

# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** EDILSON SILVA DO NASCIMENTO, Brasileiro, Estado Civil: Casado, Profissão: Aux de Pintor, Portador da Rg: 3851797 SSP-PB, e CPF: 929.843.634-34, Residente e domiciliado (a) ao Logradouro: Rua Wlfr Lemos, nº 154, Bloco, Bairro: Volcan, Cidade: João Pessoa, Estado: Paraíba, CEP: 58.111-78, Telefone: (83) 98726-5996/98789-7475.

**OUTORGADO:** Libni Diego Pereira de Sousa brasileiro (a) estado civil Casado, profissão Advogado, inscrito (a) na OAB/ PB sob o n.º 15502, com endereço comercial a Av. Volcan Bezerra 184 Sala 369 na cidade de João Pessoa, Estado do PB.

**OUTORGADO:** Maurício Ferreira de Moura brasileiro (a) estado civil Solteiro, profissão Advogado, inscrito (a) na OAB/ PB sob o n.º 17359, com endereço comercial a Volcan Bezerra 184 Sala 369/110 Et na cidade de João Pessoa, Estado do 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 conjunta ou separadamente: o Outorgante em qualquer ação em que mesmo seja réu, assistente, oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor ações e delas variar ou desistir, transigir, reconhecer, fazer acordos, receber e dar quitação e oferecer todos os recursos em direito admitidos em qualquer instância ou Foro, podendo ainda prestar declarações que julgue sejam necessárias, representando o 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.

**PODERES ESPECIAIS:** solicitar e retirar: a) cópia autenticada de Laudo de Lesões Corporais junto ao IML - Instituto Médico Legal, b) cópia autenticada de Boletim de Ocorrência junto a Delegacia de Acidentes de Trânsito, Polícia Rodoviária e Polícia Militar, bem como, os poderes para requerer quaisquer outros documentos perante esses órgãos que vierem a ser necessários, e por último, poderes especiais para **MOVER AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E OU SECURITARIA**, podendo autorizar seu procurador(a) supra a requerer os benefícios da Assistência Jurídica Gratuita nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93

João Pessoa 20 de Março de 2017  
Edilson Silva do Nascimento  
 OUTORGANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
EDILSON SILVA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / CRED. EMISSOR UF  
3851797 SSP PE

CPF  
929.943.634-34 DATA NASCIMENTO  
29/07/1973

PLACAO  
EDIVALDO CAVALCANTI DO  
NASCIMENTO  
MARIA DE LOURDES  
PEREIRA DA SILVA

PERMISSAO  
ACC. CAT. NAU. A.B.

Nº REGISTRO  
01296896107

VALIDADEZ  
05/12/2017

1ª HABILITACAO  
04/05/2000

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSAO  
06/12/2012

ASSINATURA DO EMISSOR  
Rodrigo Carvalho  
41066065823  
PB025450956

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
629885264

PROIBIDO PLASTIFICAR  
629885264



**BRASIL**

**Acesso à informação - Barra GovBr**



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **929.843.634-34**

Nome da Pessoa Física: **EDILSON SILVA DO NASCIMENTO**

Data de Nascimento: **29/07/1973**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **01/11/1992**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:32:33** do dia **04/11/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **444F.9B90.1BD2.3FDA**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).  
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)





CTC RECIFE PE JPA PL9  
SIMONE SILVA DO NASCIMENTO  
VILA DO TANQUE 82 CASA  
ILHA DO BISPO  
58011-404 JOAO PESSOA PB



7211050330093720000002489330140316

Titular: **SIMONE SILVA DO NASCIMENTO**  
Cartão: **XXXX.XXXX.XXXX.X107**

Vencimento

23/03/2016

Valor Total R\$

Pagamento Mínimo R\$

## Fatura Mensal

PÁGINA 1/1

**RCHLO**  
RIACHUELO

**MIDWAY**  
FINANCEIRA  
[www.midwayfinanceira.com.br](http://www.midwayfinanceira.com.br)



### Resumo das Despesas - R\$

|                                |        |
|--------------------------------|--------|
| Saldo Anterior                 | 104,83 |
| - Pagamentos/Créditos          | 104,83 |
| + Encargos                     | 0,00   |
| + Despesas/Débitos no Brasil   | 203,54 |
| + Despesas/Débitos no Exterior | 0,00   |
| = Saldo desta Fatura           | 203,54 |

Pague qualquer valor entre o mínimo e o total dessa fatura. Sobre a diferença incidirão os encargos contratuais que serão cobrados na próxima fatura.



