



### PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Paulo Roberto Lopes Cabral, brasileiro, unido  
em casamento, portador da RG de nº 1.901.991 SSP/PB e do CPF 019.  
479-704-02, residente e domiciliado na Rua São José, 9/N, Zona Rural  
Município de Imaculada - PB, CEP 58.745-000

**OUTORGADA:** **WALDEY LEITE LEANDRO**, brasileiro, casado, ADVOGADO, com Inscrição na OAB-PB no. 13.958, **EVELLYN CHRISTINE DE SOUSA LUCENA**, ADVOGADA, inscrita na OAB-PB sob o número 21.850, **FRANCINILCIA LEITE MELO**, ADVOGADA, inscrita na OAB-PB sob o número 21.754, **EDMAR ARAÚJO**, ADVOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 23.270 e **YURE PEREIRA GOMES**, ADVOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 20.152, todos com escritório profissional a Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos – PB.

**PODERES:** Por este Instrumento Particular de procuração o OUTORGANTE nomeia e constitui seu(a) bastante procurador(a), o outorgado(a), a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula ad iudicia et extra, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, podendo o dito(a) procurador(a) praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do mandato ora outorgado, tais como: Contestar, ingressar com ação que julgar conveniente e necessária, recorrer em qualquer fórum ou instância, transigir, concordar, discordar, desistir, firmar compromissos (NÃO POSSUI PODERES PARA RECEBER DINHEIRO/PECUNIA OU DAR QUITAÇÃO EM NOME DO OUTORGANTE), agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, em especial para representá-lo e defendê-lo perante QUALQUER ORGÃO DO PODER JUDICIÁRIO, EM QUALQUER ORGÃO ADMINISTRATIVO COMO INSS, PBPREV, DNOCS, IBGE, DPVAT, movido a favor do outorgante, do qual a mesma se compromete a levar as testemunhas para os atos processuais independentemente de intimações (nos termos do §2, do art. 455, do NCPC).

Patos, 24 de agosto de 20 17.

PAULO ROBERTO LOPES CABRAL

**Outorgante**

ISENTO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA, FACE A LEI No. 8.952/94, QUE DA NOVA REDAÇÃO AO ART. 38 DO CPC.

Dr. Waldey Leite Leandro  
Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos – Pb.  
Fone: (83) 8808-3805  
E-MAIL e MSN: waicyleite@hotmail.com

Scanned with CamScanner



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE NOTAS  
Rua Adm. Lacerda, S/N, Litorânea, Imaculada - PB

**AUTENTICAÇÃO**

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original, conforme o  
exibido. Dou fé. (Art. 355 III do CPC).

Imaculada/PB - 29/08/2017

Selo Digital: AFO75693-7641

Consulte a autenticidade em: <https://secedigital.tpb.gov.br>

Emol: R\$2,55 Fapen: R\$0,25 MP: R\$0,04 Feij: R\$0,39

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
16ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
**DELEGACIA DE IMACULADA**  
Rua Francisco Moreira, s/n, Bela Vista, Imaculada/PB, 58.745-000.

**CERTIDÃO**

JOSÉ ROMÃO LUSTOSA NETO, Agente de Investigação no uso de suas atribuições,  
o, a pedido verbal do SRA. ELIS MARCIA GONÇALVES FELIX, que encontra-se  
ado nas páginas 321 e 322, do LIVRO DE OCORRÊNCIAS Nº 06, o BOLETIM DE  
RENCIA Nº 082/2017, com conteúdo conforme a seguir.

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 082/2017**  
(LIVRO 06)

DIA E HORA DA NOTICIA: DIA 18/AGO/2017, ÀS 09h26.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DIA E HORA DO FATO: 18 DE JULHO DE 2016, POR VOLTA DAS 01H00.

LOCAL DA OCORRÊNCIA: AV. JOSÉ ALVES CAMBOIM, DE FRENTE AO HOSPITAL,  
BAIRRO BELA VISTA, IMACULADA/PB.

