de maior complexidade, defiro a perícia requerida pelo autor.

ALEXANDRE MOURA DE SOUZA é beneficiária da assistência judiciária gratuita. Assim sendo, nos termos do Convênio 015/2014, os honorários periciais devem ser custeados pela SEGURADORA LÍDER.

Nomeio como perito médico o Dr. LUCIANO JOSÉ LIRA MENDES (tel. 99984-8151), já que devidamente cadastrado perante o TJPB, Email: LUCIANOJLIRAMENDES@BOL.COM.BR. **Intime-se via PJE.**

Designo o dia 25/03/2020, às 9:00h, no Fórum desta Comarca, para realização da perícia e entrega do laudo, intimando-se as partes, a autora pessoalmente, e o perito designado, dando-as ciência de que a perícia poderá ser acompanhada por assistentes técnicos.

Fixo os honorários periciais em R\$200,00 (duzentos reais), de acordo com o Convênio citado.

Intime-se a Seguradora para efetuar o pagamento em 15 (quinze) dias a contar da intimação, devendo providenciar a comprovação de pagamento das perícias realizadas nos autos.

Poderão as partes, dentro de 15 (quinze) dias contados da intimação do despacho de nomeação do perito: I - arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso; II - indicar assistente técnico; III - apresentar quesitos.

Procedam-se com os expedientes necessários à feitura do exame pericial.

O presente despacho servirá como mandado de CITAÇÃO para SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. integrar a relação jurídica e INTIMAÇÃO, para todos os atos aqui determinados.

Cumpra-se.

BANANEIRAS, Sexta-feira, 17 de Janeiro de 2020, 11:11:30 h.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Jailson Shizue Suassuna

Juiz de Direito

NÚMERO DO PROCESSO: 0800014-10.2020.8.15.0081 - CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) -
ASSUNTO(S): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PARTES: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Endereço: rua Orlando Cavalcante de Melo, s/n, centro, BANANEIRAS - PB - CEP: 58220-000

Advogado do(a) AUTOR: TATIANA CARDOSO DE SOUZA - PB13867

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

VALOR DA CAUSA: R\$ 1.039,00

DESPACHO.

Ante a presunção de veracidade da alegação de insuficiência deduzida por pessoa natural, nos termos do CPC, art. 99, defiro a gratuidade da justiça em relação a todos os atos processuais. Observe a parte que o benefício não abrange a responsabilidade do beneficiário pelas despesas processuais e pelos honorários de advogado decorrentes de sua sucumbência (CPC15, art. 98, §2º), ficando suspensa a exigibilidade dos valores por 5 anos contados do trânsito, nem o dever de pagar multa processual eventualmente imposta por procrastinação ou litigância de má-fé.

A petição inicial está em termos do art. 319/320 do CPC15, não havendo defeitos ou irregularidades capazes de dificultar o julgamento do mérito, preenchendo seus requisitos essenciais, pelo que, recebo a inicial.

Analizando a inicial e documentos juntados, denoto que não é caso de improcedência liminar do pedido, nos termos do art. 332 do CPC15, por não contrariar entendimento firmado em IRDR, súmula do STF, STJ ou ainda do TJPB, nem ocorrência de decadência ou prescrição, a princípio.

Considerando que a produção antecipada da prova será admitida nos casos em que a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito, nos termos do art. 381, II do CPC e, Conforme Recomendação do CNJ, aprovada em 15/12/2015, nos termos do Ato Normativo 0001607-53.2015.2.00.000, desde já determino a realização da perícia requerida pela parte autora por depender de conhecimento especial e técnico de maior complexidade.

Por depender de conhecimento especial e técnico de maior complexidade, defiro a perícia requerida pelo autor.

ALEXANDRE MOURA DE SOUZA é beneficiária da assistência judiciária gratuita. Assim sendo, nos termos do Convênio 015/2014, os honorários periciais devem ser custeados pela SEGURADORA LÍDER.

Nomeio como perito médico o Dr. LUCIANO JOSÉ LIRA MENDES (tel. 99984-8151), já que devidamente cadastrado perante o TJPB, Email: LUCIANOJLIRAMENDES@BOL.COM.BR. **Intime-se via PJE.**

Designo o dia 25/03/2020, às 9:00h, no Fórum desta Comarca, para realização da perícia e entrega do laudo, intimando-se as partes, a autora pessoalmente, e o perito designado, dando-as ciência de que a perícia poderá ser acompanhada por assistentes técnicos.

Fixo os honorários periciais em R\$200,00 (duzentos reais), de acordo com o Convênio citado.

Intime-se a Seguradora para efetuar o pagamento em 15 (quinze) dias a contar da intimação, devendo providenciar a comprovação de pagamento das perícias realizadas nos autos.

Poderão as partes, dentro de 15 (quinze) dias contados da intimação do despacho de nomeação do perito: I - arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso; II - indicar assistente técnico; III - apresentar quesitos.

Procedam-se com os expedientes necessários à feitura do exame pericial.

O presente despacho servirá como mandado de CITAÇÃO para SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. integrar a relação jurídica e INTIMAÇÃO, para todos os atos aqui determinados.

Cumpra-se.

