

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE(S):

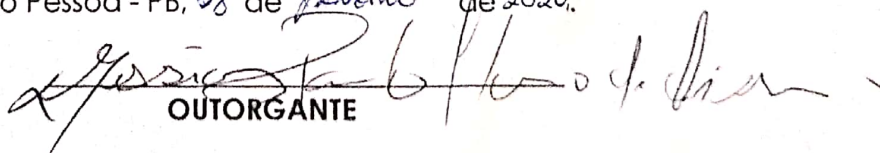
MESSIAS PAULO CLAUDIO DE OLIVEIRA, Brasileiro, solteiro, Auto  
NOME, inscrito no Rb. 2614247, Portador do CPF 037.684.334-98,  
RESIDENTE E DOMICILIADO A Rua Cel. OTTO FEIO DA SILVEIRA DE ADEINOS  
SEN, artificial, João Pessoa - PB

**OUTORGADOS:** RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, Ruy Neves Amaral da Rocha, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 23.263 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "**ad iudicia et extra**", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudo e prontuário médico hospitalar no Hospital de Trauma Sen. Humberto Lucena e no Complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio Burity, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015.**

João Pessoa - PB, 08 de Janeiro de 2020.

  
OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98855-1045 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Scanned by CamScanner



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**PB**

**NOME**  
**MESSIAS PAULO CLARO DE OLIVEIRA**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF**  
**2614247 SSP PB**

**CPF**  
**037.684.334-98**

**DATA NASCIMENTO**  
**29/05/1981**

**FILIAÇÃO**  
**FRANCISCO PAULO DE OLIVEIRA**  
**MARIA HELENA CLARO**

**PERMISSÃO**  
**ACC**  
**CAT. HAB. AD**

**Nº REGISTRO**  
**04625001366**

**VALIDADE**  
**08/02/2024**

**1ª HABILITAÇÃO**  
**27/04/2009**

**OBSERVAÇÕES**  
**EAR;**

**ASSINATURA DO PORTADOR**

**LOCAL**  
**JOAO PESSOA, PB**

**DATA EMISSÃO**  
**12/02/2019**

**ASSINATURA DO EMISSOR**

**41788786041**  
**PB038386151**

**PARAÍBA**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1674139821**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1674139821**

Scanned by CamScanner





# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 036.565.040



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MIRIAM PAULO DE OLIVEIRA  
RUA GAL PEDRO GONCALVES DE MEDEIROS S/N  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/616520-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	30/12/2019	192	08/01/2020	R\$ 126,89

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 07974.840170 1 81280000012689				
Pagador: MIRIAM PAULO DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 076.389.484-24				
RUA GAL PEDRO GONCALVES DE MEDEIROS S/N - OITIZEIRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007974840	000616520201912	08/01/2020	R\$ 126,89	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 14/02/2020 16:31:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021416314078700000027304154>

Número do documento: 20021416314078700000027304154

Num. 28312841 - Pág. 2



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 08706.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08706.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:41 horas do dia 01 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Messias Paulo Claro de Oliveira**, CPF nº 037.684.334-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria Helena Claro e Francisco Paulo de Oliveira, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 29/05/1981 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Pedro Gonçalves de Medeiros, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Novais, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

**Dados do(s) Fatos:**

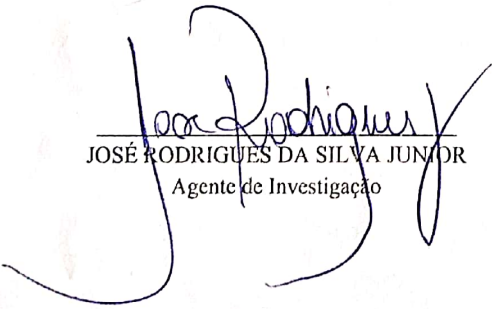
Local: Avenida Centenário, Maternidade Frei Damião, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/10/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