NOTIFICANTE: ELIS MÁRCIA GONÇALVES FÉLIX, conhecida por MARCINHA, brasileira,  
união estável, Agricultora, natural de Imaculada/PB, 28 anos, nascida aos 28/MAR/1989, filha  
de José Félix Filho e Luzia Gonçalves Leite, residente e domiciliada no sítio São José dos  
Canais, zona rural de Imaculada/PB, RG nº 3.585.834 SSP/PB e CPF nº 095.421.174-00.

VÍTIMA: PAULO ROBERTO LOPES CABRAL, conhecido por PAULO DE ZUMIRA,  
brasileiro, união estável, Agricultor, natural de Imaculada/PB, 42 anos, nascido aos  
22/JUN/1975, filho de José Cabral da Silva e Zulmira Lopes Dantas, residente e domiciliado  
no sítio São José dos Canais, zona rural de Imaculada/PB, RG nº 1.901.591 SSP/PB e CPF  
nº 019.479.704-02.

VEÍCULO 1: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN MIX KS, ANO 2009, MODELO 2010,  
VERMELHA, PLACA KHY-6761, SANTA TEREZINHA/PE, CHASSI Nº  
9C2KC1610AR016570, CÓDIGO RENAVAN Nº 192401335, LICENCIADA EM NOME DE  
PAULO ROBERTO LOPES CABRAL, COM CPF Nº 019.479.704-02.

VEÍCULO 2: VW CROSSFOX, ANO/MODELO 2006, PRATA, PLACA HAR-2863,  
AFOGADOS DA INGAZEIRA/PE, CHASSI Nº 9BWKB05Z864193385, CÓDIGO RENAVAN  
Nº 904598934, LICENCIADO EM NOME DE ANTONIO HONORATO DO NASCIMENTO,  
COM CPF Nº 111.361.128-63.

Elis Marcia Gonçalves Felix








**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
16ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
**DELEGACIA DE IMACULADA**  
Rua Francisco Moreira, s/n, Bela Vista, Imaculada/PB, 58.745-000.

**HISTÓRICO:** Nesta Delegacia a notificante **DECLAROU QUE**, é companheira e convive em união estável com PAULO ROBERTO LOPES CABRAL (acima qualificado), o qual seguia na condução da motocicleta acima descrita (VEÍCULO 1), no dia, hora e local informados acima, quando colidiu frontalmente com um veículo Crossfox (VEÍCULO 2); QUE, com a colisão PAULO ROBERTO ficou desacordado, ocasião em que foi socorrido para o Hospital Regional de Patos/PB, onde foi submetido a cirurgia e ficou internado por vinte e nove dias, tendo sido liberado do hospital para retomar uma semana para avaliação, no sentido de se submeter a outra cirurgia; QUE, nesta colisão, PAULO ROBERTO teve fraturas múltiplas em ossos da perna esquerda; QUE, segundo o médico que atendeu PAULO ROBERTO, este só deverá voltar a andar após noventa dias, a contar do dia em que foi liberado do hospital. Nada mais disse nem lhe foi perguntado. Declarações prestadas com base na lei nº 7.115 de 29 de março de 1983 (Lei da Desburocratização). DECLARO AINDA SER CONHECEDOR DAS SANÇÕES CÍVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS A QUE ESTAREI SUJEITO, CASO O QUANDO AQUI DECLARADO NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE (art. 299 do CPB - FALSIDADE IDEOLÓGICA). Lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo notificante e por mim, Agente de Investigação que o digitei.

Imaculada/PB, 18 de AGOSTO de 2017.

SOLICITANTE: Elis Marcia Gomes Alves Felix

  
JOSE ROMÃO LUSTOSA NETO  
AGENTE DE INVESTIGAÇÃO  
MAT. 158.531-1



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS  
Rua Ant. Caelano S/N. Centro, Imaculada - PB

**AUTENTICAÇÃO**

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC).  
Imaculada/PB - 29/08/2017

Selo Digital: AFO75694-ZLFH

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$2,55 Farpen R\$0,25 MP R\$0,04 Fepej R\$0,39

  
Lidiana Rocha Nunes  
Escritoriente Autorizada  
Imaculada-PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍSA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-239

**PAULO ROBERTO LOPES CABRAL**

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.901.591 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 03/10/2017

