

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Thiago Thayron Marques de Souza, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no RG: 3.845.681 e CPF 700.480.444-58, residente e domiciliado na Rua Mendes Ribeiro, nº 36 A, Bairro Bonfim Sítio.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 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 iudicium 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 laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, 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. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Síntiro DPVAT.

João Pessoa - PB, 07 de Fevereiro de 2020.

Thiago Thayron Marques de Souza
OUTORGANTE

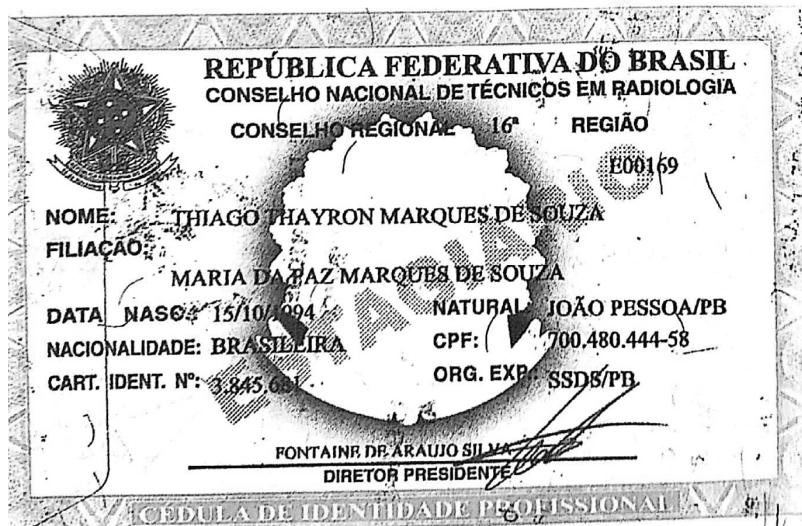


83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com

Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:46:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021018464536000000027147964>
Número do documento: 20021018464536000000027147964

Num. 28146900 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA COM PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA

Pela presente e na melhor forma de direito,
Thiago Teixeira Marques de Souza, brasileiro(a), estado
civil: solteiro, profissão: automotor, portador
da cédula de identidade RG nº 3.845.683, inscrito no CPF sob o nº
400.480.444-58 residente e domiciliado na Rua
Nunes Ribeiro, nº 36 A, Enrami Salino,
para os fins específicos do beneplácito previsto no inciso LXXIV, do artigo 5º da
Constituição Federal, c/c a Lei nº 1.060/50, artigo 1º da Lei nº 7.115/83 e nos
termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil),
DECLARA, sob as penas da lei, não ter condições financeiras de arcar com custas
e despesas processuais, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, razão
pela qual requer o deferimento da concessão dos benefícios da JUSTIÇA
GRATUITA. Requeiro, ainda, que o benefício abranja todos os atos do processo.

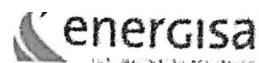
João Pessoa-PB, 07 de fevereiro de 2020.

Thiago Teixeira Marques de Souza

DECLARANTE



Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta
Recado para sempre pagamento da conta na agência da Energisa número: Nº 037.601.490



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
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

MARIA DE LOURDES SOARES DE SOUSA
RUA MENDES RIBEIRO 16 A
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/585874-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	135	27/01/2020	R\$ 117,39

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 31/01/2020

Pagador: MARIA DE LOURDES SOARES DE SOUSA CNPJ/CPF: 508.898.344-15

RUA MENDES RIBEIRO 16 A - ERNANI SATIRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008227762	000585874202001	27/01/2020	R\$ 117,39	

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



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:46:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021018465019600000027148140>
Número do documento: 20021018465019600000027148140

Num. 28146926 - Pág. 1

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:46:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021018465019600000027148140>
Número do documento: 20021018465019600000027148140

