



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE

Nome: Eduardo Silva de Souza, Nacionalidade: brasileiro,  
Estado Civil: Solteiro, Profissão: , CPF nº: 701.760.594-23,  
RG nº: 4.026.941-2, Endereço: Rua Ambrozina dos Carmos, 20  
Bairro: Areal, Cidade: Mamanguape, Estado: PB, CEP: 58280-000

**OUTORGADOS:** CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB nº 14.463 e OAB/RN 905- A, e VITOR CAVALCANTE DE SOUZA VALERIO, brasileiro, casado, advogado - OAB/PB nº 15.027 e OAB/RN 901- A, SÓCIOS do Escritório CAVALCANTE & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, Sociedades de Advogados, inscrito no CNPJ sob n.º 14.719.128/0001-14, e também na qualidade de associados à Dra. MARIA DO SOCORRO H. LEITE - OAB/PB n.º 11.708, CLAYTON SOUZA DO ESPIRITO SANTO, OAB/PB 11.327-E, todos domiciliados profissionalmente na cidade de João Pessoa/PB, na Rua Otacílio de Albuquerque, nº 22, Torre, João Pessoa/PB. Telefones: (83) 3512-8576/8899-8576.

Os Outorgados obrigam-se a prestar a Outorgante os serviços de advocacia na presente ação.

O Outorgante obriga-se a pagar aos Outorgados, a título de honorários pelos serviços ora contratados **o percentual de 30% (Trinta por cento) do valor recebido ou do valor da causa**, conforme o caso, em qualquer fase do processo (acordo, execução, etc.) em qualquer instância, face aos poderes que a seguir através do **INSTRUMENTO DE PROCURAÇÃO PARTICULAR**, lhe outorga, fica acertado também, que em caso de recurso os honorários serão repactuados, sem prejuízos destes.

### PODERES

Para os quais confere os mais amplos poderes para representá-lo (a) no Foro em geral e ilimitado, com a cláusula "AD-JUDICIA ET AD NEGOCIA ET EXTRA", para, onde com esta se apresentar e se necessário for, tratar dos assuntos referente ao **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, que o OUTORGANTE tem direito, assinando quaisquer documentos, bem como, em qualquer instância ou tribunal, na esfera administrativa, perante as pessoas jurídicas de direito público, privadas e pessoas físicas, agir em defesa dos seus interesses, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras até o final da decisão, usando dos recursos e acompanhando-os em conjunto ou separadamente, independente da ordem de nomeação, podendo, ditos procuradores propor e variar ações, requerer, acordar e discordar, desistir, transigir, firmar compromissos, arrolar testemunhas, substabelecer em todo ou em parte, praticando, enfim, todos e quaisquer atos necessários ao fiel desempenho deste mandato e especialmente para acompanhar junto a Companhia de Seguros competente, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente, DAMS - Despesas com Assistência Médica e Despesas Suplementares), podendo para tanto, dito procurador, dar entrada ao processo de Sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhe poderes para praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, receber e dar quitação em conjunto ou separadamente, receber qualquer numerário mediante alvará de autorização (judicial) junto à Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, confessar, requerer, firmar compromissos, prestar declarações, substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes se assim lhe convier, sendo que dará a tudo o que fizer o referido procurador, por bom, firme e valioso.

**DECLARAÇÃO:** O (a) outorgante(s) DECLARA para todos os fins de direito e sob as penas da lei, nos termos da Lei Federal n. 7115, de 29/08/1983, que não tem condições e recursos suficientes de arcar com as despesas do processo, para defesa de seu direito, sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, prevista no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal e nos termos do Art. 4º da Lei 1060/50.

Mamanguape, 18 de fevereiro de 2016.

Eduardo Silva de Souza  
OUTORGANTE

Matriz: Rua Otacílio de Albuquerque, 22 - Torre - João Pessoa - PB  
83.3512-8576 / 3043-2144  
www.clecirosouzaadv.com.br / clecirosouzaadv@gmail.com

Filial Paraíba: Sapé - Rio Tinto - Baía da Traição - Pocinhos - Planalto - Cajazeiras





Assinado eletronicamente por: CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO - 04/09/2017 17:12:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090417082806000000009339156>  
Número do documento: 17090417082806000000009339156

Num. 9546090 - Pág. 2



UVAIBA sua autenticação  
para garantir este ato.