BANANEIRAS, Sexta-feira, 17 de Janeiro de 2020, 11:11:30 h.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Jailson Shizue Suassuna

Juiz de Direito

Vara Única de Bananeiras
Rua Virgílio de Melo, S/N, Centro, BANANEIRAS - PB - CEP: 58220-000
BANANEIRAS
()

Nº do processo: 0800014-10.2020.8.15.0081

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Autor: Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Endereço: rua Orlando Cavalcante de Melo, s/n, centro, BANANEIRAS - PB - CEP: 58220-000

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUTOR)

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de Bananeiras manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime a parte

Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Endereço: rua Orlando Cavalcante de Melo, s/n, centro, BANANEIRAS - PB - CEP: 58220-000

para comparecer à Perícia médica designada para 25/03/2020, às 09:00 horas, no fórum da comarca de Baneiras.

BANANEIRAS, em 19 de fevereiro de 2020.

De ordem, LIDIANE SONALE ROCHA FERREIRA
Técnica Judiciária

NÚMERO DO PROCESSO: 0800014-10.2020.8.15.0081 - CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) -
ASSUNTO(S): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PARTES: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: ALEXANDRE MOURA DE SOUZA

Endereço: rua Orlando Cavalcante de Melo, s/n, centro, BANANEIRAS - PB - CEP: 58220-000

Advogado do(a) AUTOR: TATIANA CARDOSO DE SOUZA - PB13867

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

VALOR DA CAUSA: R\$ 1.039,00

DESPACHO.

Ante a presunção de veracidade da alegação de insuficiência deduzida por pessoa natural, nos termos do CPC, art. 99, defiro a gratuidade da justiça em relação a todos os atos processuais. Observe a parte que o benefício não abrange a responsabilidade do beneficiário pelas despesas processuais e pelos honorários de advogado decorrentes de sua sucumbência (CPC15, art. 98, §2º), ficando suspensa a exigibilidade dos valores por 5 anos contados do trânsito, nem o dever de pagar multa processual eventualmente imposta por procrastinação ou litigância de má-fé.

A petição inicial está em termos do art. 319/320 do CPC15, não havendo defeitos ou irregularidades capazes de dificultar o julgamento do mérito, preenchendo seus requisitos essenciais, pelo que, recebo a inicial.

Analizando a inicial e documentos juntados, denoto que não é caso de improcedência liminar do pedido, nos termos do art. 332 do CPC15, por não contrariar entendimento firmado em IRDR, súmula do STF, STJ ou ainda do TJPB, nem ocorrência de decadência ou prescrição, a princípio.

Considerando que a produção antecipada da prova será admitida nos casos em que a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito, nos termos do art. 381, II do CPC e, Conforme Recomendação do CNJ, aprovada em 15/12/2015, nos termos do Ato Normativo 0001607-53.2015.2.00.000, desde já determino a realização da perícia requerida pela parte autora por depender de conhecimento especial e técnico de maior complexidade.

Por depender de conhecimento especial e técnico de maior complexidade, defiro a perícia requerida pelo autor.

ALEXANDRE MOURA DE SOUZA é beneficiária da assistência judiciária gratuita. Assim sendo, nos termos do Convênio 015/2014, os honorários periciais devem ser custeados pela SEGURADORA LÍDER.

Nomeio como perito médico o Dr. LUCIANO JOSÉ LIRA MENDES (tel. 99984-8151), já que devidamente cadastrado perante o TJPB, Email: LUCIANOJLIRAMENDES@BOL.COM.BR. **Intime-se via PJE.**

Designo o dia 25/03/2020, às 9:00h, no Fórum desta Comarca, para realização da perícia e entrega do laudo, intimando-se as partes, a autora pessoalmente, e o perito designado, dando-as ciência de que a perícia poderá ser acompanhada por assistentes técnicos.

Fixo os honorários periciais em R\$200,00 (duzentos reais), de acordo com o Convênio citado.

Intime-se a Seguradora para efetuar o pagamento em 15 (quinze) dias a contar da intimação, devendo providenciar a comprovação de pagamento das perícias realizadas nos autos.

Poderão as partes, dentro de 15 (quinze) dias contados da intimação do despacho de nomeação do perito: I - arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso; II - indicar assistente técnico; III - apresentar quesitos.

Procedam-se com os expedientes necessários à feitura do exame pericial.

O presente despacho servirá como mandado de CITAÇÃO para SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. integrar a relação jurídica e INTIMAÇÃO, para todos os atos aqui determinados.

Cumpra-se.

BANANEIRAS, Sexta-feira, 17 de Janeiro de 2020, 11:11:30 h.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Jailson Shizue Suassuna

Juiz de Direito

**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIARIO DA PARAÍBA
Vara Única de Bananeiras**

Processo n º: 0800014-10.2020.8.15.0081

LUCIANO JOSÉ LIRA MENDES, brasileiro, casado, médico, inscrito no CRM, sob o nº 4290 – Pb, CPF 485.549.104-78, vem mui respeitosamente aceitar perante V.Exa., para exercer a função de médico perito do processo precitado. A ser realizado em 25/03/2020 às 09:00 horas, nesse Fórum.

Colocando-se a inteira disposição de V.Exa.

João Pessoa, 19 de fevereiro de 2020

Dr. Luciano José Lira Mendes
Médico Ortopedista e Traumatologista
Médico Perito

