

PROCURAÇÃO AD ET EXTRA JUDICIA

OUTORGANTE: JOSÉ AUGUSTO DE LIMA FERREIRA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade Rg nº 3.913.034 SSDS-PB, inscrito no cadastro de pessoas físicas CPF nº 104.989.184-83, residente e domiciliado na Rua Cidade de Campos de Santana 78 casa 80, Bairro das Industrias, João Pessoa-PB, Cep: 58083-545, Telefone: 083-99336-0663/99413-5132.

OUTORGADO:

DR. LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA, BRASILEIRO, ADVOGADO
inscrito(a) na OAB/ PB sob o n.º 15.502, com endereço profissional à
AV. DEP. ODON BEZERRA, nº 184, SALA 368/369, SHOPPING TAMBIA, TAMBIA, na
cidade de JOÃO PESSOA, UF PB.

OUTORGADO:

DR. MARCÍLIO FERREIRA DE MORAIS, BRASILEIRO, ADVOGADO
inscrito(a) na OAB/ PB sob o n.º 17.359, com endereço profissional à
AV. DEP. ODON BEZERRA, nº 184, SALA 368/369, SHOPPING TAMBIA, TAMBIA, na
cidade de JOÃO PESSOA, UF PB.

PODERES: Os mais amplos e ilimitados poderes da cláusula "ad judicium et extra" para o Foro em geral e, especialmente, onde com esta se apresentar, defender, em conjunto ou separadamente, o(a) Outorgante em qualquer ação em que o(a) mesmo(a) seja réu, assistente, oponente ou de qualquer forma interessado(a), podendo propor ações e delas variar ou desistir, transigir, reconvir, fazer acordos, receber e dar quitação, endossar cheques, retirar e levantar alvarás e oferecer todos os recursos em direito admitidos em qualquer instância ou Foro, podendo ainda prestar declarações que julgue sejam necessárias, representando o(a) Outorgante inclusive na área administrativa, voluntária ou contenciosa. Requerer documentos, vista de processos, apresentando recursos ou reclamações, junto às entidades da Administração Pública Direita e Indireta, Autarquias e Fundações (Receitas Federal do Brasil, Estadual e Municipal, INSS, IBAMA, Juntas Comerciais, Cartórios Judiciais, etc.), podendo tudo o mais praticar para o mais completo desempenho do presente mandato, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de poderes. Deixando estipulado nesse documento, contrato de risco com o Outorgante, que **em caso de êxito, serão pagos a título de honorários advocatícios trinta por cento (30%), do valor recuperado**, ou em abatimento das parcelas, em favor do outorgante. Em caso de pagamento de custas pelo outorgado os valores serão descontados do êxito e reembolsados pelo outorgante.

PODERES ESPECIAIS: para **MOVER AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E OU SECURITÁRIA**, podendo autorizar seu procurador (a) supra a **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica** (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15).

JOÃO PESSOA, 21 de SETEMBRO de 20 17.

José Augusto de Lima Ferreira
Assinatura



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, **JOSÉ AUGUSTO DE LIMA FERREIRA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade Rg nº 3.913.034 SSDS-PB, inscrito no cadastro de pessoas físicas CPF nº 104.989.184-83, residente e domiciliado na Rua Cidade de Campos de Santana 78 casa 80, Bairro das Industrias, João Pessoa-PB, Cep: 58083-545, Telefone: 083-99336-0663/99413-5132. **Declaro sob as penas da lei que não tenho condições de arcar com a custa, do processo sem prejuízo do meu sustento e de minha família, por isso requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei nº 1060/50.**

João Pessoa, 22 de SETEMBRO de 2017.

