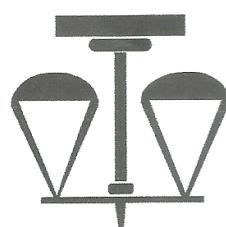


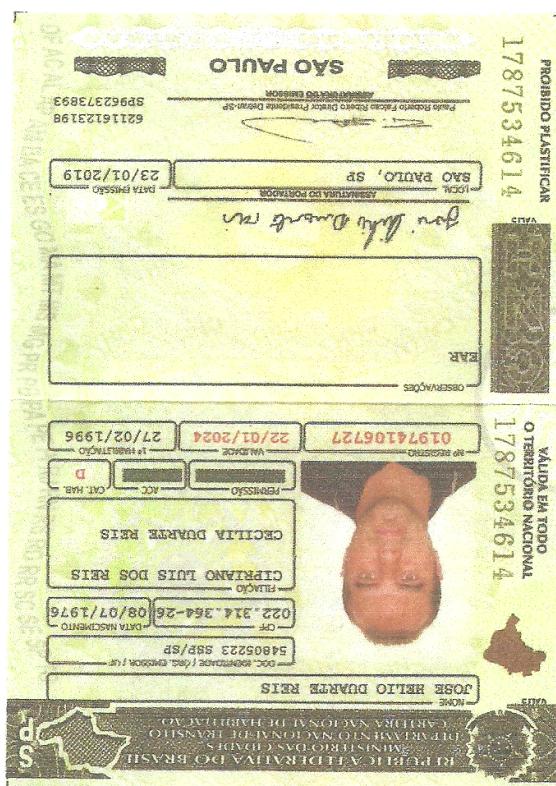
Judicial como administrativo.

JOSÉ HELEO DURANTE REIS, brasileiro, solteiro, desempregado, residente e domiciliada a Rua: Manoel Firmino de Medeiros nº 337, Bairro Centro, Arauá/PB, CEP 58.396-000, Portador do RG de nº 54805223 e do CPF de nº 022.314.364-26, telefone (11) 9966884914, pelo presente instrumento particular de procuração constitue e nomeia, seu bastante procurador e advogados Dr. FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PB sob o nº 18453, Com escritório estabelecido na Rua Celso Crime, 399, Centro Solânea/PB, local onde recebe intimações e notificações, a quem confere poderes para o fato em geral e para defender os interesses do(s), assistente(s) ou opONENTE(S) ou de qualquer forma interessado(s) podendo confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação firmar compromisso, subscrever, bem como requerer inventário, inclusive convindo que seja feito com rito de arrolamento, podendo representar os(s) outorgante(s), também em quaisquer repartições e autoridades, praticando, enfim, todos os atos necessários ao desempenho desse mandato, o que tudo dará(ao) por firme e válido, tanto na área

PROCURAGÃO PARTICULAR

ESCRITÓRIO DE ADVOGACIA
Causas Administrativas Civis Criminais e Trabalhistas
End. Rua Celso Cimé, 399, Centro - Solânea - PB CEP 58225-000
Fone: (083) 3363 - 2499 / Celular: 98690-7431

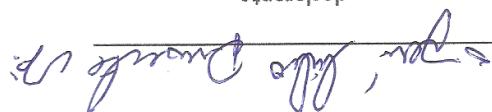




Assinado eletronicamente por: FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES - 02/12/2019 12:38:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120212385241000000025773325>
Número do documento: 19120212385241000000025773325

Num. 26692062 - Pág. 1

declarante



Arara/PB, 08 de outubro de 2019.

Por ser verdade, firmo o presente.

JOSE HELIO DUARTE REIS, brasileiro, solteiro, desempregado, residente e domiciliada a Rua: Manoel Firmino de Medeiros nº 337, Bairro Centro, Arara/PB, CEP 58.396-000, Portador do RG de nº 54805223 e do CPF de nº 022.314.364-26, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de justiça, nos termos da Lei 1.060/50, posso no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarão sujeito caso invierta a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

DECLARAÇÃO DE POBREZA



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES - 02/12/2019 12:38:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120212385331300000025773332>
Número do documento: 19120212385331300000025773332

Num. 26692070 - Pág. 1

Estamos aqui para Você

Seguradora Lider-DPVAT

Atenciosamente,

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.

