



Número: **0843708-94.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/09/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MASSILON DO NASCIMENTO SILVA (AUTOR)		KLEBERT MARQUES DE FRANCA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33936425	03/09/2020 10:00	2746560_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10954907

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170246081 ASL-0168323/17
Vítima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 02/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **03/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/12/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00495/00496 - carta_03



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10956985

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170246081 ASL-0168323/17
Vitima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 02/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01639/01640 - carta_01



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2017

Carta nº: 11033889

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro: 3170246081 ASL-0168323/17
Vítima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 02/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00277/00278 - carta_02

00050139



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11107595

A/C: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro: 3170246081 ASL-0168323/17
Vitima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA
Data Acidente: 02/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILMA PAIVA DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MASSILON DO NASCIMENTO SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000735**

Conta: **000000043946-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00099/00100 - carta_15R



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELO BENEFICIÁRIO

Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Marcilene do Nascimento Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 1.573.573 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 05/10/15 E
CPF 040495024-63 / CNPJ _____, PROFISSÃO Pedreiro
E RENDA MENSAL DE R\$ Recuse (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcilene do Nascimento Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 1.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0735 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 43946-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa de Março de 2017 Walter Pessoa de Melo
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0735 - PRAIA DE TAMBÁU, PB

DATA: 03/05/2017

TERMINAL: 1005

NSU: 000730

HORA: 11:30:55

AUT.: 0045

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0735/013/00.043.946-9

NOME: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

DEPOSITANTE:

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:



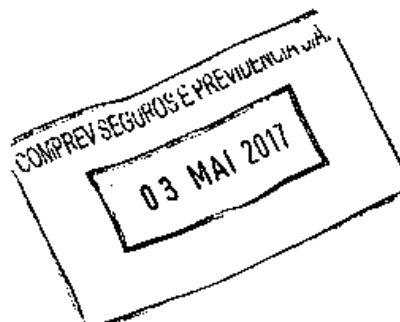
Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

le Via - Via Cliente





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT 0871 - 2016	Responsável pelo Levantamento do Acidente: Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho	Posto/Graduação: SD/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Governador Flavio Ribeiro Coutinho/Manoel Arruda Cavalcanti	Hora 10:15	Bairro Manaira
Município: João Pessoa	UF PB	
Data/Ocorrência 02/12/2016	Dia da Semana Sexta-Feira	C/S Vítima (QT) Com
Natureza do Acidente Abalroamento	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca
Tempo Bom		
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos	Controle do tráfego no local Cruzamento Com Semaforo	

CONDUTOR 01

Nome Arligio Batista de Sousa	Sexo Masculino	Nascimento 05/09/1961	RG 707011
Endereço Av. Manoel Moraes, 565, Apto.103, Manaira, João Pessoa PB – Tel.(083)99841-7045			
1ª Habilitação 28/09/1987	Categoria AE	Registro CNH N.º 01999069417	U.F. PB
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 16/07/2018	Usava cinto -	Usava Capacete Sim
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Permaneceu no Local		

VEÍCULO 01

Marca Honda	Espécie Motocicleta	Placa NPU-8258	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Juberlando Martins da Silva					
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012030798403	Renavan Nº 00164251252	Data da Emissão 18/08/2015		
Defeitos Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Trafegava na Via A pela faixa da esquerda sentido Ipês/Praia, quando ao passar pelo cruzamento com o semáforo verde se deparou com o V2 atravessando a Via, momento que freou sem conseguir livrar-se do impacto.

CONDUTOR 02

Nome Massilon do Nascimento Silva	Sexo Masculino	Nascimento 29/02/1972	RG 15738732
Endereço R. Agricola Montenegro, 52, Miramar, João Pessoa PB – Tel.(083)98885-9188			
1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.
Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Socorrido ao Hospital		

VEÍCULO 02

Marca Bicicleta	Espécie Bicicleta	Placa	Categoria
Nome do Proprietário			
Seguradora DPVAT	Bilhete Nº	Renavan Nº	Data da Emissão
Defeitos Nada constatado			