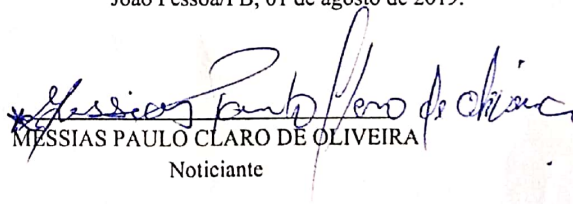
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 09/10/2018, POR VOLTA DAS 22:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA YAMAHA FACTOR DE COR PRETA, ANO 2011, PLACA NQJ-8925/PB, CHASSI 9C6KE1520B0043860, REGISTRADA EM NOME DE MAURICELHA FERREIRA DE LIMA, NA AVENIDA CENTENÁRIO, CRUZ DAS ARMAS, NESTA CAPITAL, QUANDO EM UM DOS CRUZAMENTO DAQUELA AVENIDA, UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU NO CRUZAMENTO E COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.0, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. YURY CORDEIRO.

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

João Pessoa/PB, 01 de agosto de 2019.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
MESSIAS PAULO CLARO DE OLIVEIRA  
Noticiante

Procedimento Policial: 08706.01.2019.1.00.401

1/1

Scanned by CamScanner



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Mauricelha Ferreira de Lima  
RG nº 1716184, data de expedição \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 931423404-59  
com domicílio na cidade de \_\_\_\_\_, no Estado de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Miriam Paulo Claro de Oliveira, cujo o condutor era \_\_\_\_\_  
Veículo: Motocicleta Modelo: yamaha/foctor 160RSK Ano: \_\_\_\_\_  
Placa: NQJ 8925/PB Chassi: 9CGKE 1520B0043860  
Data do Acidente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

Mauricelha Ferreira de Lima  
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor  
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



Scanned by CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013928947574  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 0032817059-3 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME  
MAURICELHA FERREIRA DE LIMA

CPF / CNPJ  
93142340459

PLACA  
NQJ8925/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C6KE1520B0043860

ESPÉCIE TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

MARCA / MODELO  
YAMAHA / FACTOR FBR125 K

ANO FAB. ANO MOD.

CAP / POT / CIL  
2 P/124 /CI

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA  
00/00/0000

VENC. / COTAS

FAIXA LPVA.  
\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS  
0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
15/01/2018

SEGURO

P A G O

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JOAO. PESSOA - PB

DATA 16/01/2018

33294

52006

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013928947574 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 16/01/2018

VIA 1 Cód. RENAVAM 0032817059-3 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

CPF / CNPJ 93142340459 PLACA NQJ8925/PB

MARCA / MODELO YAMAHA / FACTOR FBR125 K

ANO FAB. 2011 CAT. 9

CHASSI 9C6KE1520B0043860

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TITULO A SER PAGADO PELO SEGURADO (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 15/01/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

52006-1539401-20180116



## CERTIDÃO

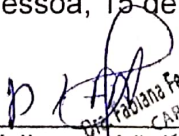
Nº. 0561/2019

Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº171097 e Prontuário nº 2018.10.001356 pertencente ao **MESSIAS PAULO CLARO DE OLIVEIRA** foi atendido dia 09/10/2018 às 23h13min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna. Realizado procedimento cirúrgico no dia 05/11/2018 com alta médica dia 07/11/2018.

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

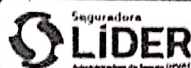
João Pessoa, 15 de abril de 2019

  
Dr. Fabiana Fernandes de Araújo  
CARDIOLOGIA  
CRM-PB 4516  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137

Scanned by CamScanner







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 031.684.334-98 CPF da vítima: 031.684.334-98 Nome completo da vítima: Messias Paulo Claro de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Messias Paulo Claro de Oliveira CPF: 031.684.334-98

Profissão: Ricado Endereço: Rua Gol pedro Gencal/rod.4- Número: 511 Complemento: casa

Bairro: Otiziano Cidade: Jao Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: E-mail: (33) 38855-5075

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1909 CONTA: 048618

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Jao Pessoa 21-08-2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Scanned by CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar 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 pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200022559**