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.

que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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.

que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Senhor(a), JOSE HELIO DUARTE REIS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Vítima: JOSE HELIO DUARTE REIS

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265380

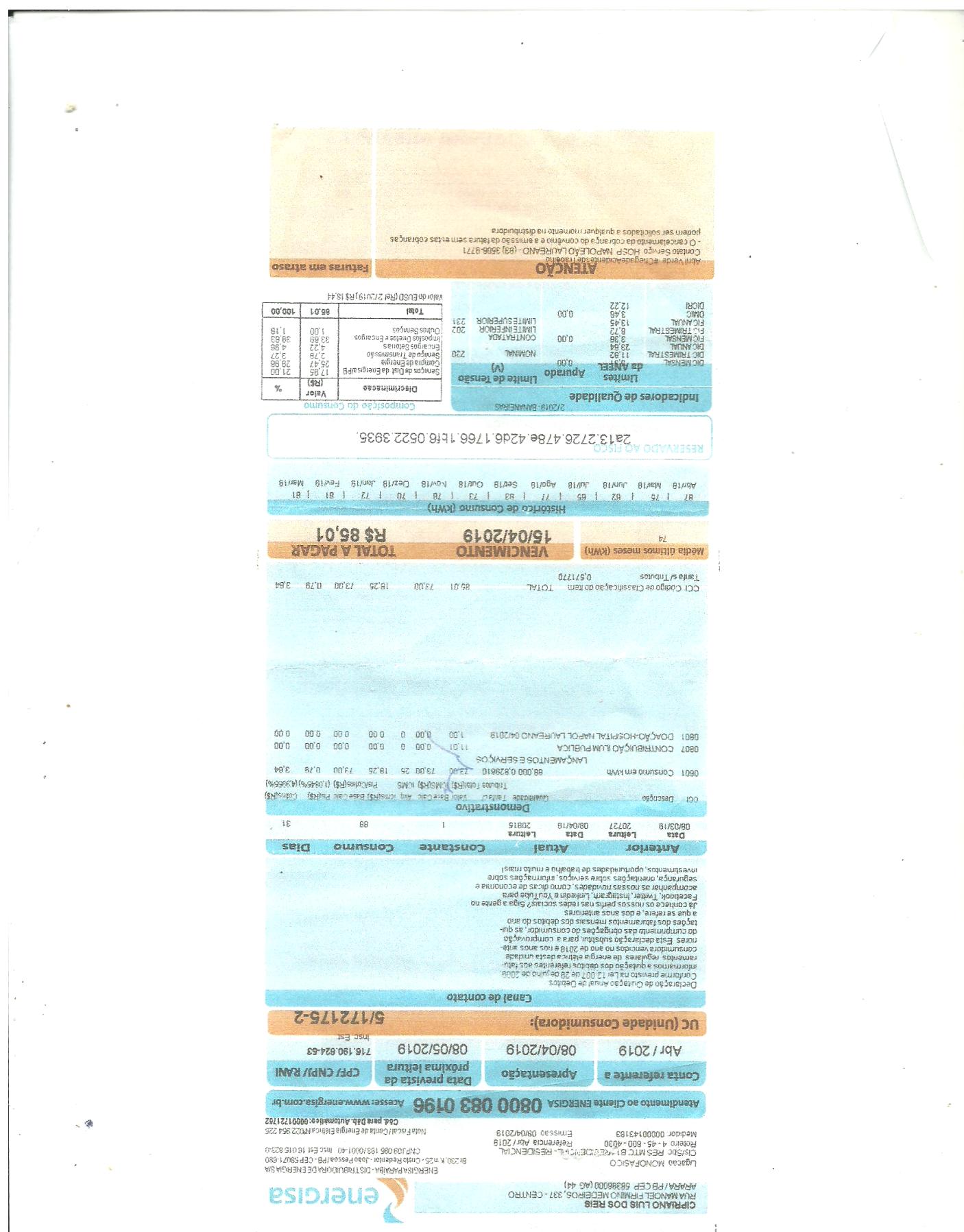
Cobertura: DAMS

Data do Acidente: 05/03/2019

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

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





Assinado eletronicamente por: FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES - 02/12/2019 12:38:54
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912021238543420000025773340>
Número do documento: 1912021238543420000025773340

