

PROCURAÇÃO "ad judícia"

Outorgante: Eu, Barbosa Silva de Aguiar, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão aux. de adm. peçois, nascido(a) em 27/11/85, inscrito(a) no CPF sob o nº 190.615.554-00 e RG nº 333.514, residente na Rua do João, Bairro Vozes, na cidade de _____, Estado PB, CEP 58070-300, fone (83) 98762-2447, e-mail _____.

Outorgados: Jullyanna Karlla Viegas Albino, brasileira, casada, inscrita na OAB/PB sob o nº 14.577 com escritório na Avenida Maximiano Figueiredo, nº 504, Sala 206, Bairro Centro, no Município de João Pessoa, CEP 58013-470, fone (83) 987622817, jullyannaviegasadv@gmail.com e Cássia Peters Lauritzen, Sociedade Individual de Advocacia, devidamente registrada junto a OAB, neste ato por sua titular Cássia Peters Lauritzen, brasileira, casada, Advogada inscrita na OAB/PE sob o n. 46.856, endereço eletrônico pericia.peters@gmail.com, sendo essa última, contratada para elaboração de petições, cálculos e movimentação processual.

Poderes: Através do presente instrumento particular de mandato, o(a) **Outorgante** nomeia e constitui como seus procuradores os Outorgados, concedendo-lhes os **poderes da cláusula para o foro em geral (ad judícia)** com poderes amplos, gerais e ilimitados, podendo em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defenderem meus interesses, especialmente para proporem _____, a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal. Confere ainda os **poderes especiais** 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, assinar termo de renúncia de valores excedentes à alçada do JEF e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier. **Não autorizo por este instrumento os advogados à sacarem valores em meu nome.**

João Pessoa, em 5/6/2018.

x Barbosa Silva de Aguiar
Outorgante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Sérgio Silva de Aguiar, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão adv. de causas jurídicas, nascido(a) em 27/11/85, inscrito(a) no CPF sob o nº 110.615.554-00 e RG nº 3835538, residente na rua José, Bairro Várzea, na cidade de _____, Estado PB, CEP 59070-300, fone (81) 98762-2818, e-mail _____ declaro sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos processuais sem afetar o meu sustento e o da minha própria família.

Por isso requero a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Gratuidade da Justiça, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

João Pessoa, em 5/6/2018.

Sérgio Silva de Aguiar
Declarante



CONTRATO DE HONORÁRIOS

Contratante: Eu, SOSIO SILVA DE QUEIROZ, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão adv. de trav. juríd., nascido(a) em 27/11/85, inscrito(a) no CPF sob o nº 110.615.557-0 e RG nº 38.335.516, residente na Rua do José, Bairro Varejo, na cidade de _____, Estado PB, CEP 58020-300, fone (83) 98762-2844, e-mail _____.

Contratados: Jullyanna Karlla Viegas Albino, brasileira, casada, inscrita na OAB/PB sob o nº 14.577 com escritório na Avenida Maximiano Figueiredo, nº 504, Sala 206, Bairro Centro, no Município de João Pessoa, CEP 58013-470, fone (83) 987622817, jullyannaviegasadv@gmail.com e Cássia Peters Lauritzen, Sociedade Individual de Advocacia, devidamente registrada junto a OAB, neste ato por sua titular Cássia Peters Lauritzen, brasileira, casada, Advogada inscrita na OAB/PE sob o n. 46.856, endereço eletrônico pericia.peters@gmail.com.

Serviços Contratados: Os CONTRATADOS obrigam-se a prestar ao CONTRATANTE, nos termos da procuração, o ingresso e acompanhamento de minha demanda até o final do processo.

Honorários Advocatícios: O CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS, somente se ganhar o processo, 30% do conteúdo econômico da causa. Em caso de ação procedente, mas sem atrasados a receber, pagarei o valor de _____. O CONTRATANTE concorda que seja destacado o valor dos honorários contratados em nome da sociedade de advogados, em conformidade com o disposto no artigo 85, §15 da Lei 13.105/2015, declarando nesse ato que não adiantou nenhum valor aos advogados a título de honorários, tampouco adiantará no decorrer do processo, por convenção de que os advogados só receberão pelo seu trabalho caso tenham êxito na presente demanda. Fica assim acordado que em caso de desistência da ação (antes ou após a distribuição) o CONTRATANTE deverá pagar ao CONTRATADO, além do percentual equivalente ao trabalho já realizado, o valor de um salário-mínimo nacional a título de multa contratual. Em caso de deferimento do benefício administrativamente no decorrer da ação judicial, bem como em caso de acordo ou pagamento no âmbito administrativo, os honorários contratados serão devidos igualmente aos advogados.