Num. 28146926 - Pág. 2



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 12512019, na mesma continha o seguinte teor: segunda-feira, 25 de novembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 8:30 horas, compareceu o Sr. **Thiago Thayron Marques de Souza**, portador da cédula de identidade nº 3845681 Seds-PB, CPF nº 700.480.444 - 58, brasileira, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 25 anos de idade, filho de pai não declarado e de Maria da Paz Marques de Souza, Motoboy, residente à rua Mendes Ribeiro nº 16, conjunto Ernani Sátiro, nesta capital, o qual notificou que, No término da tarde do dia 21 de junho do ano de 2019, por volta das 17:45 horas aproximadamente, se conduzia na motocicleta Honda XRE 300, ano e modelo 2017b, cor preta, placa QFT 2633/PB, chassi nº 9C2ND1110HR011789, cadastrada em nome de **Wanderson Rodrigues de Melo** e, quando tentou pegar o acesso ao viaduto existente na BR 230, saindo de Manaíra, após cair em um buraco ali existente, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira, onde foi identificado Fratura diafisária do rádio esquerdo, e submeteu - se a procedimento cirúrgico, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

*Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil*

João Pessoa, 25 de novembro de 2019.

Thiago Thayron Marques de Souza

Scanned by CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 700 480 444-58 4 - Nome completo da vítima: Thiago Thoynon Marques de Souza

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

5 - Nome completo:	Thiago Thoynon Marques de Souza	6 - CPF:	700 480 444-58
7 - Profissão:	Ricardo	8 - Endereço:	46 A casa
9 - Número:		10 - Complemento:	
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	DPS
13 - Estado:	58080-460	14 - CEP:	
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	98708-0728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1033 CONTA: 64950 (Informar o dígito se existir)	(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.

22 - 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Jean Pessoa 03/12/2019*

Thiago Thoynon Marques de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

FPS.001 V002/2019





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190672547

Vítima: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000064950-8

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00030101
000201/00202 - carta_15R - INVALIDEZ





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 Ouvintoria: 0800 021 91 35

Eu, VANDERSON RODRIGUES DE MELO
RG nº 3 516 600, data de expedição 18/01/2013
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 086 493 214 61,
com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: SANTO ANTONIO, nº 96,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Thiago Thayron Rodrigues de Souza, cujo o condutor era
Thiago Thayron Rodrigues de Souza.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2017
Placa: QFT 2633 Chassi: 9C2ND1110HR011789
Data do Acidente: 21/06/2019

Local e Data: 13/08/19

Vanderon Rodrigues de Melo
Assinatura do Declarante

Thiago Thayron Rodrigues de Souza
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SOCIEDADE REGISTRAL nº OFÍCIO DE NOTAS - 2º TABELIONATO DE PROTESTOS
Beira Maria Angélica Santo Cantárica - Tabelaria
RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2019-017977

Reconheço por autenticidade a firma de:

VANDERSON RODRIGUES DE MELO

Dou fé em testemunha da verdade, João Pessoa - PB, 13/08/2019 15:15:04

EMPR: R\$0,00 DPF: R\$1,00 FAPEN: R\$0,29 ISS: R\$0,00

SELO DIGITAL RIW66289-Y2IQ

Confira a autenticidade no link: <https://seledigital.tjpb.jus.br>

JOSE FRANCISCO DA SILVA - ESCREVENTE

José Francisco da Silva
SOCIETATIS REGISTRALIS
TABELIA NO. 2º TABELIONATO DE PROTESTOS

Scanned by CamScanner

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CÓD. RENAVAM DATA EXPIRAÇÃO
E 0114191180-6 00/00000000 2019

VANDERSON RODRIGUES DE MELO

08649321461 QFT2633/PB

PLACAMENTO NOVO CHASSI
PB 9C2ND1110HRC011789

PASSEIOS/CICLISMO/NÃO APLICÁVEL

HONDA/XRE 300 MARCA/Modelo ANO FAB/ANO MOD
2 P/291 /CI PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
IPVA 00/00/0000 1^º
FAZIA IPVA 0 PAGAMENTO / COTAS 2^º
***** 0 3^º

PRÉMIO TARIFÁRIO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.500/0001-04

JOAO PESSOA-PB
99999999 25/04/2019 35734

A.F BV FINANCEIRA S.A.