Núm. 26692078 - Pág. 1

Estamos aqui para Você

Seguradora Lider-DPVAT

Atenciosamente,

solicitada.

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

O prazo para anállise do pedido de indemnización é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pelaseguradora.

recibos originales.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e

Informações que o seu pedido de reembolso de DAMIS foi cadastrado.

SENHOR(a), JOSE HELIO DUARTE REIS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAI

Cobertura: 05/03/2019 Data do Acidente: 05/03/2019

Vítima: JOSE HELIO DURANTE REIS
Número do Pedido: 3190265330

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradigitalder.com.br. Para construir 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 posses com definição auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido de Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

LIDER
seguradora
Administradora do Seguro DPAV



GOVERNO DA PARAÍBA



Segurança e da Defesa Social
2a Superintendência Regional de Polícia Civil
8a Delegacia Geral da Comarca de SOLANA
8a Delegacia de Segurança Social da Comarca de SOLANA
8a Delegacia de Segurança Social da Comarca de SOLANA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019
Ocorrência nº. 215/2019

JOSE HELIO DURANTE REIS, conhido(a) por JOSE HELIO, Identidade nº 022.314.364-26, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: motorista, filha(a) de Francisco Luis Dos Reis E Cecilia Durante Reis, natural de Arara/PB, nascido(a) em 08/07/1976 (42 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Firmo De Medeiros, Nº 337, Centro, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP), a quem lhe foi escarreido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP), tendo como ponto de referência: proximo ao triangulo, na cidade de ARARA/PB, fone(s) para contato: 98656-3017.

1) Natureza do Fato: 05 de maio de 2019;
2) Data do Fato: 05 de maio de 2019;
3) Horário do Fato: 15h:00min;
4) Local do Fato: Sítio Figueira, zona rural de Solane/PB;
5) Unidaddes(s) de Sálida para a(s) qual(is) da(s) acidentado(a) foi encaminhado(a): Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa/PB;
6) O comunicante/vítima conduzia o veículo SIM;
7) Seu(s) da(s) comunicante(a) conduziu o veículo SIM;
8) O veículo do(a) comunicante encontrava-se em dia com sua obrigação tributarista SIM;

6) Descrição do(s) veiculo(s) envolvido(s) no acidente:
7) Testemunha(s) do fato/accidente:
8) FRANCISCO DE ASSIS, residente Rua Cosme Arceimo, nº 29, Centro, Arara/PB
9) BGSCL19Z0B167793, licenciado no nome de CIPRANO LUIS DOS REIS.
GM/CORSA MILLENIUM, COR PRATA, ANO/MOD 2002/2002, PLACA DES 4959/SP, CHASSI
9BGSCL19Z0B167793, licenciado no nome de CIPRANO LUIS DOS REIS.
8) Breve resumo do fato:
Narra o comunicante que viajou conduzindo o veículo acima descrito e veio a "capotar" várias vezes. Informa filigreia, zona rural de Solane/PB, quando perdeu o controle e deslizava muito.

Este boletim servirá para fins de DPVAT
Nada mais a consignar, fico a achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) notilante, e por mim, escrivão(a) que digitei.