Autorização: O CONTRATANTE autoriza os CONTRATADOS a enviarem correspondências, no endereço informado, com objetivo de manter informado sobre questões relacionadas ao direito e cidadania, sem nenhum custo adicional.

Responsabilidade e Autenticidade: O CONTRATANTE se responsabiliza pela autenticidade e veracidade dos documentos entregues ao CONTRATADO, bem como pelas informações fornecidas no ato do atendimento e por aquelas que forem prestadas no decorrer da ação judicial. Assim, em 5/6/2018, elegem o Foro da Comarca onde tramitar o pedido e assinam as partes o presente instrumento, extraído em duas vias de igual teor e forma, escritas somente no verso.



ADVOGADO



CONTRATANTE

Testemunhas: _____ e _____



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTERIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
 1152807848

Nome: SAVIO SILVA DE AGUIAR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 3833518 SSP PB

CPF: 110.615.554-88 DATA NASCIMENTO: 27/11/1995

FILIAÇÃO: SERGIANO FARIAS DE AGUIAR NADJA LUCIA DA SILVA

PERMISSÃO: ACC: CAT. HAB.: AB

Nº REGISTRO: 06146299963 VALIDADE: 17/03/2019 1ª HABILITAÇÃO: 12/08/2014

OBSERVAÇÕES:

Savio Silva de Aguiar
 ASSINATURA DO PORTADOR

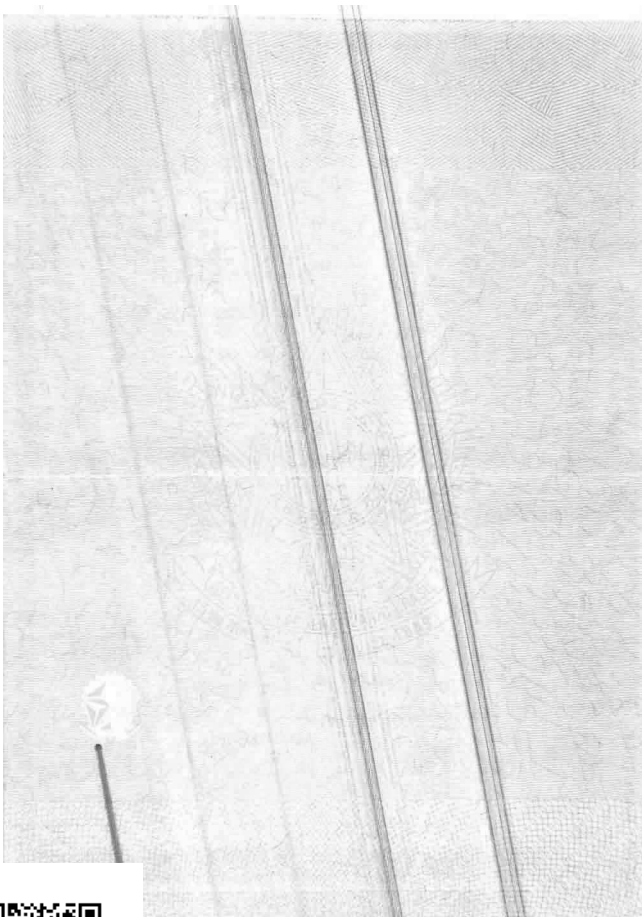
LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 14/08/2015

Aristeu Chaves Sousa
 Diretor Departamento de Trânsito
 ASSINATURA DO EMISSOR 01899615851 PB031171176

DETRAN - PB (PARAIBA)

BIDO PLASTIFICAR 2807848





INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral. Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000818



SAVIO SILVA DE AGUIAR
SAO JOAO 505
VARJAO
JOAO PESSOA - PB
58070.300



5013196987425160000001058430151217

REMETENTE

010725

INSS
AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA - CENTRO
AV DOM PEDRO I, 215 TERREO
CENTRO
JOAO PESSOA - PB
58013.020

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> RECUSADO | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO | <input type="checkbox"/> AUSENTE | |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:/...../.....

EM:/...../.....

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: ATU20X



COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT. 2.011.715.831.8

Número do Benefício: 618.829.162.7

Espécie: 91

Ao Sr(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505 , VARJAO

CEP: 58.070.300 **Município:** JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Requerimento do Pedido de Prorrogação.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Pedido de Prorrogação, efetuado em 07/11/2017, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício, em razão do exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio-Doença foi concedido até 20/01/2018

Data da Cessação do Benefício - DCB.

Informamos que o pagamento do seu benefício será mantido até 06/12/2017.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o(a) Senhor poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15 (quinze) dias antes da cessação do benefício 20/01/2018 observado o disposto no artigo 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir de 20/01/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio da internet pelo endereço eletrônico meu.inss.gov.br, da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10 (dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

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

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA - CENTRO

ENDERECO: AV DOM PEDRO I, 215 TERREO - CENTRO

CEP: 58013.020

MUNICIPIO: JOAO PESSOA

UF: PB

M:06





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) SAULO SELVA DE SOUZA portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 M55/SB2.0, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 120 (Doze cento vinte dias) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 10/04/19

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 56056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Vertical lines and artifacts from the scanning process.