PAULO ROBERTO LOPES CABRAL

LOPES CABRAL DA SILVA  
ZULMIRA LOPES DANTAS

CIDADE IMACULADA-PB DATA DE NASCIMENTO 22/06/1975

ORIGEM CERT. CAS. Nº418 - LIV.B-AUX-01 - FLS.105 - CARTORIO SANTA TEREZINHA-PE

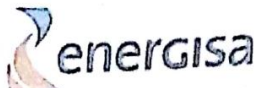
CPF 449.704-02

29/08/83

0+



LUZIA GONCALVES LEITE  
RUA SAO JOSE, S/N - AREA RURAL  
MACULADA/PB CEP 58745000 (AQ 133)



Emissão 30/10/2017 Referência Out/2017  
Classe/Subclasse RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO  
Roteiro 17-143-670-2000 IP medidor 00008907614

ENERGISA PARAIBA - INST. SUBSIDIADA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Creta Residencial - João Pessoa/PB - CEP 58011-080  
CNPJ 02.026.150/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 001.265.900-  
Cód. para Dil. Automática 00012831113

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Out/2017	30/10/2017	29/11/2017	4754887417 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 6/1289211-3

Canal de contato:

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL  
CADASTRO ELETRÔNICO  
A IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA.  
O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO  
AO CADASTRAMENTO E PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL  
MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 28/04/17	Leitura 630	Data 30/10/17	Leitura 652	
			1	32

Demonstrativo									
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Mq. Icmr	R\$ U.	Imp. Ict	Imp. Ict	Valor Total
0601	Consumo em kWh	37,000	0,525100	19,60	0,00	0	0,00	19,60	0,17
0601	Adc. B. Amarela			0,04	0,00	0	0,00	0,04	0,00
0601	Adc. B. Vermelha			1,10	0,00	0	0,00	1,10	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0601	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA			2,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCl	Classe de Classificação da Rem.	TOTAL	20,66	0,00	0,00	17,94	0,18	0,65
-----	---------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Média Últimos meses (kWh)  
58

VENCIMENTO  
07/11/2017

TOTAL A PAGAR  
R\$ 20,66







CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS  
Rua Antônio Caelano, S/N Centro Imaculada - PB

**AUTENTICAÇÃO**

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC).

Imaculada/PB - 29/08/2017

Selo Digital: AFO75695-PLL

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$2,55 Farpen R\$0,25 MP R\$0,04 Fepj R\$0,39

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS  
*Lidiana Rocha Nunes*  
Escrivente Autorizada  
Imaculada-PB



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)  
Sr.(a) Paulo Roberto Lobo Uem portador(a) da  
identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi  
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 08.00 horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S82.2/T33.5, devendo permanecer  
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30  
(trinta e) dias, a partir desta data.  
oitenta

*João H. Suassuna Laureano*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7417

Patos-PB, 24/08/17

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a). \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-60  
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE  
PATOS - PARAÍBA





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima  
013.479.704-02

Nome completo da vítima  
Paulo Roberto Lopes Cabral

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Paulo Roberto Lopes Cabral			CPF titular da conta	013.479.704-02	Profissão	Desempregado
Endereço	São José dos Corais			Número	5/N	Complemento	lota
Bairro	Zona Rural			Cidade	Emaculada	Estado	Pernambuco
Email				CEP	58.745-000	Telefone (DDD)	13193880-2050

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL** (104)

AGÊNCIA NRO. 0043 D/V 033 CONTA NRO. 00180401 D/V 5  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.  
AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

1005-PB, 23 de Janeiro de 2018  
Local e Data

\* PAULO ROBERTO LOPES CABRAL

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

-APPE.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0043 - PATOS, PB

DATA: 23/10/2017

TERMINAL: 1004

NSU: 001313

HORA: 13:21:30

AUT.: 0000

COMPROVANTE DE SALDO

AGENCIA/CONTA: 0043/013.00180404-5

NOME: PAULO ROBERTO LOPES CABRA

SALDO DISPONIVEL: 0.00

SALDO BLOQUEADO: 0.00

SALDO TOTAL: 0.00

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

Via Cliente







# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Paulo Roberto Lopes Cabral CPF da Vítima: 019473.704-02 Data do Acidente: 18/07/2016