JOSE HELIO DURANTE REIS

Comunicante

Escrivão(Agente)

Matrícula nº 168.610-1

SAMU 192
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLANEA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA
 SAMU 192
 Declaro para os devidos fins que foi prestado ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR pelo
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA DO MUNICÍPIO DE SOLANEA-PB, à
 vítima Joice Andrade Júnior Ribeiro RG 54805333 na cidade de Portador do RG 54805333
 Sefazaria - Sitio Fluminense e transferido para o
 Complexo Hospitalar da Mangabeira na cidade de Joaçaba Litorânea
 no dia 05 / 03 / 2019
 Vânia Cândido da Silva
 Enfermeira
 COREN-PB 287.296

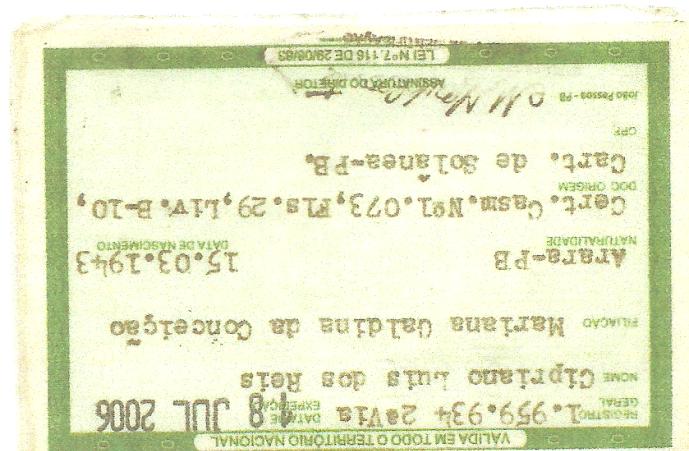
DECLARAÇÃO

SAMU 192
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLANEA
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA
 SAMU 192