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor foi ouvido na sala do Setor de BOAT do BPTRAN no dia 05/01/2017 as 12:00 e que declarou que: Trafegava no sentido Disp Manaira/Bessa, o mesmo estava cruzando a Via , quando o V1 colidiu no V2, o sinal estava amarelo para o V1.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
03/12/2016 23:17
PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA
30.01.17
30.01.17
30.01.17



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0871 - 2016

CONSTATADO

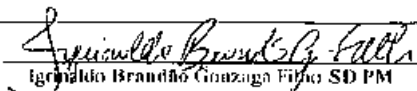
Constatado quando do levantamento que: O impacto se deu na faixa de pedestre, na faixa da esquerda; os semáforos funcionavam normalmente; V1 recolhido ao BPTRAN pelo art.230, V; a bicicleta foi recolhida para complemento de Boletim; o ciclista foi socorrido ao Hospital de Trauma; informa ainda que a guarnição se deslocou ate a Delegacia de Acidente de Trânsito e não foi possível registrar a ocorrência tendo em vista se encontrar fechada.

João Pessoa – PB, 11 de Janeiro de 2016.

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: SUELIO MOREIRA TORRES
Cópia da Comunicação para o Juiz

Em 30 de 01 de 2017

ASSINATURA


Iginaldo Brandão Góes Filho SD PM

Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0871/ 2016

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Flávio Ribeiro Coutinho 13,50metros

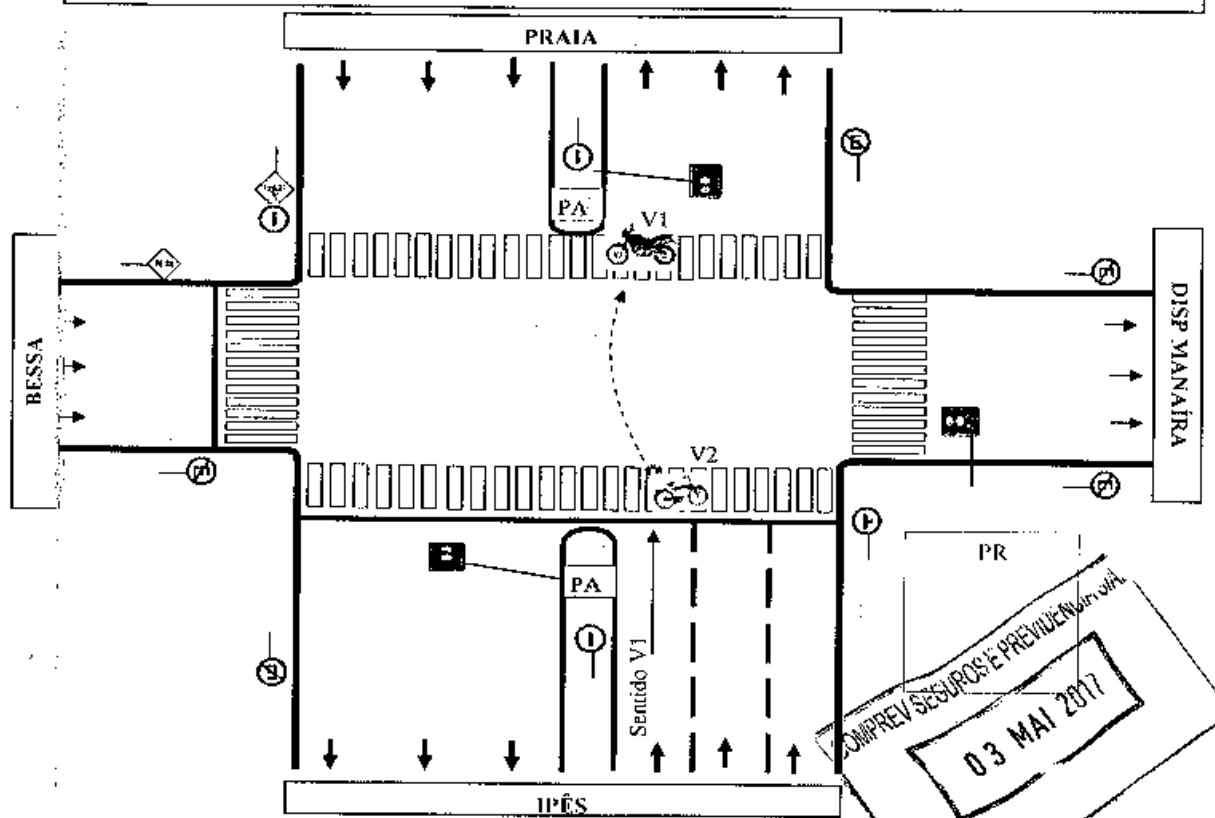
VIA "B" - Rua Manoel Armida Cavalcanti 08,20metros