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Paulo Roberto 23 de junho de 2018  
Local e Data

PAULO ROBERTO LOPES CABRAL  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Roberto Lopes Cdnd

RG nº 1.301.531, data de expedição 03/10/2013 Órgão SSDS

CPF nº 013.179.704-02, 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>São José dos Canais</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Imamelado</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.745-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9 9880 - 2050</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Patos, PB 23/01/18

Assinatura do Declarante: X PAULO ROBERTO LOPES CARDO







**SUS** **ESADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE**  
**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

CNPJ: 2005473 CNPJ: 08.778.268/002376  
 NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
 ENDEREÇO: RUA JOAQUIM NOBREGA, S/N  
 CIDADE: ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: PAULO ROBERTO LOPES CABRAL  
 Mãe: ZUMIRA DANIAS  
 Nascimento: 23/06/1975 Idade: 42 Cor: PARDA Sexo: M  
 Profissão: AGRICULTOR(A)  
 Endereço: SÍTIO SÃO JOSE DE CANAL  
 Bairro: ZONA RURAL  
 Cidade: IMACULADA - PB - 58745-000 - 2506707 Num.:  
 Fone:  
 CPT: 18/7/2017 03:23:48 Identidade: Reg. Nasc.: ELMA  
 Data / Hora: 214214 Recuperação:  
 Fone: 97666

PESO: PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

DIAGNÓSTICO: POLTRAVEZAMENTO E PARALISAMENTO DO BRAÇO E DA PERNA DA MÃO DA ESQUERDA

1. 0 3 0 1 0 6 0 0 2 9

2. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

3. 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

ENCAMINHAMENTO: RESIDÊNCIA, OBITO, INTERNAÇÃO, OUTROS

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: GILVANEY JOSE VIANEY DA SILVA - 7907 - 111-1111-1111 CBO: Polígrafo Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo: ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo:





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 97666

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 18/7/2017 04:16:21

Servidor do Dr:

Paciente PAULO ROBERTO LOPES CABRAL

Idade: 42 Sexo M

Filiação: JOSE CABRAL DA SILVA  
Mãe: ZUMIRA DANTAS

Endereço: IMACULADA - PB - 58745-000 - 2506707  
Cidade: SITIO SAO JOSE DE CANAL N.:  
Endereço: ZONA RURAL  
Bairro: IMACULADA - PB  
Naturalidade: Fone:

Documentos:  
CNS:  
Identidade:  
CPF:  
Reg. Nasc:

Informações adicionais:  
Nascimento: 23/6/1975  
Cor: PARDA  
Estado Civil: CASADO(A)  
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: *Plumina de Aracaju*

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Fratura exposta dos ossos da perna esquerda  
com fratura parietal e substância encefálica  
e fratura do osso da coxa esquerda  
sem fratura do osso da coxa direita. Ausência de sangramento nos  
planos*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: *Fratura exposta de osso da perna E / (GAVE)*  
Motivo da Alta: *14/07/17*  
Resultado ( ) Sair Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em. *1*  
Recepcionista: ELMA

*Plumina*  
Plumina de Aracaju  
Tratado - Ortopedia e Fisioterapia  
CRM-PB 3038 TEOT 1213

*Rodrigue*  
ACI 51





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Zélio Zouren de Azevedo		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf		Leito
18/07/17			
Cirurgião	Dr. G. Xavier	Dr. I. Cep	
Anestesista	Dr. Z. V. V.	Dr. R. J. P.	
Diagnóstico Pré-Operatório	Exame de X-RA do abdome + fígado		
Tipo de Cirurgia	Mei. Cox. G. fígado		
Diagnóstico Pós-Operatório	Exame de X-RA do abdome + fígado		
Relatório Imediato do Patologista	O ceco		
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Cirurgia			

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
1º Abertura + ceco c/ fígado
2º Ligadura do fígado + ceco
3º fígado c/ ceco
4º ceco c/ fígado