DENTRIFÍCAGO / OCORRÊNCIA		FICHA DE REGULAGÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB:	
<p>65</p> <p>192 SAMU</p> <p>ESTADO DA PARÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS</p> <p>Rua Afonso Pessoa de Lima, 346 - Centro - Solânea-PB - CEP: 58.225-000</p> <p>Fone: (83) 3363-2859</p> <p>celular: 03.19 2369932</p> <p>Nome: Francisco Gomes</p> <p>Sexo: Masc. Form.</p> <p>Idade: 43</p> <p>País/Inte./Usuário</p> <p>Documento nº</p>		<p>Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU</p> <p>TIPO DE REGULAGÃO / NATURÉZA DA OCORRÊNCIA</p> <p>TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINÉCO-OBSTÉTRICO</p> <p>TRANFERÊNCIA PROCEDENTE DO: <input type="checkbox"/></p> <p>OUTRO: <input type="checkbox"/></p> <p>CINEMATICA: <i>Capotamento</i></p> <p>VACINAS: <input type="checkbox"/></p> <p>MEDICAMENTOS: <input type="checkbox"/></p> <p>PATOLOGIA (S): <input type="checkbox"/></p> <p>ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: <input type="checkbox"/></p> <p>EXAME FÍSICO: <input type="checkbox"/></p> <p>PALEO/ <input type="checkbox"/> CIANOTICO/ <input type="checkbox"/> ICTERICO/ <input type="checkbox"/> SUDOREICO/ <input type="checkbox"/> PELÉ FRIA <input type="checkbox"/></p> <p>LUXAGÃO/ <input type="checkbox"/> FRACTURA/ <input type="checkbox"/> PCR/ <input type="checkbox"/> FAB/ <input type="checkbox"/> FAF/ <input type="checkbox"/> ARGAMENTO <input type="checkbox"/></p> <p>ATROPELAMENTO/ <input type="checkbox"/> QUIMIADURA/ <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO <input type="checkbox"/></p> <p>PELE UMDA/ <input type="checkbox"/> ISOCRICO/ <input type="checkbox"/> ANISOCRICO/ <input type="checkbox"/> MÍOTICO <input type="checkbox"/></p> <p>DESEABAMENTO OU SOTERRAMENTO/ <input type="checkbox"/> QUEDA DA PROPRIA ALTURA <input type="checkbox"/></p> <p>DOOR LOCAL <input type="checkbox"/></p> <p>QUEBRA MOTO/ <input type="checkbox"/> QUEBRA ALTURA <input type="checkbox"/></p> <p>DISPNEIA/ <input type="checkbox"/> TAGUINÉIA/ <input type="checkbox"/> HEMATOMESE/ <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/></p> <p>DESPERADAMENTE: <input type="checkbox"/></p> <p>TIPO DE FERIMENTO E LOCAL</p>	
<p>TIPO DE REGULAGÃO / NATURÉZA DA OCORRÊNCIA</p> <p>TRAGA <input type="checkbox"/> FRAQUEZA <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ENTORSE <input type="checkbox"/></p> <p>TCF/ <input type="checkbox"/> TRM/ <input type="checkbox"/> FRACTURA/ <input type="checkbox"/> CONUTUSÃO/ <input type="checkbox"/> ENTORSE <input type="checkbox"/></p> <p>EXAME FÍSICO: <input type="checkbox"/></p> <p>PALEO/ <input type="checkbox"/> CIANOTICO/ <input type="checkbox"/> ICTERICO/ <input type="checkbox"/> SUDOREICO/ <input type="checkbox"/> PELÉ FRIA <input type="checkbox"/></p> <p>LUXAGÃO/ <input type="checkbox"/> FRACTURA/ <input type="checkbox"/> PCR/ <input type="checkbox"/> FAB/ <input type="checkbox"/> FAF/ <input type="checkbox"/> ARGAMENTO <input type="checkbox"/></p> <p>ATROPELAMENTO/ <input type="checkbox"/> QUIMIADURA/ <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO <input type="checkbox"/></p> <p>PELE UMDA/ <input type="checkbox"/> ISOCRICO/ <input type="checkbox"/> ANISOCRICO/ <input type="checkbox"/> MÍOTICO <input type="checkbox"/></p> <p>DESEABAMENTO OU SOTERRAMENTO/ <input type="checkbox"/> QUEDA DA PROPRIA ALTURA <input type="checkbox"/></p> <p>DOOR LOCAL <input type="checkbox"/></p> <p>QUEBRA MOTO/ <input type="checkbox"/> QUEBRA ALTURA <input type="checkbox"/></p> <p>DISPNEIA/ <input type="checkbox"/> TAGUINÉIA/ <input type="checkbox"/> HEMATOMESE/ <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/></p> <p>DESPERADAMENTE: <input type="checkbox"/></p> <p>TIPO DE FERIMENTO E LOCAL</p>			
<p>DAOS VITAI</p> <p>Local: <i>Chapada - MG</i></p> <p>Função: <i>Médico</i></p> <p>Responsável: <i>Dr. Celso Lúcio de Oliveira</i></p> <p>VAA: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstruída RESPIRAÇÃO: <input type="checkbox"/> >30ipm <input type="checkbox"/> <30ipm PERFUSÃO CAPILAR: <input type="checkbox"/> Retardada <input type="checkbox"/> Normal PAS: <input type="checkbox"/> >90mm Hg</p> <p><90mm Hg PA: <i>100/100</i> PO: <i>92</i> FR: <i>18</i> TEMPERATURA: <i>37,5</i> GLICEMIA: <i>116</i> F. Coma: <i>15</i></p> <p>EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM <i>FC: 134 bpm</i></p> <p>ENFERMEIRO <i>Jayson</i> COREN: <i>553681</i> TÉCNICO DE ENFERMAGEM <i>Jayson</i> COREN: <i>553681</i> SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): <i>Médico (VISTO)</i> CONDUTOR <i>Jayson</i> COREN: <i>553681</i> RECUSA</p> <p>IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)</p>			