PR (Ponto de Referência) Manaira Shopping

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 00.10 e Traseiro Esquerdo 00.15 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Esquerdo 05.60 e Traseiro Esquerdo 05.80 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO ORIENTA ESCALA

AVARIAS



V1



V2

ATUALIZAÇÃO DE TRÂNSITO - BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Código

EM 30 1 00 199

ASSINATURA

Ignácio Brandão Gonzaga Filho

Ignácio Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento





**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

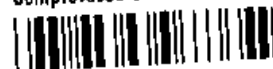
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Avenida Governador Flávio Ribeiro Coutinho, 1777
Bairro Frio - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

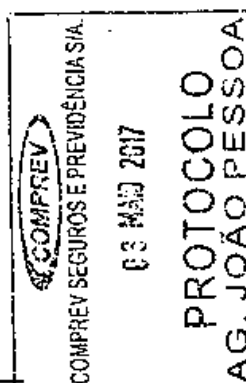
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 703/004, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1521181, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MASSILON DO NASCIMENTO SILVA** idade 45 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Atropelamento), no dia 02/12/2016, na Avenida Governador Flávio Ribeiro Coutinho, Bairro: Manaira - João Pessoa - aproximadamente às 10:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Março de 2017.

SAMU 192 JP
Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREV 5 - Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/06/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA

BANCO: 104

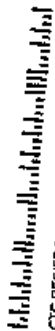
AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000043946-9

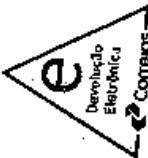
Nr. da Autenticação FC078693B529531E



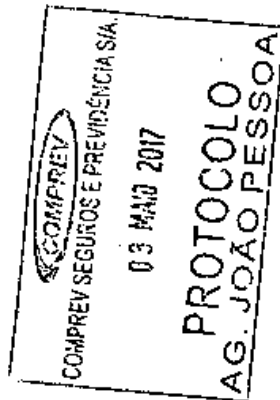
SKY



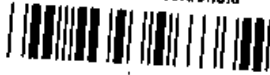
CTC RECIFE PE PL12
WILMA PAIVA DE MELO
R AGRICOLA MONTENEGRO 52
MIRAMAR
58032-210 JOAO PESSOA PB



FATURA DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO
DATA DE EMISSÃO: 21/12/16
VENCIMENTO: 03/01/17



Comprovante de residência



CARTÓRIO CARLOS NEVES

7º Ofício Notarial

Bela, Maria Zeneide Mendonça da Franca
TABELIABela, Mariana Mendonça da Franca Camacho
SUBSTITUTABel. Eduardo Antonio da Gama Camacho
SUBSTITUTO*Comprovante
de
Residência*