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB Nº 014798853115 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 2019 DATA EMISSÃO 25/04/2019

PLACA QFT2633/PB

08649321461 HONDA/XRE 300

01141911806 9 9C2ND1110HRC011789

PRÉMIO TARIFÁRIO
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.500/0001-04

35734-1047340-20190425

Scanned by CamScanner





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Thiago Thayn Marques de Souza Data da Admissão: 21/06/19
Prontuário: _____ Cidade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: Dor no Antebraço
HDA: Fratura Desfazendo de Rótulo

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

*Dr. THALES F. SEARRA
MÉDICO CRM 7124
ORTOPEDISTA*

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

Scanned by CamScanner



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Loreto

medico

Thiago Ruyres
me. Dr. Seppke
fei selestek
e 18 cip. com
frascos de
profundas
medicinas

Assinatura e Carimbo
CRM-PB 5395
CRM-PE 14654
SBOT 9879

Scanned by CamScanner





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Fábio P. Ruyan</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	1º Assistente: <i>Dr. Fábio</i> 2º <i>Tenista</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: <i>Dr. Sérgio</i>	Tipo Anestesia: <i>DPB</i>	Horário: I: T:			

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID
<i>fut. ut grande</i>		

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID
<i>O cura</i>		

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO
<i>Ab cir c/fix.</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		
--	--	--

Scanned by CamScanner





CERTIDÃO

Nº. 1636/2019

Atendendo solicitação de **RENAN DE CARVALHO PAIVA** e 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 Nº239191 e Prontuário N° 2018.02.2483 pertencentes ao paciente **THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA** foi atendido dia 21/06/2019 às 18h43min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membros inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisaria do radio esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/07/2019. Com alta médica dia 07/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:47:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021018470464000000027148165>
Número do documento: 20021018470464000000027148165

Num. 28147201 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:47:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021018470680000000027148535>
Número do documento: 20021018470680000000027148535

Num. 28147221 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0808886-74.2020.8.15.2001

DESPACHO

Defiro os benefícios da Assistência Judiciária Gratuita.

Vistos, etc.

1. De acordo com o art. 334 do CPC-15, estando a petição inicial em termos e não sendo o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação/mediação, buscando, desta forma, a justa composição da lide pelos próprios atores do drama processual.
2. Entretanto, começa a ganhar corpo a ideia de que a audiência conciliatória vem sendo desvirtuada como instrumento procrastinatório, principalmente nas "ações de massa", em cujo âmbito as instituições financeiras envolvidas muito dificilmente se propõem a uma agenda conciliatória, criando "precedentes" no tema debatido em juízo, conforme se expõe em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI252902,81042-A+audiencia+previa+de+conciliacao+do+NCP>>. Acessado em: 06/08/18.

3. Assim sendo, atento ao princípio constitucional da razoável duração do processo e levando em conta a constatação empírica de que a autocomposição, nesse tipo de demanda, tem se mostrado ínfima, dispenso a audiência (preliminar) conciliatória, sem prejuízo da autocomposição, em qualquer fase do *iter* processual.

ISTO POSTO,

4. CITE-SE a parte ré para os termos da ação. Prazo para defesa: 15 dias.
5. Oferecida a defesa, à IMPUGNAÇÃO, em igual prazo.

Int. necessárias.

João Pessoa, 31 de março de 2020

Juiz Manuel Maria Antunes de Melo

Titular - 12ª Vara Cível



Assinado eletronicamente por: MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO - 31/03/2020 18:21:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033118015715100000028457429>
Número do documento: 20033118015715100000028457429

Num. 29564435 - Pág. 1