**Vítima: MESSIAS PAULO CLARO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 09/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MESSIAS PAULO CLARO DE OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MESSIAS PAULO CLARO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001909**

Conta: **00000048618-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO SOUTO



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

**ALAN PAULINO CLARO DE OLIVEIRA**

PRONTUÁRIO N°

ALTA

COR

CLÍNICA

*Ortopedia*

ENF.: 07

LEITO: 124

DATA DE ADMISSÃO

08/10/2018

DATA DE ALTA: 07/11/2018

TEMPO DE PERMANÊNCIA

CID

S82.0

*Fratura dos Ossos da Perna*

*O mesmo*

*Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna*

COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO

( ) REMOVIDO

( ) A PEDIDO

( ) CURADO

( )

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução e fixação interna com placa e parafuso. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste complexo para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

ATENÇÃO: Cuidar ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO

Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se ocorrer febre, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ATB + aine + analgésico

RETORNO

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. ANDRÉ RIBEIRO)

Dr. Yuri Cordeiro  
Ortopedia e Traumatologia

CRM: 11507

ASS. MÉDICO / C.R.M.

07/11/2018

DATA

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

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 14/02/2020 16:31:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021416315255000000027304443

Número do documento: 20021416315255000000027304443

Num. 28313280 - Pág. 1





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>M. S. R. Souza</i>		Registro: <i>12345</i>	
Idade: <i>45</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clínica: <i>1</i>
Data: <i>10/02/2020</i>	Cirurgião: <i>Dr. André Ribeiro</i>	EMP: <i>1</i>	LR: <i>1</i>
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>	1º Assistente: <i>Dr. João</i>	Instrumentador: <i>Dr. João</i>
Anestesista: <i></i>	Tipo Anestesia: <i></i>	Horário: <i>1</i>	I: <i></i> T: <i></i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Prostata de 80g de peso</i>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<i>Prostatectomia</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 14/02/2020 16:31:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021416315255000000027304443>

Número do documento: 20021416315255000000027304443

Num. 28313280 - Pág. 2

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

1) Paciente em decúbito dorsal sobre  
curete

**Incisão:**

2) 18x18 cm + 12x18 cm + 12x18 cm de  
curete

3) Terceira curete + 12x18 cm no dorso

**Achados:**

4) 18x18 cm + 12x18 cm + 12x18 cm  
e 12x18 cm 4,5

**Conduta:**

5) Desbridamento com curete + 12x18 cm

6) Sutura por flanco cirúrgico

7) curativo + molécula de 12x18 cm

**Fechamento:**

**OBS:**

Dr. Francisco Tullio  
ORTOPEDIA  
CRM 8554

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 14/02/2020 16:31:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021416315255000000027304443>

Número do documento: 20021416315255000000027304443

Num. 28313280 - Pág. 3





Scanned by CamScanner







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível da Comarca da Capital**

Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR  
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479 - Telejudiciário: (83) 3621-1581

0810234-30.2020.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

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

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

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





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

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

Por fim, considerando que no caso em apreço é necessária a realização de prova pericial, NOMEIO como perito a médico Dr. TIAGO MARTINS FORMIGA, com endereço na Avenida Antônio de Lira, 588, apt. 204, Tambaú, João Pessoa – PB.

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

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

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

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

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

Sendo o caso, encaminhem-se ao perito cópia dos documentos necessários.

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

Cumpra-se na íntegra.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.



**Adriana Barreto Lossio de Souza**

Juíza de Direito







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível da Comarca da Capital**

Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR  
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479 - Telejudiciário: (83) 3621-1581

0810234-30.2020.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

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

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

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



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

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

Por fim, considerando que no caso em apreço é necessária a realização de prova pericial, NOMEIO como perito a médico Dr. TIAGO MARTINS FORMIGA, com endereço na Avenida Antônio de Lira, 588, apt. 204, Tambaú, João Pessoa – PB.

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

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

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

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

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

Sendo o caso, encaminhem-se ao perito cópia dos documentos necessários.

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

Cumpra-se na íntegra.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.





**Adriana Barreto Lossio de Souza**

Juíza de Direito