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: SAVIO SILVA DE AGUIAR

Nº Sinistro: 3180054591

Vitima: SAVIO SILVA DE AGUIAR

Data do Acidente: 09/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180054591**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12333771

Pag. 0131101312 - carta_01 - INVALIDEZ





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01877.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01877.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:13 horas do dia 09 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **SAVIO SILVA DE AGUIAR**, CPF nº 110.615.554-88, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Serviços Gerais, filho (a) de Nadja Lucia da Silva e Sergiano Farias de Aguiar, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 27/11/1995 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São João, Nº 505, bairro Rangel, tendo como ponto de referência Mercadinho Baratotal, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98320-1003.

Dados do(s) Fatos:

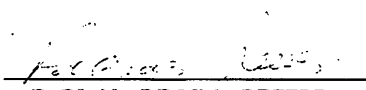
Local: Rua Nossa Senhora de Fátima X Rua Barão de Mamanguape, Esquina Com o Posto Fan, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/05/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO**

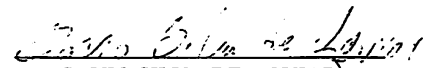
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN ES, VERMELHA, 2013/2013, PLACA OFX4549/PB, registrada em nome de NADJA LUCIA DA SILVA, CHASSI 9C2JC4120DR548438, pela Rua Nossa Senhora de Fátima quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Barão de Mamanguape foi surpreendido por um AUTOMÓVEL DE MARCA GOLF, PLACA NLY7069, o qual não respeitou a placa de PARE que havia no local e cruzou na frente do noticiante que tentou desviar, porém ainda acabou atingindo a lateral do GOLF; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 12.09.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas ANTONIO SÉRGIO e seu irmão SIDNEY SILVA DE AGUIAR.

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

João Pessoa/PB, 09 de outubro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


SAVIO SILVA DE AGUIAR
Noticiante

Procedimento Policial: 01877.01.2017.1.00.420

1/1





Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101

30/04	180430	SAQUETERMINAL	2,100
30/04	180426	SAQUETERMINAL	2,100
30/04	292122	SAQUE B24H	50,000
28/04	000000	CRED JURUS	0,740
28/04	000000	REM BASICA	0,000
27/04	000000	CRED JURUS	1,820
27/04	000000	REM BASICA	0,000
26/04	261205	SAQUE ATM	350,000
26/04	000001	CRED TED	1.687,500
23/04	000000	CRED JURUS	2,240
23/04	000000	REM BASICA	0,000
18/04	181645	SAQUE ATM	70,000
16/04	100000	DP DINH AG	250,000
06/04	061738	SAQUE ATM	1.000,000
04/04	041439	DP DIN LOT	300,000

ABR11

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1033 - CRUZ DAS ARMAS
CONTA: 013.00055496-5
CLIENTE: SAVIO SILVA DE AGUIAR

AUTO-ATENDIMENTO - AG_BAIRRO_DE_JAGUARIBE
DATA: 02/07/2018
TERMINAL: 02201001
HORA: 15:29:31
CONTROLE: 022010010441





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20117158318

Número do Benefício: 6188291627

Espécie: 91

Número do Requerimento: 180864919

Ao Sr. (a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO

CEP: 58070300

Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

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

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 02/06/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 28/08/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (28/08/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 28/08/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

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

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

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

Data, 4 de Julho de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência JOAO PESSOA CENTRO

Endereço: AV DOM PEDRO I DE 1 A 400 TERREO,

CEP: 58013020 Município: JOAO PESSOA

UF: PB CENTRO

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

Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal







INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20117158318 2ª VIA
Número do Benefício: 6188291627 **Espécie:** 91
Número do Requerimento: 180864919
Ao Sr.(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR
Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO
CEP: 58070300 **Município:** JOAO PESSOA **UF:** PB
Assunto: Requerimento de Benefício por Incapacidade.
Decisão: Deferimento do Pedido
Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; artigos 71 e 77 e § 2º do art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; art. 300 da IN 77 INSS/PRES, de 21/01/2015; § 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentado no dia 09/01/2018, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício.

O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 01/02/2019.

ATENÇÃO: O(a) senhor(a) foi encaminhado(a) ao serviço de Reabilitação Profissional do INSS. Compareça imediatamente à Agência da Previdência Social.