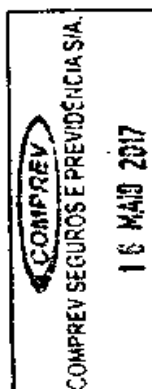
LIVRO: 0568

FOLHA: 193

Comprovante de residência

**PROCURAÇÃO**

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 26 (vinte e seis) dias do mês de abril do ano de 2017 (dois mil e dezessete), neste CARLOS NEVES - 7º OFÍCIO DE NOTAS, situado na Av. Santa Catarina, 67 - Bairro dos Estados - João Pessoa, PB, foi lavrado o presente Instrumento de Procuração Pública em que, perante mim, MARIA ZENEIDE MENDONÇA DA FRANCA - Titular, compareceu como OUTORGANTE MASSILON DO NASCIMENTO SILVA, portador da Cédula de Identidade sob nº 1.573.573 2º VIA SSP/PB e do CPF nº 840.495.024-53, brasileiro, solteiro, pedreiro, residente e domiciliado à Rua Agrícola Montenegro nº 52 - Miramar - João Pessoa-PB; assinando a rogo; NATANAEL CARDOSO DE ALMEIDA, portador da Cédula de Identidade sob nº 2.914.468 SSP/PB e do CPF nº 050.389.024-30, brasileiro, casado, porteiro, residente e domiciliado à Rua Agrícola Montenegro nº 52 - Miramar - João Pessoa-PB; identificado(a) como o(a) próprio(a), à vista dos documentos de identidade apresentados, do que dou fé; perante mim por ele(a) me foi dito que constituía e nomeava sua bastante procuradora a seguradora de veículos: WILMA PAIVA DE MELO, portadora da Cédula de Identidade sob nº 3275709 SSP/PB e do CPF nº 076.370.814-35, brasileira, casada, do lar, residente e domiciliado à Rua Agrícola Montenegro nº 52 - Miramar - João Pessoa-PB; A quem concede amplos poderes especiais para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais e municipais autarquias e quaisquer repartições públicas de Pessoas Jurídicas de direito público ou privado; com a finalidade especial de requerer junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido indenizatório referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo a outorgada poderes para assinar, enviar e receber quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer, podendo ainda para tanto preencher e assinar formulários, documentos de autorização de pagamento de crédito indenizatório de Sinistro DPVAT, dar entrada e apresentar documentos exigidos, assinar termos declarações guias, dar e aceitar quitação, formulários em geral, praticando todos os atos que for necessário ao fiel desempenho do cumprimento do presente mandato. Os poderes conferidos relativos à qualificação e identificação do(a) procurador(a), bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo OUTORGANTE, que por estes se responsabiliza. Colhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,01, FEPI - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 18,46, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 4,62, sendo os Emolumentos 92,32, pagos em 26.04.2017. Selo Digital: ABF81760-0R3S. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em-se de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente Procuração, a qual feita e lida sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que DECLAROU SER ANALFABETO e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração não pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. Eu, Simone Soares da Costa (_____), Escrevente Autorizado, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também as assinaturas apostas neste documento. Eu, MARIA ZENEIDE MENDONÇA DA FRANCA, sinallab-Titular do Carlos Neves - 7º Ofício de Notas, subscrevo e assino final.

**PROTOCOLO**Em testemunho da verdade
Tabelião Público do 7º Ofício**CÓPIA**

Av. Santa Catarina, 67 - Bairro dos Estados - João Pessoa / PB - CEP: 58030-071 - Tel.: (83) 3244.1313 / 3023.7725



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0168323/17
natalia.silva.0111
16/05/2017 12:31:43ASL-0168323/17
natalia.silva.0111
16/05/2017 12:31:43

RG nº 9.673.573

data de expedição 05/10/15

Órgão SSP-PB

CPF nº 840.495.024-533

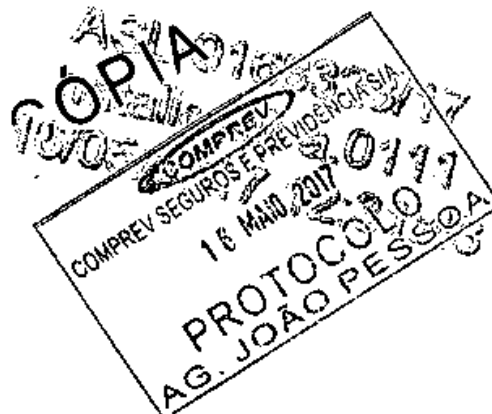
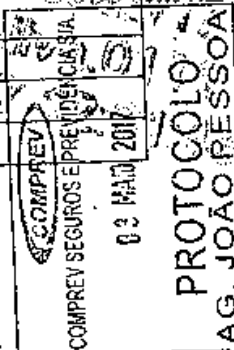
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Agrícola Montenegro
Número	52
Apto / Complemento	
Bairro	Maracan
Cidade	João Pessoa
Estado	Paraíba
CEP	58032-210
Telefone de Contato	(83) 99685-1870
E-mail	123