**NOTA DE SALA - CIRURGIA**

MÉDICO: <u>Roberto Roberto Lopes Cabral</u>				GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE	
DE: <u>25</u>	LEITO: <u>03</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>42 anos</u>		
CIRURGIÃO: <u>Dr. Fábio Spa</u>			HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO		
ANESTESISTA: <u>Dr. Roberto Calumbi</u>					
CIRURGIA: <u>Desbridamento no couro (E)</u>		DATA: <u>06.05.2012</u>		INÍCIO: <u>16:00h</u>	
ANESTESIA: <u>Raque</u>		FIM:			
INSTRUMENTADORA: <u>Tiago</u>					

**MATERIAL**

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ (soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
17	TX. de Laser <u>SFO, Q1, S204</u>		Coletor de Urina
2	TX. do Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso	2	Eletrodos desc.
1	Neocaina <u>presada</u>	1	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm <u>15cm</u>
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
17	Ravulon <u>Exatex degerment</u>		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Drano Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	2	Esparatrapo
	Etodimidade	2	Xilocaina Gel
	Ketalar	2	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	2	PVPI Tintura
1	Dimorf <u>0,2 upl-f</u>	2	Gases
	Lanexat 0,5ml	2	Algodão Hidrófilo
	Nar n	2	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	17	Agulha descartável
17	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
17	Cefalotina 19g <u>1g</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate (20) x 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	PAUL CESAR	Nº prontuário	
Data da Cirurgia	26.07.2018	Enf.	
Cirurgião	Dr. Fábio Sora	1º Auxiliar	Dr. Menezes
Anestesista	Dr. Calvo	Tipo de Anestesia	TOUOANESTESIA
Diagnóstico Pré-Operatório	NECESSO CISTICO COM GLOMEROS		
Tipo de Cirurgia	DRENAGEM TOCIDA NOCISTICA		
	COM GLOMEROS		
Diagnóstico Pós Operatório	IDEM		
Relatório Imediato do Patologista	NÃO		
Exame Radiológico no Ato	NÃO		
Acidente Durante a Cirurgia	NÃO		
	NÃO		

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
1. PACIENTE EM POSIÇÃO SUPINA, COM GLOMEROS
2. ASSERÇÃO E ASSERÇÃO
3. CORTAR AMBOS OS GLOMEROS
4. DRENAGEM TOCIDA NOCISTICA REGIM ANTERIOR COM GLOMEROS
5. LIGADURA COM SE 7/0
6. CURATIVA

Dr. Fábio de Moura Sora  
Ortopedia e Traumatologia  
26.07.2018



FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
Nome: <u>Paulo Roberto Gomes</u>		Idade: <u>47</u>		Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>Nm.</u>
Data: <u>6/01/17</u>	Pressão Arterial: <u>Pulso</u>	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipos Sanguíneos	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia
Urina		Outros			
Ap. Respiratório	<u>Mu + SI 24</u>			Asma	Bronquite
Ap. Circulatório	<u>neu 25</u>			Eletrocardiograma	
Ap. Digestiva	<u>NON</u>			Dentes	Pescoço
Estado Mental	<u>Normal</u>			Ataraxicos	Corticóides
Diagnóstico Pré-Operatório	<u>NECROSE DE PERÍCARDO</u>			Alergia	Hipotensores
Anestesia Anterior	<u>com Cx A ①</u>			Estado Físico: <u>330 I</u>	Risco: <u>7</u>
Medicação Pré-Anestésica	Aplicada às			Efeito	
Agentes Anestésicos					
Líquido					
Indução	Satisf. _____ Excit. _____ Tosse _____ Laringo Espasmo _____ Lento _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____				
Mantenção	MANUTENÇÃO <u>NG 0,5 - 100</u> <u>Duo - 9 - 0,06</u> Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____ Não porque? _____				
Despertar	DESPERTAR Reflexos na SO _____ Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____ Náuseas _____ Vômitos _____ Outros _____				
Condições	Com cânula _____ para o leito sim _____ não _____ CONDIÇÕES _____				
Agentes	<u>RASULAN 10mg para hemor</u>				
Técnico	<u>MANUTENÇÃO com me</u>				
Operação	<u>DESQUERATIZAÇÃO DE NECROSE COM PAINEL</u>				
Cirurgião	<u>Dr. PAULO SPA</u>				
Anestesiologista	<u>Dr. ROBERTO GOMES</u>				
Observações	<u>Dr. A. M. S. P.</u>				







SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
REGIONAL DE PIANCÓ SAMU- 192

Nº 010/2017

Água Branca, 12 de Setembro de 2017.