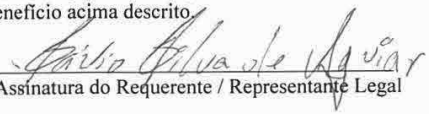
A partir da data de cessação do benefício e pelo prazo de 30 dias, poderá ser interposto recurso à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social - JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: www.inss.gov.br.

Data: 06 de fevereiro de 2018

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: JOAO PESSOA CENTRO **Endereço:** AV DOM PEDRO I, 215
TERREO, CENTRO
CEP: 58013020 **Município:** JOAO PESSOA **UF:** PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 06 de fevereiro de 2018


Assinatura do Requerente / Representante Legal







INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20117158318

Número do Benefício:

6188291627

Espécie: 91

Número do Requerimento:

180864919

Ao Sr. (a) : SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO

CEP: 58070300

Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

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

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 02/06/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 28/08/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (28/08/2017), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização do Pedido de Prorrogação.

A partir de 28/08/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

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

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

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

Data, 4 de Julho de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência JOAO PESSOA CENTRO

Endereço: AV DOM PEDRO I DE 1 A 400 TERREO,

CEP: 58013020

Município: JOAO PESSOA

UF: PB CENTRO

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

Assinatura do Requerente / Representante Legal





NB 618.829.162-7 SAVIO SILVA DE AGUIAR Esp: 091 Meio Pag: CCF
Compet 08/2017 Per: 29/08/2017 a 29/08/2017 Dt. Calc. Credito : 16/08/2017
OLM.....: 13.0.01.050 Dt. Inic. Validade: 21/08/2017
Conta Corrente: -- Dt. Final Validade: 31/10/2017
Origem.....: ALTERNATIVO Dt. do Pagamento..: 21/08/2017
Retorno.....: PAGAMENTO EFETIVADO Arq: TP Seq: 0002042
Banco: ITAU OP: 650126 - JPessoa PARQUE SOLON

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	37,66 +
348	CP-RESIDUO CALCULADO PELO SISTEMA	37,66

Valor Bruto	Descontos	Valor Liquido
37,66	0,00	37,66

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 6188291627 SAVIO SILVA DE AGUIAR Situacao: Ativo
CPF: 110.615.554-88 NIT: 2.011.715.831-8 Ident.: 00003833518 PB

OL Mantenedor: 13.0.01.050 APS : APS JOAO PESSOA - CENTRO SABI
OL Mant. Ant.: Banco : 341 ITAU
OL Concessor : 13.0.01.050 Agencia: 650126 JPessoa PARQUE SOLON

Nasc.: 27/11/1995 Sexo: MASCULINO Trat.: 13 Procur.: NAO RL: NAO
Esp.: 91 AUXILIO DOENCA POR ACIDENTE DO TRABALHO Qtd. Dep. Sal.Fam.: 01
Ramo Atividade: COMERCIARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: DESEMPREGADO Qtd. Dep. Informada: 01
Meio Pagto: C/C No 0000470756 TIPO: C/C INDIVIDUAL Dep. para Desdobr.: 00/00
Situacao: ATIVO Dep. valido Pensao: 00

APR. : 1.169,24 Compet : 08/2017 DAT : 17/05/2017 DIB: 01/06/2017
MR.BASE: 1.129,99 MR.PAG.: 1.129,99 DER : 02/06/2017 DDB: 04/07/2017
Acompanhante: NAO Tipo IR: ISENTO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 15/11/2017

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3





NB 618.829.162-7 SAVIO SILVA DE AGUIAR Esp: 091 Meio Pag: CCF
Compet 08/2017 Per: 01/08/2017 a 28/08/2017 Dt. Calc. Credito : 05/08/2017
OLM.....: 13.0.01.050 Dt. Inic. Validade: 04/09/2017
Conta Corrente: 0000470756 Dt. Final Validade: 31/10/2017
Origem.....: MACICA Dt. do Pagamento...:
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 000178 Seq: 5259937
Banco: ITAU OP: 650126 - JPessoa PARQUE SOLON

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	1.054,65 +
104	VALOR DO DECIMO-TERCEIRO SALARIO	282,49 +
215	AJUSTE DO ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	0,02 -

Valor Bruto	Descontos	Valor Liquido
1.337,14	0,02	1.337,12

Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



--	--	--





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20117158318

Número do Benefício: 6188291627

Espécie: 91

2ª VIA

Número do Requerimento: 180864919

Ao Sr.(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO

CEP: 58070300

Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

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

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 07/11/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi prorrogado até 20/01/2018.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 20/01/2018, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outra Solicitação de Prorrogação.