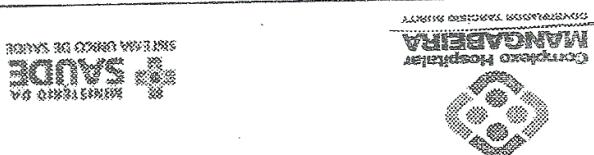
LAVADO PARA SOLICITAGAO/AUTORIZAGAO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
SUS Sistema Único de Saúde		1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	
Ministério da Saúde		2 - CNES	
3 - NOME DO PACIENTE		4 - N.º DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - SEXO		8 - TELEFONE DE CONTATO	
9 - CELULAR (PRAIA, N.º BARRA)		10 - ENDERECO (PRAIA, N.º BARRA)	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	
13 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		14 - QTDE.	
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
17 - QTDE.		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.	
33 - DESCRIÇÃO DO(S) PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)		34 - CID-10 PRINCIPAL	
35 - CID-10 SECUNDÁRIO		36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
37 - OBSERVAÇÕES		38 - NOME DE PROFISSIONAL SOLICITANTE	
39 - CNIS () CPF		40 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
41 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CÓD. ORGÃO EMISOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)		50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			
52 - CNES			



LAVADO PARA SOLICITAGAO/AUTORIZAGAO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	
DENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO PACIENTE	4 - N° DO PROTOCOLO
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - NOME DA MAE OU RESPONSÁVEL
7 - SEXO	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - TELEFONE DE CONTACTO	10 - ENDERECO (RUA, N°, BARRA)
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	12 - CÓD. IBGE MUNICIPAL - 13 - UF - 14 - CEP
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
17 - QTD.	18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTD.
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
23 - QTD.	24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTD.
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
29 - QTD.	30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTD.
USUÁRIO (S) / PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)	
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	34 - CID-10 PRINCIPAL
35 - CID-10 SECUNDÁRIO	36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS
37 - OBSERVAÇÕES	
SOLICITACAO	
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	39 - DATA DA SOLICITACAO
40 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
42 - ASSINATURA E CRIMB (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	49 - NOME DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
AUTORIZACAO	
50 - PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APAC	51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE
52 - CNES	

CONTRAN		DENATRAN	
PL. 0405194959-4 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA 1 02778329720		Nº 014887480012 EXERCÍCIO 2018	
CIPRIANO LUIZ DOS REIS			
NOME: *****			
02071619062453		PLACA DES4959	
PLACA ANT. 04/2018		CHASSI DES4959/SP 9B6SC19Z02B167793	
ESPECIE TIPO PAS/AUTOMÓVEL		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO GM/CORSA MILÉNIUM		ANO FAB. / ANO MOD. 2002 / 2002	
CATEGORIA PARTIU		COR PREDOMINANTE PRATA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA 10/12/2018	
P FADA / FVA		PARCELAMENTO / COTAS 2, *****/*****	
A 1495150, - COD. MUN. 1000-4		3, *****/*****	
DPVAT PAGO		DATA DE PAGAMENTO	
- OBSERVAÇÕES			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR			
SAC DPVAT 0800 022 1204		EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 30/11/2018	
VA 1 02778329720		PLACA DES4959	
RENAVAM		Nº CHASSI 9B6SC19Z02B167793	
ANO FAB. 2002		FABRICANTE	
FABR. 01		ANO FAB. 2002	
PRÉMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
FNS (R\$) 28,66		DEPARTAN (R\$) 3,18	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15		CUSTO DO SEGURO (R\$) 31,85	
PAGAMENTO 0,26		TOTAL (R\$) 65,10	
VER. INFORMATIVO, CASO LESTO		DATA DE OUTRAÇÃO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		CNPJ 06.245.696/0001-04	
SEM RESERVA* CMT=002, QDT PBT=000, 00			
SÃO PAULO 30/11/2018 DATA			
Maxwell Borges de Moura Vieira 22557773			
Dir. Presidente do Denatran/SP			





CRM/PB 4516
Medica
CRM/PB 4516
CARIOLOGIA
Dr. Fabiana Fernandes de Araújo
João Pessoa, 12 de julho de 2019

certidão.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assinado a presente
com alta médica dia 08/03/2019.
exposta do anelarço esquerda. Realizado procedimento cirúrgico no dia 05/03/2019
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura
de capotamento, apresentando trauma em membro superior esquerdo.
HELIODURARTE REIS requerente que foi atendido dia 05/03/2019 às 20h05min, vítima
Ambulatório N°210586 e prontuário 2019.03.0496 pertencentes ao paciente JOSE
Hospital Manoel da Cunha Barreto, certifício a constatação de Ficha
procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo
Atendendo solicitação de JOSE HELODURARTE REIS e acordo com buscas