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eduardo Silva de Souza,  
RG nº 4026941, data de expedição 01/07/2015 Órgão SSBS-PB

CPF nº 301.760.594-23, 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  
terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Ambrozina do Carmo</u>
Número	<u>20</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Areal</u>
Cidade	<u>Mamanguape</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.280-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99156-4959</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Mamanguape, 18.02.2016

Assinatura do Declarante: Eduardo Silva de Souza





# ***RELATÓRIO MÉDICO***



Name: Edmundo S. da M. Souza  
Idade: 26 Sexo: M

Idade: 30 Sexo: M Profissão: \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_ Data atendimento: 07/03/15 Nº BAE: \_\_\_\_\_.

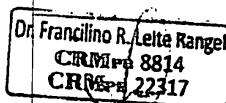
**Exames solicitados e requisitados:** RX  
Electrocardiograma - Ressonância - Sustentáculo

**Tratamento instituído:** metronidazol 250 mg 3x/dia

Outras informações: \_\_\_\_\_

11/06/15  
Data

## Data



**HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE**  
**RUA WALFRIDO DE ALMEIDA S/N - MAMANGUAPE**



Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nr: 741

08/09/2017  
Ortopedico  
07h - Trava nombro  
Exercícios leves  
10h - Parafusos  
Prolongar

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

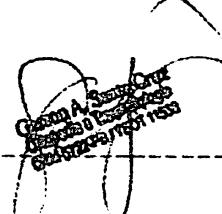
08/09/2017  
CRM : - Tratamento conservador - MJ

AINO

Analges

Alt de entzol

ANOTACOES DA ENFERMAGEM



Qtda : Medicamentos : Dose : Horario : Evolucao

Assinatura da Enfermagem : Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

B03010200  
B03010297

DESTINO DO PACIENTE

Residencia  Transferida  Desistencia  UTI  
 Alta a pedido  Enfermaria  Óbito:  Atestado  SWU  IMI

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS



100  
 COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
 R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
 58000-364 JOAO PESSOA PB  
 Tel: (83)3214-1961  
 Fax: (83)3214-1961 CNPJ: 16.202.434/0001-28  
 Rua: Rua 141102 Alt: Nao Regu.  
 Data: 10/03/2016  
 Hora: 06:31:01  
 Recepcionista: CLAUDENICE GALV  
 Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE  
 Nome: EDUARDO SILVA DE SOUZA Bus. de vezes atendidos: 1  
 RG: 30000-000-00000000 Nasc. Prontuario: 2015-06-000786  
 Série: 0000000000000000 Identidade: 2026341 Fone: 31384959  
 Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 23/10/1994 Id: 20 ano(s)  
 End.: SEGUNDA TRAVESSA AMBROSINA DO CARMO, 20  
 Bairro: AREIAL Cidade: MAMANGUAPE UF: PB  
 Pai: EDVALDO DE SOUZA  
 Mae: MARIA DAS DORES DA SILVA FRANCISCO  
 Ocupação: AUTONOMO  
 INFORMAÇÕES DE ENTALHA  
 Resp.: ESPOSA JANDINETH ALVES  
 Tel/Doc. Responsável: / SEM DOCUMENTO: SD  
 Procedência: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

*EDUARDO SILVA DE SOUZA*

Transporte utilizado: AMBULANCIA  
 Vítima de acidente para: UNICA DE MOTO GUINAS 20:00 MAMANGUAPE  
 Vítima de violência para: NAO  
 I J Caso Policial

FEZ CONSULTA  
 Até:  
 Tipo de Classificação de Risco: AMARELO  
 PA: FR:  Aparentemente Bem /  Grave  
 PC: TP:  Politraumatizado /  Convulsao  
 Peso: Altura:  Hemorragia /  Dispneia  
 Glicemia: IMC:  Diarréia /  Agitado  
 Circ. Abd: O2%:  Regular /  Chocado  
 Vomito  
 Observação  
 Queixa Principal  
 Queda de moto com escoriações por todo corpo  
 com trauma na clavícula esquerda

CONDICÕES DO PACIENTE AO SER

Historia - Exame Físico - (para o atendimento médico, Pfu, feme  
 existem alterações no rosto das lentes. Nao encontro acidente, ferida  
 ferida de dermatoide e náuseas. BSG exame, considerando  
 que é uma queda de moto, não se suspeita de  
 ferida aberta. Tanto em tórax e abdome com facilidade de  
 manutenção de se.  
 Diagnóstico

: Conduta Rx de ferida.  
 : Rx de ferida.  
 : Rx de ferida.  
 : Rx de ferida.