A partir de 20/01/2018 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

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

Data: 11 de dezembro de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: JOAO PESSOA CENTRO Endereço: AV DOM PEDRO I, 215 TERREO, CENTRO

CEP: 58013020 Município: JOAO PESSOA

UF: PB

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

Ciente, em 11 de dezembro de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal



2





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20117158318 2ª VIA
Número do Benefício: 6188291627 Espécie: 91
Número do Requerimento: 180864919
Ao Sr.(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR
Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO
CEP: 58070300 Município: JOAO PESSOA UF: PB
Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença
Decisão: Deferimento do Pedido
Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

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

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 15/08/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi prorrogado até 15/11/2017. Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 15/11/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação. A partir de 15/11/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social. O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 29 de agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: JOAO PESSOA CENTRO Endereço: AV DOM PEDRO I, 215
TERREO, CENTRO
CEP: 58013020 Município: JOAO PESSOA UF: PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 29 de agosto de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal







INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: JOAO PESSOA CENTRO
**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

REQUERIMENTO Nº 180864919
BENEFÍCIO Nº 6188291627
(2ª Via)

Prezado (a) Sr(a)

SAVIO SILVA DE AGUIAR

(NOME DO SEGURADO)

7239140 / 30

20117158318

(RG/CERTIDAO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 22/06/2017

Hora: 10:40

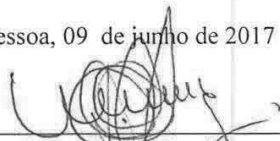
Endereço:

HOSPITAL DE TRAUMA EM MANGABEIRA ENFERMARIA 24 - FONE:
9-8636-1970 - 9-8855-0759

JOAO PESSOA - PB

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial. Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

Joao Pessoa, 09 de junho de 2017


Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em ____/____/____

Ass. do Requerente/ Rep. Legal



--	--	--





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

JOAO PESSOA CENTRO

**REQUERIMENTO DE PEDIDO DE PRORROGAÇÃO
E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**

SABI
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

REQUERIMENTO Nº 182267702
BENEFÍCIO Nº 6188291627

Prezado (a) Sr(a)

SAVIO SILVA DE AGUIAR

(NOME DO SEGURADO)

00003833518

7239140 / 30

20117158318

(RG/CERTIDAO)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

(REPRESENTANTE LEGAL)

(RG)

(CTPS/SÉRIE)

(NIT)

Informamos que nesta data foi habilitado o requerimento de Pedido de Prorrogação e que seu exame pericial foi marcado para a data, hora e local a seguir discriminado.

Data: 29/08/2017

Hora: 08:10

Endereço:

AV DEP. ODON BEZERRA, 100

TAMBIA

JOAO PESSOA - PB

Compareça ao exame pericial levando RG(Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional.
Caso o(a) Sr.(a) não possa comparecer no dia e hora marcados, solicitamos marcar novo exame pericial.
Ressaltamos que a nova marcação só poderá ser efetuada 01(uma) vez e devidamente justificada.

JOAO PESSOA, 15 de agosto de 2017

Nome/Cargo/Assinatura
(Atendente)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005.33.00.020.219-8.

Ciente em ____/____/____

Ass. do Requerente/ Rep. Legal







INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 20117158318
Número do Benefício: 6188291627 Espécie: 91 2ª VIA
Número do Requerimento: 180864919
Ao Sr.(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR
Endereço: SAO JOAO 505, VARJAO
CEP: 58070300 Município: JOAO PESSOA UF: PB
Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença
Decisão: Deferimento do Pedido
Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

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

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 15/08/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi prorrogado até 15/11/2017. Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 15/11/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação. A partir de 15/11/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social. O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 29 de agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

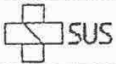
Agência da Previdência Social: JOAO PESSOA CENTRO Endereço: AV DOM PEDRO I, 215
TERREO, CENTRO UF: PB
CEP: 58013020 Município: JOAO PESSOA

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 29 de agosto de 2017

Assinatura do Requerente / Representante Legal







Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE JAVIO BILUN DE SOUZA 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO 1/1 7 - SEXO Masc. Fern.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 13 - UF _____ 14 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Fisioterapia noturno 17 - QTDE. 20/2018

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 20 - QTDE. _____

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 23 - QTDE. _____

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 26 - QTDE. _____

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 29 - QTDE. _____

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 32 - QTDE. _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO AD artrose 34 - CID10 PRINCIPAL M50 35 - CID10 SECUNDÁRIO _____ 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

37 - OBSERVAÇÕES

Artrose traquiária de tornozelo
Pos-op de artroscopia de tornozelo

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO 10/10/19 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) Carlos Tiago S. Chaves

40 - DOCUMENTO () CNS () CPF 123456789 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____ 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 1/1 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 52 - CNES _____



Procedimentos ofertados na rede SUS em João Pessoa-PB que requerem a individualização do usuário (SPA-1).