José Augusto de Lima Ferreira





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA,

RG nº 3.913.034, data de expedição 07/10/2016, Órgão SSDS-PB,

CPF nº 104.989.184-83, 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)	<u>RUA CIDADE DE CAMPOS DE SANTANA</u>
Número	<u>78</u>
Apto / Complemento	<u>CASA 80</u>
Bairro	<u>INDÚSTRIAS</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58083-545</u>
Telefone de Contato	<u>83-99336-0663/99413-5132</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 21 DE SETEMBRO DE 2017

Assinatura do Declarante: Jose Augusto de Lima Ferreira



consórcio luiza



SUA CONQUISTA MAIS FELIZ

consorcioluiza.com.br

DESTINATÁRIO



232

MARIA SOLANGE VIEIRA DA SILVA
RUA CIDADE DE CAMPOS DE SANTANA 78 - CASA 80
DAS INDUSTRIAS
58083-545 JOAO PESSOA - PB



consórcio luiza



FIQUE DE BEM COM A VIDA E COM O SEU BOLSO.

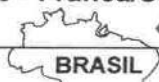
Remetente: Rua Voluntários da Franca, 1311 - Centro - CEP 14400-490 - Franca/SP

PARA USO DO CORREIO

☐ MUDOU-SE
☐ EMPREENDEDOR INDEPENDENTE

☐ NÃO PROCURADO

REINTEGRADO AO



BRASIL

Cor
R\$



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DA COMARCA DE SAPE/PB
TELEFONE: 3283-5949



NATUREZA DA OCORRENCIA: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 525/2016

Aos seis (06) dias do mês de Abril do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Polícia Civil, **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 13:10 hs, compareceu **JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA**, brasileiro, solteiro, natural de Sapé/pB, 23 anos, nascido em 06/12/1992, filho de Severino Barbosa Ferreira e de Aurea Paula de Lima Ferreira, RG. 3.913.034/PB, pintor, ensino fundamental, residente no Sítio Campo Grande, zona rural de Sobrado/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 06/12/2015, por volta das 19:27 hs, estava conduzindo a moto HONDA CG 150 TIATN EX, PLACA OGE-9825/PB, DE COR PRETA, CHASSI 9C2KC1660ER006045, nas imediações da zona rural de Areia Vermelha, quando um veículo lhe trancou e no instante para evitar o pior o noticiante direcionou a moto para a ribanceira, ao cair fraturou a clavícula esquerda, que foi socorrido por populares para o Hospital Sá Andrade em Sapé e após encaminhado ao Hospital de Traumas em João Pessoa. Conforme Laudo MÉDICO em anexo. Diante do exposto notificou o fato. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.


NOTICIANTE



CDI / ORTO

Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 885133

Rx



Identificação do paciente		Nome JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA		Sexo Masculino
Idade 23 anos		Estado civil	Religião	Prontuário
Pai SEVERINO BARBOSA FERREIRA		Responsável (Parentesco) O MESMO		
Fone Móvel 993183685		DDD Fixo	Fone Fixo	
Número documento 3913034		Nº Cns		
Tipo MUNICIPIO		UF PB		
Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R		
Município de residência SOBRADO		UF PB	Logradouro CAMPO GRANDE 2	
Complemento		Bairro SITIO		
Número da pulseira 45051		Convênio SUS		
Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente		
Plano de saúde Não		Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Quem transportou AMB				
Pulso		Temperatura		
Exames complementares				
Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Ultrasonografia []				
CID				
Tempo 03min 19seg				

Imprimir

gram Files (x86)

15/12/15

06/12/2015 21:0





Primeiro Atendimento Médico



45051
JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA BE: 865133
DT. NASC.: 06/12/1992
MAE: AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA

END.: CAMPO GRANDE 2
N. S/N - SITIO
SOBRADO
FONE: ()
CELULAR: (83) 993103685
IDADE: 23
DT. ENTRADA: 06/12/2015 21:00:05

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Queda de moto ao lado de 3hs, usava capacete, nega perda de consciência, náusea e vômitos.
Refere dor intensa em região clavicular esquerda com limitação de movimento.
Sem queixas em outros órgãos ou sistemas.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ PÉRVIAS () OBSTRUÍDAS

AÉREAS CERVICAL IMOBILIZADA: () SIM ☒ NÃO

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ SIM () NÃO

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ SEM DIFICULDADE
() COM DIFICULDADE

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2- RUÍDOS

() SIM
() NÃO
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☒ Normal () Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ☒ Normal () Quente () Fria

PULSO ☒ Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO ☒ Regular () Irregular () Ausente

BULHAS ☒ Normotonéticas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO () Presente () Ausente

BE OU B4 () Sim () Não

FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: flácido, indolor.
Nenhuma estereor.