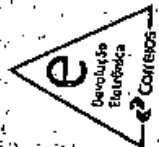
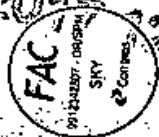
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Assinatura do Declarante:

ASL-0168323/17
natalia.silva.0111
16/05/2017 12:31:43

ASL-0168323/17
natalia.silva.0111
16/05/2017 12:31:43



ASL-0168323/17
natalia.silva.0111
16/05/2017 12:31:43

FATURA DE SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO
DATA DE EMISSÃO: 21/2/16
VENCIMENTO: 03/01/17

ASL-0168323/17
natalia.silva.0111
16/05/2017 12:31:43

CTC RECETE DE PLAZ
WILMA PAIVA DE MELO
R AGRICOLA MONTENEGRO S
MIRAMAPY
38032-210 JOAO PESSOA
16/05/2017 12:31:43



ASL-0168323/17
natalia.silva.0111
16/05/2017 12:31:43

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
16 MAI 2017
PROTOCOLO
RAG. JOAO PESSOA

CÓPIA

SKY

ASL-0168323/17
natalia.silva.0111
16/05/2017 12:31:43

ASL-0168323/17
natalia.silva.0111
16/05/2017 12:31:43

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA
16 MAI 2017



CARTÓRIO CARLOS NEVES

7º Ofício Notarial

Bela. Maria Zeneide Mendonça da Franca
TABELIABela. Mariana Mendonça da Franca Camacho
SUBSTITUTABel. Eduardo Antonio da Gama Camacho
SUBSTITUTOAutorização
de
Pagamento

LIVRO: 0568

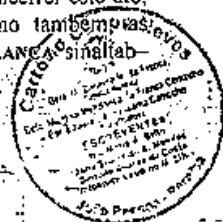
FOLHA: 193

PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 26 (vinte e seis) dias do mês de abril do ano de 2017 (dois mil e dezessete), neste **CARLOS NEVES - 7º OFÍCIO DE NOTAS**, situado na Av. Santa Catarina, 67 - Bairro dos Estados - João Pessoa, PB, foi lavrado o presente Instrumento de Procuração Pública em que, perante mim, **MARIA ZENEIDE MENDONÇA DA FRANCA - Titular**, compareceu como **OUTORGANTE MASSILON DO NASCIMENTO SILVA**, portador da Cédula de Identidade sob nº 1.573.573 2º VIA SSP/PB e do CPF nº 840.495.024-53, brasileiro, solteiro, pedreiro, residente e domiciliado à Rua Agrícola Montenegro nº 52 - Miramar - João Pessoa-PB; assinando a rogo, **NATANAEL CARDOSO DE ALMEIDA**, portador da Cédula de Identidade sob nº 2.914.468 SSP/PB e do CPF nº 050.389.024-30, brasileiro, casado, porteiro, residente e domiciliado à Rua Agrícola Montenegro nº 52 - Miramar - João Pessoa-PB; identificado(a) como o(a) próprio(a), à vista dos documentos de identidade apresentados, do que dou fé; perante mim por ele(a) me foi dito que constituía e nomeava sua bastante procuradora a seguradora de veículos: **WILMA PAIVA DE MELO**, portadora da Cédula de Identidade sob nº 3275709 SSP/PB e do CPF nº 076.370.814-35, brasileira, casada, do lar, residente e domiciliado à Rua Agrícola Montenegro nº 52 - Miramar - João Pessoa-PB; A quem concede amplos poderes especiais para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais e municipais autarquias e quaisquer repartições públicas de Pessoas Jurídicas de direito público ou privado; com a finalidade especial de requerer junto a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido indenizatório referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo a outorgada poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer, podendo ainda para tanto preencher e assinar formulários, documentos de autorização de pagamento de crédito indenizatório de Sinistro DPVAT, dar entrada e apresentar documentos exigidos, assinar termos declarações guias, dar e aceitar quitação, formulários em geral, praticando e assinando tudo mais que for necessário ao fiel desempenho do cumprimento do presente mandato. Os elementos relativos à qualificação e identificação do(a) procurador(a), bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo **OUTORGANTE**, que por estes se responsabiliza. Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais no valor de R\$ 5,01, FEPEJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 18,46, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 4,62, sendo os Emolumentos 92,32, pagos em 26.04.2017. Selo Digital: MPF81760-0R3S. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade, assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente Procuração, a qual feita e lida sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que **DECLAROU SER ANILFABETO** e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Delegadoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração não pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. Eu, Simone Soares da Costa (_____), Escrevente Autorizado, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também as assinaturas apostas neste documento. Eu, **MARIA ZENEIDE MENDONÇA DA FRANCA**, sinalizada Titular do Carlos Neves - 7º Ofício de Notas, subscrevo e assino final.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