Vítima: PAULO ROBERTO LOPES

Data Nascimento: 22/06/1975

Sexo: Masculino

Data da Ocorrência: 18/07/2017

Técnico de Enfermagem: MARIA JOSÉ LUIZ

Condutor: GILBERTO ALVES PEREIRA

Enfermeiro: IZABELLA FERNANDES DE ARAUJO

Viatura: USB-13

Natureza da ocorrência: Acidente de Trânsito

**Procedimento:** Vítima de acidente automobilístico na cidade de Imaculada. Apresentando-se consciente, orientado, nervoso, pele e mucosa hiporcoradas, taquipnéico, taquicárdico. Relatando bastante dor no MIE, com fatura de exposta em MIE mais sangramento intenso e dor no local. Realizado imobilização do MIE com talas e ataduras. Colocado em prancha rígida e colar cervical de acordo com médico regulador e medicado sobre regulação. Ao exame, PA: (120x80 mmHg), FR:(78 rpm) e Sat O2:(99%); Tax (36°C). Encaminhado ao Hospital Regional de Patos onde foi diretamente encaminhado ao bloco cirúrgico. Onde o mesmo foi recebido pelo médico plantonista Dr. Gilvaney José Venâncio, CRM-PB 7507.

Michelly Alves Barros  
Enfermeira  
COREN-PB 377397

Coordenadora-COREN 377397  
Base Descentralizada do SAMU 192 Água Branca





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
REGIONAL DE PIANCÓ SAMU- 192

Nº 010/2017

Água Branca, 12 de Setembro de 2017.

Vítima: PAULO ROBERTO LOPES

Data Nascimento: 22/06/1975

Sexo: Masculino

Data da Ocorrência: 18/07/2017

Técnico de Enfermagem: MARIA JOSÉ LUIZ

Condutor: GILBERTO ALVES PEREIRA

Enfermeiro: IZABELLA FERNANDES DE ARAUJO

Viatura: USB-13

Natureza da ocorrência: Acidente de Trânsito

**Procedimento:** Vítima de acidente automobilístico na cidade de Imaculada. Apresentando-se consciente, orientado, nervoso, pele e mucosa hipocoradas, taquipnéico, taquicárdico. Relatando bastante dor no MIE, com fatura de exposta em MIE mais sangramento intenso e dor no local. Realizado imobilização do MIE com talas e ataduras. Colocado em prancha rígida e colar cervical de acordo com médico regulador e medicado sobre regulação. Ao exame, PA: (120x80 mmHg), FR:(78 rpm) e Sat O2:(99%); Tax (36°C). Encaminhado ao Hospital Regional de Patos onde foi diretamente encaminhado ao bloco cirúrgico. Onde o mesmo foi recebido pelo médico plantonista Dr. Gilvaney José Venâncio, CRM-PB 7507.

Michelly Alves Barros  
Enfermeira  
COREN-PB 377397

Coordenadora-COREN 377397  
Base Descentralizada do SAMU 192 Água Branca





**Poder Judiciário da Paraíba  
Vara Única de Água Branca**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800156-24.2018.8.15.0941

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Trata-se de Ação Judicial em que pleiteia-se o pagamento de seguro obrigatório DPVAT, decorrente de acidente de trânsito.

Aduz que em virtude da colisão PAULO ROBERTO LOPES CABRAL, ora autor, teve fraturas múltiplas em ossos da perna esquerda, devendo voltar a andar após noventa dias após a data de liberação do hospital.

Eis o breve relatório.

Inicialmente, DEFIRO o pedido de gratuidade de justiça, ante os documentos acostados à inicial, que suprem as exigências legais.