Nº. 1086/2019

CERTIDÃO



58056-384 JCAO PESSOA, Nome: (83) 3214-1980
RECEPÇÃO: GABRIELA DA COSTA SE
FAX: () - CNPJ: Clínica: CIRURGICA
DADOS DO PACIENTE
Nome: JOSE HELIO DURANTE REIS
Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0
NatuzaL: JOAO PESSOA/PB Data NasC.: 08/07/1976 ID: 42 ano(s)
End.: RUA MANOEL FIRMINO DE MENEIRROS, 337 (11) 966884914
Bairro: CENTRO Cidade: ARARA UF : PB
MaE: CECILIA DURANTE REIS
Pai: CIPRIANO LUIS DOS REIS

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES - 02/12/2019 12:39:01
<http://sic.tjpb.jus.br:80/nic/Processo/ConsultarDocumentos/listView.seam?r=1012021220010200000025772750>

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES - 02/12/2019 12:39:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912021239010390000025773759>

Num. 26692447 - Pág. 1

FECHA DE ADMISIÓN MEDICA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MANAGERIAL
GOVERNADOR TRICÍSIO SÚRTIY



Nome: <i>José da Silva</i>		Registro: <i>123456789</i>	Idade: <i>50</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>Branca</i>	Clima: <i>Quente</i>	CRM: <i>123456789</i>	Relatório de Cirurgia
Data: <i>03/03/2019</i>		1º Assistente: <i>João Batista</i>	2º Assistente: <i>Antônio</i>	3º Assistente: <i>Edson</i>	Instrumentador: <i>Edson</i>	2º Assistente: <i>Edson</i>	Anestesista: <i>Edson</i>	DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO
CID		DIAGNÓSTICO (S) POS-OPERATÓRIO						
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO						
1 () Slim 2 () Não		1 () Sim 2 () Não						
Acidente durante Ato Cirúrgico		Descrição:						
1 () Encimamente do Paciente após Ato Cirúrgico: 2 () Terapia intensiva 3 () Residência 4 () Obito durante o Ato Cirúrgico		1 () Encimamente 2 () Terapia intensiva 3 () Residência 4 () Obito durante o Ato Cirúrgico						
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não						
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não						
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:								



VARA ÚNICA DA COMARCA DE SOLÂNEA

Fórum Adv. Alfredo Pessoa de Lima

Fone/Fax: (83) 3363-3376

Processo número - 0801811-79.2019.8.15.0461
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S): [ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA]
AUTOR: JOSE HELIO DUARTE REIS
Advogado do(a) AUTOR: FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES - PB18453
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Concedo a gratuidade de justiça.

Designe-se data para audiência de conciliação nos moldes do art. 334 do CPC, no Fórum local.

Citação e intimação necessárias, observando o disposto no art. 334, caput e §3º, do CPC.

Solânea-PB, 4 de dezembro de 2019.

Osenival dos Santos Costa
Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: OSENIVAL DOS SANTOS COSTA - 04/12/2019 08:12:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120408124518800000025840688>
Número do documento: 19120408124518800000025840688

Num. 26762519 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba

Vara Única de Solânea

Rua Gov. João Fernandes de Lima, S/N, Centro, SOLÂNEA - PB - CEP: 58225-000

Número do Processo: 0801811-79.2019.8.15.0461

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [Alienação Fiduciária]

Polo ativo: AUTOR: JOSE HELIO DUARTE REIS

Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico autorizado pela Lei que para que surta seus jurídicos e legais efeitos, conforme determinado no despacho nos presentes autos, agendei audiência para o dia 28/09/2020, pelas 10:30 horas. Solicitei intimação das partes. Certifico e dou fé.