16 MAIO 2017

PROTOCOLO
PROCURAÇÃOEm testemunho da verdade
Tabelião Público do 7º Ofício

CÓPIA

Av. Santa Catarina, 67 - Bairro dos Estados - João Pessoa / PB - CEP: 58030-071 - Tel.: (83) 3244.1313 / 3023.7725





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Wilmara Pereira de Melo

RG nº 3275709, expedido por SSP - PB, em

15/05/16, CPF/CNPJ nº 076.370.814-35

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Nassilon

do Nascimento Silva do sinistro de DPVAT da natureza Inalidez

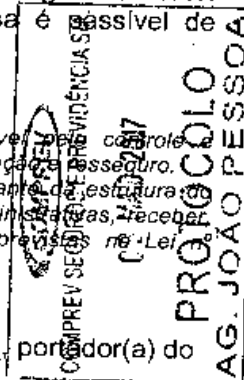
da vítima Nassilon do Nascimento Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recuso Renda Mensal: R\$ Recuso

Documentos comprobatórios: Não possui

Wilmara Pereira de Melo
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MASSILON DO NASCIMENTO SILVA** Sinistro: **3170246081** Data: **02/12/2016**
Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Agrícola Montenegro, 52 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58032-210**
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **1573573**
Data local do exame: [**30/05/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura plateau tibial ESQ. PCT entra claudicando no consultório (à ESQ). Não há alterações no exame físico do MID. No MIE presença de duas cicatrizes cirúrgicas no joelho ESQ (medial e lateral) para via de acesso ao plateau tibial, discreto varismo no MIE (fisiológico?).

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Paciente tem déficit da ADM do joelho ESQ, com déficit da extensão de -5º e só consegue realizar flexão de 90º no joelho ESQ. MID: NDN. Ainda está em seguimento ambulatorial com o colega ortopedista. Não está realizando fisioterapia.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Déficit da Amplitude de Movimento do joelho ESQ (conforme descrito acima) e claudicação no MIE.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente

decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho ESQ

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Não portava exames de imagens. Diagnóstico baseado na descrição obtida a partir do prontuário médico.

Jocemir Paulino da Silva Junior - CRM: 6979 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/09/2020 10:00:51

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090310005140000000032465678

Número do documento: 20090310005140000000032465678

Num. 33936425 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170246081 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 02/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de tíbia esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170246081 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MASSILON DO NASCIMENTO SILVA **Data do acidente:** 02/12/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura plateau tibial ESQ.

Descrição do exame médico pericial: PCt entra claudicando no consultório (à ESQ). Não há alterações no exame físico do MID. No MIE presença de duas cicatrizes cirúrgicas no joelho ESQ (medial e lateral) para via de acesso ao plateau tibial, discreto varismo no MIE (fisiológico?).
Paciente tem déficit da ADM do joelho ESQ, com déficit da extensão de -5º e só consegue realizar flexão de 90º no joelho ESQ. MID: NDN.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico.
Mantém seguimento ambulatorial com ortopedista. Não está realizando fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/05/2017

Conduta mantida:

Observações: Não portava exames de imagens. Diagnóstico baseado na descrição obtida a partir do prontuário médico.
Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Jocemir Paulino da Silva Junior

CRM do médico: 6979

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Bela. Maria Zeneide Mendonça da Franca
TABELIÃBela. Mariana Mendonça da Franca Camacho
SUBSTITUTABel. Eduardo Antonio da Gama Camacho
SUBSTITUTO