ARTERIOGRAFIAS
ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS
BIOPSIA DE CONJUNTIVA
BIOPSIA DE CORNEA
BIOPSIA DE ENDOMETRIO
BIOPSIA DE ENDOMETRIO POR ASPIRACAO MANUAL INTRA-UTERINA
BIOPSIA DE ESCLERA
BIOPSIA DE IRIS E CORPO CILIAR
BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TC / US
BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA
CINTILOGRAFIAS
DENSITOMETRIA ÓSSEA
DETECCAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C (QUALITATIVO)
DOSAGEM DE CICLOSPORINA
DOSAGEM DE FENILALANINA (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)
DOSAGEM DE FENILALANINA E TSH OU T4
DOSAGEM DE TRIPSINA IMUNORREATIVA
DOSAGEM DE TSH E T4 LIVRE (CONTROLE / DIAGNOSTICO TARDIO)
ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE
ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGICA
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA (ANTIGO ECOCARDIOGRAMA BI-DIMENSIONAL)
ELETRODIAGNOSTICO CINETICO FUNCIONAL
ELETROMIOGRAFIA DINAMICA, AVALIACAO CINETICA, CINEMATICA E DE PARAMETROS LINEARES
EMISSAO DE PAPECER SOBRE NEXO CAUSAL
EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - PECA CIRURGICA
EXAME CITOPATOLOGICO CERVICO-VAGINAL/MICROFLORA
EXCISAO DE LESAO / TUMOR ANU-RETAL
EXERESE DA ZONA DE TRANSFORMACAO DO COLO UTERINO
EXERESE DE CISTO SACRO-COCCIGEO
EXERESE DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE
FOTOCOAGULACAO A LASER : (MAXIMO 4 APLICACOES POR OLHO)
GENOTIPAGEM DE VIRUS DA HEPATITE C
HISTEROSCOPIA CIRURGICA C/ RESSECTOSCOPIO
IMPLANTE SECUNDARIO DE LIO
IMUNOFENOTIPAGEM DE HEMOPATIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR)
MAMOGRAFIA BILATERAL
MARCAÇÃO PRE-CIRURGICA DE LESAO NAO PALPAVEL DE MAMA ASSOCIADA A MAMOGRAFIA
MIELOGRAFIA
OBTURACAO EM DENTE PERMANENTE BIRRADICULAR
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)
POSTECTOMIA
PROTESE AURICULAR
PROTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVIVEL
PROTESE PARCIAL MAXILAR REMOVIVEL
PROTESE TEMPORARIA
PROTESE TOTAL MANDIBULAR
PROTESE TOTAL MAXILAR
PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA
QUANTIFICACAO DE RNA DO HIV-1
QUANTIFICACAO DE RNA DO VIRUS DA HEPATITE C
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)
RESSONÂNCIAS MAGNÉTICAS
TOMOGRAFIAS COMPUTADORIZADAS
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMMER - ATE 30 MCi)
TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO GRAVE
ULTRA-SONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Sandro Gilvânio de

Alvares

Limbo Mestizo

Receita para prescrição de
de 10. de tempo (Antes 105 minutos)
Receita em eloquio e tratamento.

Cio=
58216/1225

10/10/19

Dr. Carlos [Signature]
Assinatura e Carimbo





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME SAVIO SILVA DE AGUIAR				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 21 ANOS	SEXO MASCULINO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 17/05/2017		DATA DE ALTA 29/06/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Lateral do tornozelo</i>				CID S82.6	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo lateral</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo lateral foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Deocil ou Vimovo</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em 21 dias para revisão.					
29/06/2017 DATA			Dr. Eneas P. Bessa Neto MÉDICO CRM - RN 8498 ASS. MÉDICO / C.R.M		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT. 2.011.715.831.8

Número do Benefício: 618.829.162.7

Espécie: 91

Ao Sr(a): SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: SAO JOAO 505 , VARJAO

CEP: 58.070.300 **Município:** JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Requerimento do Pedido de Prorrogação.

Decisão: DEFERIDO

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa.

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº 8.213, de 24/07/1991 e arts. 71 e 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 06/05/1999.

Prezado(a) Senhor(a),

Em atenção ao requerimento de Pedido de Prorrogação, efetuado em 07/11/2017, a Previdência Social comunica que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício, em razão do exame médico-pericial realizado pelo INSS ter concluído que existe incapacidade para o trabalho e/ou atividade habitual.

O Auxílio-Doença foi concedido até 20/01/2018 Data da Cessação do Benefício - DCB.
Informamos que o pagamento do seu benefício será mantido até 06/12/2017.

Caso não recupere a capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual até a data da cessação fixada, o(a) Senhor poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante Solicitação de Prorrogação, no prazo de 15 (quinze) dias antes da cessação do benefício 20/01/2018 observado o disposto no artigo 78, § 2º, do Regulamento da Previdência Social.