A atividade probatória deverá recair sobre a existência ou não de invalidez permanente sofrida pelo autor e o seu grau. Para tanto, verifica-se a necessidade de realização de perícia judicial na parte autora, de modo a subsidiar suficientemente a resolução da demanda.

Nesse contexto, oficie-se ao HOSPITAL do Município de Imaculada - PB, solicitando a realização de perícia médica (exame DPVAT) no autor, devendo os peritos responderem aos quesitos formulados pelas partes, as quais devem ser intimadas a apresentarem. O laudo deve ser confeccionado no prazo de 20 (vinte) dias, a contar da realização do exame.

Ainda no ofício, solicite-se para que o respectivo Hospital informe a data do exame com, ao menos, uma antecedência de 30 (trinta) dias, para possibilitar a intimação das partes e eventual nomeação de assistente técnico para acompanhamento da perícia (art. 465, CPC).

Com a designação da data, INDEPENDENTEMENTE DE NOVA CONCLUSÃO, intime-se o autor para comparecimento ao local informado e o réu para ter ciência do local e data da perícia.

Com a chegada do laudo, intemem-se as partes, sucessivamente, para sobre ele se manifestarem no prazo de 15 (quinze) dias.

CUMPRIDAS TODAS AS DETERMINAÇÕES ACIMA, voltem-me os autos conclusos.

Água Branca - PB, 14 de maio de 2018.

**PEDRO DAVI ALVES DE VASCONCELOS**

Juiz de Direito Substituto







**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**JUIZO DE DIREITO DA COMARCA DE ÁGUA BRANCA-PB**

Fórum Conselheiro Luiz Nunes Alves, Sítio Serrote Alto, s/n - CEP 58748-000. Telefones: (83) 3481-1206 / 3481-1205.

Ofício nº \_\_\_\_/2019

Água Branca, 28 de junho de 2019.

**Processo nº: 0800156-24.2018.8.15.0941**

Senhor(a) Diretor(a):

De ordem do MM. Juiz de Direito da comarca de Água Branca, dr. Pedro Davi Alves de Vasconcelos, requisito a Vossa Senhoria que designe data próxima e médico ortopedista para a realização de exame pericial no(a) autor(a): **Paulo Roberto Lopes Cabral**, brasileiro, união estável, Agricultor, Portador do RG de nº 1.901.591 SSP/PB, e do CPF 019.479.704-02, residente e domiciliado na Rua São José, S/N, Zona Rural, Município de Imaculada-PB, respondendo aos quesitos formulados pelas partes. Seguem em anexo os quesitos da perícia.

Outrossim, uma vez designado o exame, que nos informe a data em tempo hábil (20 dias de antecedência) para a intimação das partes e que, após a realização do mencionado exame, seja encaminhado a este juízo o laudo conclusivo.

Atenciosamente,

**Ellis Cleriston de Andrade Silva.**  
**Técnico Judiciário, Matrícula nº 476.784-5**

**Ao Ilmo. Sr.:**  
**Secretário de Saúde de Imaculada-PB.**





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**

**JUÍZO DE DIREITO DA COMARCA DE ÁGUA BRANCA-PB**

Fórum Conselheiro Luiz Nunes Alves, Sítio Serrote Alto, s/n – CEP 58748-000, Telefones: (83) 3481-1206 / 3481-1205.

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

**Ação: Cobrança de Seguro Obrigatório.**

**Processo nº: 0800156-24.2018.8.15.0941.**

**Autor: Paulo Roberto Lopes Cabral.**

**Réu: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.**

Ilmo. Sr.:

Através da presente e de ordem do MM. Juiz de Direito desta comarca, **Cito** o(a) **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita sob o CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado na pessoa de seu responsável, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP: 20.031.205, por intermédio de seu representante legal, para os termos da Inicial. Ainda, **intimo** a mesma para, no prazo de 15 dias, apresentar os quesitos da perícia a ser realizada na parte autora.

Água Branca-PB, 25 de março de 2020.

Ellis Cleriston de Andrade Silva.  
Técnico Judiciário, Matrícula nº 476.784-5