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espon	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao continuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	15				

FINGI.CC.001-1



Assinado eletronicamente por: MARCILIO FERREIRA DE MORAIS - 14/12/2017 15:31:28

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17121415293200200000011486775

Número do documento: 17121415293200200000011486775



45051 BE.: 985133
JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA
DT. NASC.: 06/12/1992
MAE: AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA



END.: CAMPO GRANDE 2
N. S/N - SÍTIO
SOBRADO
FONE: ()
CELULAR: (03) 993103605
IDADE: 23
DT. ENTRADA: 06/12/2015 21:08:05

AValiação de Enfermagem

B.E.

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: _____

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

EXAME FÍSICO

PA: ____ / ____ mmHg

P: ____ bpm

SpO2: ____

Tax: ____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: ☐ Isocóricas

Tamanho: ☐ Midriase

☐ Anisocóricas

☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☐ Ventilação espontânea

☐ Vias aéreas pervias

☐ Traqueostomia

☐ Respiração rápida

☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa

☐ Suporte ventilatório não invasivo

☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente

☐ Pele fria e úmida

☐ Perfusão tissular satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Perfusão tissular comprometida

☐ Palidez

☐ Outros: _____

Sistema Digestório:

☐ HDA

☐ Uso de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

☐ HDB

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

Outros: _____

☐ Rigidez abdominal

☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria

☐ Hematúria

☐ Oligúria

☐ Poliúria

☐ SVD

☐ Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Câncer

☐ Alergias

☐ Cirurgias

☐ Internações

☐ Outros: _____

Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREN:

USP

F(NG).ENF.022-1



Assinado eletronicamente por: MARCILIO FERREIRA DE MORAIS - 14/12/2017 15:31:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17121415293200200000011486775>

Número do documento: 17121415293200200000011486775



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: JOSE AUGUSTO DE LIMA

BE: 885133

DATA: 21/12/2015 10:13

DATA EXAME: 06.12.15

**RX. CLAVÍCULA ESQUERDA AP
FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.**

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de urgência/emergência.

Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

19

**DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645**





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA
DATA DE NASCIMENTO	06/12/92
NOME DA MÃE	AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	885.133
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	06/12/15
HORA DO ATENDIMENTO	21:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	V 29 + S 42.0.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ENCAMINHADO POR SERVIÇO DE SAÚDE DE SOBRADO, EM USO DE CAPACETE (SIC), COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE CLAVÍCULA ESQUERDA- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADO POR CIR. GERAL + COT + IMOBILIZAÇÃO EM CLAVÍCULA ESQUERDA COM VELPEAU GESSADO.

ALTA HOSPITALAR:	06/12/2015
DATA DA EMISSÃO:	03/02/2016

Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Fazer login](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160273034 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

BENEFICIÁRIO JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

CPF/CNPJ: 10498918483

Posição em 03-01-2017 12:39:48

Pedido de indenização cancelado. Para mais informações procure a seguradora responsável pelo processo.

ACESSIBILIDADE



</Pages/Acessibilidade.aspx>



</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas </Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>

Documentos Invalidez Permanente </Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>

Documento Morte </Pages/Documentacao-Morte.aspx>

Dicas Indispensáveis </Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>

PAGUE SEGURO

Como Pagar </Pages/Pague-Seguro.aspx>

Consulta a Pagamentos Efetuados </Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>

Informações Gerais </Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. </Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>