SOLÂNEA, 2 de maio de 2020
CARLOS ANTONIO ROCHA BOTELHO JUNIOR

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE SOLÂNEA
Juízo do(a) Vara Única de Solânea
Rua Gov. João Fernandes de Lima, S/N, Centro, SOLÂNEA - PB - CEP: 58225-000
Tel.: () ; e-mail:
Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.1.00

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO PARA AUDIÊNCIA UNA

Nº DO PROCESSO: 0801811-79.2019.8.15.0461

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Alienação Fiduciária]

AUTOR: JOSE HELIO DUARTE REIS

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

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

Endereço: Edifício Citibank **, 24 andar, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

Prezado(a) Senhor(a),

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a)., MM Juiz(a) de Direito deste Vara Única de Solânea, venho, por meio desta, CITAR a parte REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., através de seu representante legal, conforme o caso, por todos os atos do processo acima mencionado, ficando INTIMADA para comparecer neste juízo, no endereço supra, à AUDIÊNCIA UNA (conciliação, instrução e julgamento) designada: **Tipo: Conciliação** Sala: Sala de Audiências 01 Data: 28/09/2020 Hora: 10:30 h, ficando a parte Promovida advertida, desde já, que o não comparecimento importará em REVELIA, reputando-se verdadeiras as alegações da parte autora, e em JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE, consoante art. 20 da Lei nº 9.099/95 e art. 355 do Código de Processo Civil, podendo na oportunidade apresentar resposta, oral ou escrita, e produzir provas documentais ou testemunhais (arts. 32 a 37 da Lei 9.099/95), advertindo-se, ainda, acerca da faculdade de se fazer acompanhar, querendo, por advogado ou, observando-se os requisitos legais, por defensor público, nas causas até vinte salários mínimos, sendo obrigatória a assistência nas causas de valor superior, nos termos do art. 9º da Lei 9.099/95. **Frustrada a conciliação**, o que constará do respectivo termo, prosseguirá a audiência de instrução e julgamento, com a defesa oral ou escrita, decretação ou não de revelia, juntada de documentos, manifestação das partes, resolução de preliminares e incidentes, porventura, arguidos, depoimentos pessoais e testemunhais, quando necessários, nos termos do art. 27 e seguintes da Lei 9.099/95.

SOLÂNEA-PB, em 2 de maio de 2020

De ordem, CARLOS ANTONIO ROCHA BOTELHO JUNIOR

Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A INICIAL E DOCUMENTOS ACESSSE O LINK: <https://pje.tpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" a CHAVE DE ACESSO respectiva, conforme relação abaixo:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	1912021238500380000002577
Scanner_20191202	Procuração	1912021238506440000002577
doc. pessoal	Documento de Identificação	191202123852410000002577
decl. pobreza	Documento de Comprovação	1912021238533130000002577
pro. administrativo	Documento de Comprovação	1912021238538490000002577
comprovante de residencia	Documento de Comprovação	1912021238543420000002577
abertura de pedido de seguro	Outros Documentos	1912021238549870000002577
boletim de ocorrência	Documento de Comprovação	1912021238556590000002577
declaração samu	Documento de Identificação	1912021238562110000002577
certidão samu	Outros Documentos	1912021238567470000002577
doc. proprietário do veiculo (pai do	Documento de Identificação	1912021238573440000002577

autor)		
laudo cirurgico 1 de 2	Outros Documentos	1912021238578690000002577
2 de 2	Outros Documentos	1912021238585250000002577
dut do carro	Documento de Identificação	1912021238591610000002577
laudo médico	Informações Prestadas	1912021238597930000002577
certidao junta medica	Outros Documentos	1912021239003250000002577
Scanner_20191202 (14)	Outros Documentos	1912021239010390000002577
Scanner_20191202 (15)	Outros Documentos	1912021239020750000002577
Scanner_20191202 (16)	Outros Documentos	1912021239029400000002577
Despacho	Despacho	1912040812451880000002584
Certidão	Certidão	2005022052121170000002913