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edilson Silva do Nascimento,

RG nº 01236896107, data de expedição 06/12/12, Órgão Detran/PB,

CPF nº 999.843.634-34, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Vila do Tanque</u>               |
| Número                            | <u>82</u>                           |
| Apto / Complemento                | <u>Casa</u>                         |
| Bairro                            | <u>Serra do Bispo</u>               |
| Cidade                            | <u>João Pessoa</u>                  |
| Estado                            | <u>PB</u>                           |
| CEP                               | <u>58011-404</u>                    |
| Telefone de Contato               | <u>(83) 98726-5996 / 98789-7475</u> |
| E-mail                            |                                     |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

João Pessoa, 28/04/2016

Assinatura do Declarante:

Edilson Silva do Nascimento





Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil  
Delegacia Especializada De Acidentes De  
Veículos Da Capital



GOVERNO  
DA PARAÍBA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 00806.01.2016.1.02.202**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00806.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 20 dia(s) do mês de Abril do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX**, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 16:02 horas, compareceu **EDILSON SILVA DO NASCIMENTO**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Auxiliar de pintor automotivo, naturalidade RECIFE, data de nascimento 29 de Julho de 1973, idade 42, filiação Maria de Lourdes Pereira da Silva e Edivaldo Cavalcanti do Nascimento, Documento - CPF: 929.843.634-34, residente Avenida Redenção, 82, Ilha do Bispo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98726-5996

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 03/11/15, por volta das 18:30h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/NXR 150 BROS ESD, cor preta, ano 2005/2006, de placa MNB-3961/PB, chassi nº 9C2KD03106R003577, registrada em nome de Marcos Ronelly Alves Maia, pela Avenida Beira Rio, no sentido praia/centro, ao chegar nas proximidades do Hospital da UNIMED, após atingir um veículo que trafegava à sua frente, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer contusão no ombro direito e perna direita, sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 20 de Abril de 2016

EDILSON SILVA DO NASCIMENTO

Notificante✓

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX

ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.602-3

Procedimento: 00806.01.2016.1.02.202



## DECLARAÇÃO

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
R. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 603/008, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1021438, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **EDILSON SILVA DO NASCIMENTO** idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de moto)** no dia 03/11/2015, na Av. Beira Rio, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 18:30 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, 03 de Março de 2016.

*Jefferson da Rocha Augusto*  
Estatístico  
CREM - Região: 10171

**Jefferson da Rocha Augusto**  
Matrícula: 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





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

## LAUDO MÉDICO

**OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 877426**

**PACIENTE: EDILSON SILVA DO NASCIMENTO**

**DATA DE NASCIMENTO: 29.07.73**

**Data e Hora do Atendimento: 03.11.15**

**Horário: 19:27h**

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor no ombro direito e joelho direito com impotência funcional. Atendido pelo Dr. Wandemberg G. Albuquerque CRM 3374, Dr. Severino Ramos do Nascimento CRM 1595.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: CONTUSÃO NO OMBRO E PERNA DIREITA**  
**CID 10 S 40 0, S 80 9**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do ombro direito AP e Perfil, Rx do joelho direito AP e Perfil que não evidenciou fraturas e tratamento clínico conservador.

**ALTA HOSPITALAR: 03.11.15**

**Data da Emissão: 25.01.16**

Dr. Glender Tércio Trindade  
Auditor / HETSHL  
CRM 3920 - Mat. 29031-9

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

audlau/yt





## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

EDISON SILVA DO NASCIMENTO, Brasileiro, Estado Civil: Casado, Profissão: Aux de Pintor, Portador da RG: 3851797 SSP-PB, e CPF: 929.843.634-34, Residente e domiciliado (a) no Logradouro: Rua 101, 400, nº 101, 400, Bairro: 101, 400, Cidade: João Pessoa, Estado: Paraíba, CEP: 58.211-280, Telefone: (83) 98720-5996/98789-7475. *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 requiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei nº 1060/50.*

*João Pessoa, 04 de Novembro de 2015.*

*Edison Silva do Nascimento*





( / )

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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 3160405205 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** EDILSON SILVA DO NASCIMENTO**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO** Sabemi Seguradora S/A-Matriz II**BENEFICIÁRIO** EDILSON SILVA DO NASCIMENTO**CPF/CNPJ:** 92984363434**Posição em 07-04-2017 09:09:41**

Pedido de indenização cancelado.

## 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)





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**13ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0818094-87.2017.8.15.2001

**DECISÃO**

Vistos, etc.

Considerando que me averbei de suspeito, por questão de foro íntimo, em todos os processos em que se trate de Seguro DPVAT, encaminhe-se o presente feito ao Juiz Substituto designado.

JOÃO PESSOA, 17 de agosto de 2017.

Juiz(a) de Direito



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA  
Juízo do(a) 13ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
Tel.: ( ) ; e-mail:  
Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.1.00

## DESPACHO

**Nº do Processo:** 0818094-87.2017.8.15.2001  
**Classe Processual:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
**Assuntos:** [ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
**AUTOR:** EDILSON SILVA DO NASCIMENTO  
**RÉU:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do **Convênio nº 015/2014-TJ/PB celebrado** entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser apazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA-PB, em 2 de março de 2020

Juiz(a) de Direito