Prescrição  
 Até: 10-03-2016 06:50  
 : Horário da medicação

*EDUARDO SILVA DE SOUZA*





## CERTIDÃO

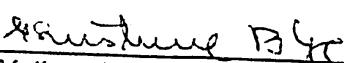
Nº. 2609/2015

Atendendo solicitação de **EDUARDO SILVA DE SOUZA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarciso Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 741102 pertencentes ao requerente que foi atendido no dia 10/03/2015 às 06H31min, vítima queda moto, apresentando trauma em ombro esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de clavícula esquerda. Realizado tratamento conservador.

E para constar eu, Christine Maria de Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão

João Pessoa, 26 de Outubro de 2015

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137





DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
1<sup>ª</sup> SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
7<sup>ª</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE-PB  
Telefone: 3292-2604



Natureza: Esclarecimentos.

### *Certidão nº 1658/2015*

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o livro de Registro de Ocorrência nº 001/2015, nele encontrei a Ocorrência Policial 1658/2015, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos três dias do mês de agosto de 2015, nesta cidade de Mamanguape/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, Dr. MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, comigo Escrivão, do seu cargo, no final declarado e assinado, às 11:00hs, compareceu: EDUARDO SILVA DE SOUZA, Brasileiro (a), natural de Mamanguape/PB, com 20 de anos de idade, em união estável, filho (a) de Edvaldo de Souza e de Maria das Dores da Silva Francisco, RG: 4.026.941 SSP/PB, CPF:, residente na 2<sup>a</sup> Travessa Ambrosina do Carmo, 20, Areal, Mamanguape/PB. FONE: (83). O (a) qual fez o seguinte registro: QUE, no dia 09/03/2015, por volta das 19hs30min, conduzia a motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, cor: vermelha, ano: 2012, placa: NQD 2573/PB, chassi: 9C2KC1670CR485076, CRLV em nome de Edmilson Nascimento da Cunha, quando nas proximidades do Sítio Curralinho, na PB 057, Município de Mamanguape/PB, ao passar sob um buraco na pista de rolamento, perdeu o controle de direção da moto, vindo a cair; Que, foi socorrido para o Hospital Regional de Mamanguape/PB, e em seguida encaminhado para o Complexo Hospitalar Mangabeira em João Pessoa/PB, onde foi submetido a procedimento, sendo diagnosticado fratura da clavícula esquerda. Motivo pelo qual registra a presente. Era que havia para Certificar. Ciente o(a) declarante da implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Mamanguape/PB, 03 de agosto de 2015.

*OM*  
Giovany Ribeiro da Silva  
Escrivão de Polícia  
Mat. 156 606-7

Notificante: Eduardo Silva de Souza

CARTÓRIO BUSTORFF 2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO  
R. Pres. J. Pessoa 47 Mamanguape

**AUTENTICAÇÃO**  
Certifoco que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art.365-III do CPC).  
Mamanguape/PB-19/01/2016  
Selo Digital:ACR24708-DVUS  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpj.jus.br>





SEGURO DPVAT  
PROTÓCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS  
INVALIDEZ PERMANENTE

Vítima: Eduardo Silva de Faria



DOCUMENTOS:

- () Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (autenticado)
- () RG e CPF da vítima
- () Comprovante de residência atual em nome da vítima, se não tiver no nome dele, assinar declaração de residência.
- () Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização com cópia do cartão do banco.
- () Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
- () Laudo do Instituto Médico Legal - IML ou Declaração de inexistência do IML na localidade do evento.
- () Boletim do primeiro atendimento médico hospitalar
- () Relatório médico descrevendo as lesões, documentação médica
- () DUT e Declaração do Proprietário do Veículo

REPRESENTANTE LEGAL - ADVOGADO

- () Procuração original reconhecida a assinatura.
- () Documento de identificação
- () Comprovante de residência
- () Declaração de Procurador Circular - SUSEP

Data: 19/02/2016

Assinatura: Joséane Souza

98729-6504

Brenda Lages  
MBM Filial - PB

Recebido  
19/02/16

Matriz: Rua Otacílio de Albuquerque, 22 - Torre - João Pessoa - PB  
83 3612.8676 / 3043.2144  
www.clecirosouzaadv.com.br / clecirosouzaadv@gmail.com

Filiais Paraíba: Sapé - Rio Tinto - Baía da Traição - Pocinhos - Piancó - Cajazeiras