LIVRO: 0568

FOLHA: 193

Procuração



PROCURAÇÃO

SAIBAM quantos esta Pública Procuração virem que aos 26 (vinte e seis) dias do mês de abril do ano de 2017 (dois mil e dezessete), neste **CARLOS NEVES - 7º OFÍCIO DE NOTAS**, situado na Av. Santa Catarina, 67 - Bairro dos Estados - João Pessoa, PB, foi lavrado o presente **Instrumento de Procuração Pública** em que, perante mim, **MARIA ZENEIDE MENDONÇA DA FRANCA - Titular**, compareceu como **OUTORGANTE MASSILON DO NASCIMENTO SILVA**, portador da Cédula de Identidade sob nº 1.573.573 2º VIA SSP/PB e do CPF nº 840.495.024-53, brasileiro, solteiro, pedreiro, residente e domiciliado à Rua Agrícola Montenegro nº 52 - Miramar - João Pessoa-PB; assinando a rogo; **NATANAEL CARDOSO DE ALMEIDA**, portador da Cédula de Identidade sob nº 2.914.468 SSP/PB e do CPF nº 050.389.024-30, brasileiro, casado, porteiro, residente e domiciliado à Rua Agrícola Montenegro nº 52 - Miramar - João Pessoa-PB; identificado(a) como o(a) próprio(a), à vista dos documentos de identidade apresentados, do que dou fé; perante mim por ele(a) me foi dito que constituía e nomeava sua bastante procuradora a seguradora de veículos: **WILMA PAIVA DE MELO**, portadora da Cédula de Identidade sob nº 3275709 SSP/PB e do CPF nº 076.370.814-35, brasileira, casada, do lar, residente e domiciliado à Rua Agrícola Montenegro nº 52 - Miramar - João Pessoa-PB; A quem concede amplos poderes especiais para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais e municipais autarquias e quaisquer repartições públicas de Pessoas Jurídicas de direito público ou privado, com a finalidade especial de requerer junto a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciados, a fim de encaminhar o pedido indenizatório referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo a outorgada poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer, podendo ainda para tanto preencher e assinar formulários, documentos de autorização de pagamento de crédito indenizatório de Sinistro DPVAT, dar entrada e apresentar documentos exigidos, assinar termos declarações guias, dar e aceitar quitação, formulários em geral, praticando e assinando tudo mais que for necessário ao fiel desempenho do cumprimento do presente mandato. Os elementos relativos à qualificação e identificação do(a) procurador(a), bem como o objeto do presente mandato foram fornecidos e conferidos pelo **OUTORGANTE**, que por estes se responsabiliza. Recolhidas as Taxas FARPEN - Fundo de Amparo ao Registrador de Pessoas Naturais, no valor de R\$ 5,01, FEPJ - Fundo Especial do Poder Judiciário, no valor de R\$ 18,46, ISS - Imposto Sobre Serviço, no valor de R\$ 4,62, sendo os Emolumentos 92,32, pagos em 26.04.2017 e Selo Digital: AEF81760-0R3S. Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>. Em fé de verdade assim o disse e outorgou, sendo lavrada a presente **Procuração**, a qual feita e lida sendo lida, em alta e clara voz, achou-a conforme, outorgando, devidamente identificado conforme documentos apresentados, que aceita e assina a presente, a rogo do outorgante que **DECLAROU SER ANALFABETO** e deixou a impressão digital do seu polegar direito à margem deste instrumento, sendo dispensadas a presença e a assinatura de testemunhas, de acordo com o Provimento da Corregedoria Geral da Justiça do Estado da Paraíba. A presente procuração não pode ser substabelecida. Os referidos poderes são concedidos por prazo indeterminado. Eu, Simone Soares da Costa (_____), Escrevente Autorizado, lavrei, rubriquei e encerrei este ato, conferindo toda a documentação necessária para sua devida efetivação, como também as assinaturas apostas neste documento. Eu, **MARIA ZENEIDE MENDONÇA DA FRANCA**, titular do **Cartório Carlos Neves - 7º Ofício de Notas**, subscrevo e assino final.

Em testemunho da verdade
Tabelião Público do 7º Ofício



Av. Santa Catarina, 67 - Bairro dos Estados - João Pessoa / PB - CEP: 58030-071 - Tel.: (83) 3244.1313 / 3023.7725