Cessado o benefício, o(a) Senhor(a) poderá apresentar Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, no prazo de 30(trinta) dias contados a partir de 20/01/2018, observado o disposto no art. 305, § 1º, do Regulamento da Previdência Social aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

A Solicitação de Prorrogação e a apresentação do Recurso poderão ser agendados por meio da internet pelo endereço eletrônico meu.inss.gov.br, da Central 135 ou em uma Agência da Previdência Social.

Caso haja recuperação da capacidade para o trabalho e/ou atividade habitual antes do prazo fixado, orienta-se o comparecimento a uma Agência da Previdência Social para marcação de exame médico-pericial.

O prazo para a revisão do benefício é de 10 (dez) anos contados da data da concessão ou do indeferimento, de acordo com o prazo decadencial previsto no art. 103 da Lei nº 8.213/91 e art. 347 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048/99.

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

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA - CENTRO

ENDereco: AV DOM PEDRO I, 215 TERREO - CENTRO

CEP: 58013.020

MUNICIPIO: JOAO PESSOA

UF: PB

M:06



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral. Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



000818



SAVIO SILVA DE AGUIAR
SAO JOAO 505
VARJAO
JOAO PESSOA - PB
58070.300



5013196987425160000001058430151217

REMETENTE

010725

INSS
AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA - CENTRO
AV DOM PEDRO I, 215 TERREO
CENTRO
JOAO PESSOA - PB
58013.020

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> RECUSADO | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO |
| <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO | <input type="checkbox"/> AUSENTE | |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> FALECIDO | |

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:/...../.....

EM:/...../.....

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: ATU20X



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: SAVIO SILVA DE AGUIAR
Nº Sinistro: 3180054591
Vítima: SAVIO SILVA DE AGUIAR
Data do Acidente: 09/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180054591**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag: 00339/00340 - carta_03 - INVALIDEZ



00060170

Carta nº 12332569





Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital

[SEGURO] 0864346-80.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. A experiência prática demonstra que as instituições financeiras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual **deixo de designar audiência prévia de conciliação, sem prejuízo das tentativas conciliatórias que devem ser realizadas no decorrer da lide.**

Assim, **cite-se** a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, **intime-se** a parte Autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação.

Por fim, considerando que no caso em apreço é necessária a realização de prova pericial, **NOMEIO** como perita a médica Dra. **ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA**, com endereço na **Rua Sebastião de Azevedo Bastos, 496, Manaira, João Pessoa – PB.**

Como honorários periciais fixo o valor de **R\$ 200,00** (duzentos reais), conforme termos do Convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJ/PB.

Intime-se a seguradora para efetuar o pagamento dos honorários arbitrados.

Intime(m)-se a(s) parte(s) a respeito da nomeação realizada, intimando-as também para, no prazo de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e assistentes técnicos, se assim desejarem.

Valendo-se este despacho como carta de intimação, **intime-se**a perita nomeada para, no prazo de 10 (dez) dias, dizer se aceita o encargo, bem como para informar a este Juízo, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, data, horário e lugar para a realização da perícia.



Fica desde já determinada a intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, hora e local indicados pelo *expert* para a realização da perícia. Intime-se o Autor pessoalmente e por meio de advogado, advertindo-os que a ausência na perícia poderá ensejar na ocorrência de preclusão e, conseqüentemente, no no julgamento do feito com as provas que constam nos autos.

Sendo o caso, encaminhem-se à perita cópia dos documentos necessários.

De logo, determino o prazo de **15 (quinze) dias**, a contar da realização da perícia, para entrega do parecer técnico.

Cumpra-se na íntegra.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara

Juíza de Direito



Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da 6ª Vara Cível da Comarca da Capital, Paraíba.

Autos n. 0864346-80.2019.8.15.2001

SAVIO SILVA DE AGUIAR, neste ato representado por sua advogada, vem a presença de Vossa Excelência apresentar os quesitos a serem respondidos em perícia médica já designada por esse juízo.

01 – Qual o quadro clínico da parte autora? Houve perda anatômica ou funcional, mesmo que reduzida, do membro ou área afetada/atingida? Qual a sua intensidade?

02 – Em relação a sua incapacidade, seja ela total ou parcial, percebe-se que ela ocorreu em decorrência do acidente noticiado?

03 – Quais as sequelas que a Parte Autora apresenta atualmente que foram resultado do acidente automobilístico? Quais as limitações que geraram para a Parte Autora?

04 – Trata-se de invalidez permanente parcial completa ou invalidez permanente parcial incompleta?

05 – Em relação às sequelas percebidas, percebe-se a ocorrência de perdas de repercussão intensa, média ou leve? Há sequelas residuais?

06 - Há possibilidade de recuperação total da parte autora, ou seja, inexistir completamente a perda anatômica ou funcional (sequelas)? Em quanto tempo? A situação, portanto, pode ser revertida?

07 – Pelos relatórios e documentos médicos, bem como diante da presente perícia, pode-se concluir que a parte autora permaneceu incapacitada para exercer as suas atividades habituais durante o tratamento? Qual o período de tempo total utilizado para tanto?

08 – Houve necessidade de internação, bem como de acompanhamento fisioterápico? Por quanto tempo? Especifique.

09- Qual a especialidade do médico perito designado para esta perícia?

10 - Se o segurado não realizar ou não tivesse realizado o tratamento/acompanhamento médico adequado, possuiria sequelas ainda maiores e mais graves?



11 - Caso entenda que não há incapacidade e, por conseguinte, indique que a Parte Autora está apta a qualquer atividade diária, seja para todo e qualquer esforço físico ou profissional, o perito assegura a integridade física do periciado, sem que possam ocorrer prejuízos maiores à sua saúde?

Termos em que, pede deferimento.

DRA. CÁSSIA PETERS LAURITZEN

Advogada

OAB/PE 46.856





Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0864346-80.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: SAVIO SILVA DE AGUIAR
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO - ESFORÇO CONCENTRADO

Nos termos do Art. 93, inciso XIV da Constituição Federal, bem como de acordo com as prescrições do Art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração e ainda da Portaria 01/2017 do Gabinete da Juíza Titular desta Unidade Judiciária, **designo o dia 25 de março de 2020, a partir das 13hs:30min.**, para realização da perícia, na sala de audiências deste Juízo, pela médica perita desde Juízo, Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva; com intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, local e hora acima indicados, para realização da perícia seguida de audiência conciliatória, facultado ao autor a apresentação de documentos médicos que auxiliem na prova pericial, advertindo-os que deverão arcar com os ônus de eventual ausência ao exame pericial, e, consequentemente no julgamento da lide no estado em que se encontra, cientificando ainda a seguradora quanto aos honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme termos do convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJPB. Dou fé.

João Pessoa, 17 de fevereiro de 2020

Izaura Gonçalves de Lira

Chefe de Cartório



6ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

Nº do processo: 0864346-80.2019.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [SEGURO]

Autor: Nome: SAVIO SILVA DE AGUIAR

Endereço: AV RUI BARBOSA, sn, - até 797/798, TORRE, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58040-490

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

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 Andar - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO
- RJ - CEP: 20031-205

MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUDIÊNCIA – AUTOR)

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, intime o Sr. **SÁVIO SILVA DE AGUIAR**, CPF/MF 110.615.554-88 com endereço na **RUA SÃO JOÃO, 505, VARJÃO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58070-300** para comparecer a sala 319 da 6ª. Vara Cível da Capital, para a realização **da perícia médica, designada para o dia 25 de março de 2020, a partir das 13hs:30min**, munido de todos os documentos médicos que auxiliem na prova pericial, advertido-lhe de que deverá arcarcom os ônus de eventual ausência na perícia, e, conseqüentemente, no julgamento da lide no estado em que se encontrar. Ficando neste mesmo ato intimado para a **audiência de conciliação a ser realizada na mesma data e no mesmo local da perícia designada, cientificando-lhe**, ainda de que o comparecimento na audiência, devidamente acompanhado de seu advogado, é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para transigir), sendo a ausência injustificada considerada ato atentatório à dignidade da justiça, ficando desde logo sancionada multa de 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa à parte que injustificadamente não se fizer presente na audiência. Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, em 21 de fevereiro de 2020.

De ordem, DIANA SANTOS DE OLIVEIRA BERGER

Servidora



Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0864346-80.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: SAVIO SILVA DE AGUIAR
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO - ESFORÇO CONCENTRADO

Nos termos do Art. 93, inciso XIV da Constituição Federal, bem como de acordo com as prescrições do Art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração e ainda da Portaria 01/2017 do Gabinete da Juíza Titular desta Unidade Judiciária, **designo o dia 25 de março de 2020, a partir das 13hs:30min.**, para realização da perícia, na sala de audiências deste Juízo, pela médica perita desde Juízo, Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva; com intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, local e hora acima indicados, para realização da perícia seguida de audiência conciliatória, facultado ao autor a apresentação de documentos médicos que auxiliem na prova pericial, advertindo-os que deverão arcar com os ônus de eventual ausência ao exame pericial, e, conseqüentemente no julgamento da lide no estado em que se encontra, cientificando ainda a seguradora quanto aos honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme termos do convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJPB. Dou fé.

João Pessoa, 17 de fevereiro de 2020

Izaura Gonçalves de Lira

Chefe de Cartório

Certifico para os devidos fins que deixei de proceder com este ato jurídico em face do mesmo não pertencer a zona da qual participo. Dou fé !