

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE(S):

JOSE FÁBIO GLIAMO DA SILVA BRASILEIRO, SOLTEIRO, DESCOMPREGADO, INSCRITO NO R6: 4116528, PORTADOR DO CPF: 119.574.484-66, RESIDENTE E DOMICILIADO NO SÍTIO CAMUCA, S/N, ÁREA RURAL, SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA/PB.

**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 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 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 Sinistro DPVAT.

Campina Grande - PB, 09 de OUTUBRO de 2019.

OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

*Felipe Raul F. de M. Paiva*  
011-717-854-93

*Jussara Amaral*  
*Ferreira*  
000.192.194  
02

Digitalizada com CamScanner





**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00085.01.2020.1.05.101

— CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00085.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:52 horas do dia 04 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **José Fabio Eliano da Silva**, conhecido(a) por Eliano, CPF nº 119.574.484-66, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Francisca Mendes da Silva e Severino Eliano da Silva, natural de São Vicente Ferrer/PE, nascido(a) em 13/02/1990 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Camuçá, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Mercadoria de Seu Juceri, na cidade de São Sebastião de Lagoa de Roça/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Sítio São Tomé, nº S/N, Estrada Vicinal, Zona Rural, Alagoa Nova/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 23/09/19 14:16h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa)**, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (**Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias**).

#### **Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo CG 125 TODAY, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 1993/1993, UF: PB, placa MMV-4186, características gerais: Último Licenciamento: 1998; espécie: Passageiro; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Atual: São Sebastião de Lagoa de Roça/pb; situação: Em Circulação.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL DO ACIDENTE, AMBOS JÁ DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, NDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMPATÍVEIS AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.



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 fé.

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública

Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00085.01.2020.1.05.101



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		NAO ALFABETIZADO ASSINATURA DO TITULAR	
			
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL DATA DE EXPEDIÇÃO 4.116.528 21/11/2012	NOME JOSÉ FABIO ELIANO DA SILVA	FILIAÇÃO SEVERINO ELIANO DA SILVA FRANCISCA MENDES DA SILVA	DATA DE NASCIMENTO 13/02/1990
NATURALIDADE SÃO VICENTE FERRER-PE	DOC ORIGEM NASC. N. 5939 FLS. 280 LIV. A/06 CPF CARTÓRIO SÃO VICENTE FERRER-PE	Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/09/2020 16:01:50 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316014931500000032487598 Número do documento: 20090316014931500000032487598	

Digitalizada com CamScanner





Digitalizada com 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:

0051940/20

CPF da vítima:

119.574.484-66

Nome completo da vítima:

JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

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

Nome completo:

JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Profissão:

RECUSO

Endereço:

SITIO CAMUCA

Bairro:

ÁREA RURAL

Cidade:

SÃO SEBASTIÃO DE LÍDIA DE ROÇA

Estado:

PB.

CPF:

119.574.484-66

Número:

S/N

Complemento:

CASA

CEP:

58119000

Tel. (DDD):

(83) 9-8805-6654

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

RENDA MENSAL:

☒ 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

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1668

CONTA:

41300

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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) ☐ Divorciado ☐ 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:

Vivos:

Falecidos:

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.

Local e Data:

João Pessoa 06/02/2020

Nome:

Adalton Santos de Oliveira

CPF:

109.758.064-40

Adalton Santos de Oliveira

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: Felipe Havel F. de M. Paim

CPF: 011.111.514-93

Felipe Havel F. de M. Paim

Assinatura

2º Nome: Lirio do Carmo Paim

CPF: 240.459.114-00

Lirio do Carmo Paim

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.**

# 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 N° 032.786.748



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. 16.015.823-9

## DADOS DO CLIENTE

EDNALVA MARQUES DA SILVA  
SIT CAMUCA S/N  
SAO SEBASTIAO DE LAGOA DE ROCA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1502485-4

## REFERÊNCIA

OUT/2019

## APRESENTAÇÃO

17/10/2019

## CONSUMO

157

## VENCIMENTO

24/10/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 76,33

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/10/2019

Pagador: EDNALVA MARQUES DA SILVA CNPJ/CPF: 069.245.704-61

SIT CAMUCA S/N - AREA RURAL - SAO SEBASTIAO DE LAGOA DE ROCA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007589651	001502485201910	24/10/2019	R\$ 76,33	
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				

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 03/09/2020 16:01:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090316015047200000032487595>  
Número do documento: 20090316015047200000032487595

Num. 33960171 - Pág. 2

23/09/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



# ATENDIMENTO URGÊNCIA

**PRONT (B.E) Nº: 1998544** **CLASS. DE RISCO: AMARELO**  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 23/09/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

**PACIENTE: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA** CEP: 58119000 Nascimento: 13/02/1990

Endereço: SITIO CAMUCA Sexo: M Telefone: 996682370

Cidade: São Sebastião de Lagoa de Ro Idade: 029 Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: FRANCISCA MENDES DA SILVA RG: 4116528 Nº: 0

CPF: Profissão: AGRICULTOR

Responsável: CNS: 702101749091798

Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atendimento: 23/09/2019 CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 14:16:59

## OBS FICHA:

## MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão	19. Fratura óssea fechada
2. Amputação	20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão	21. Hematoma
4. Contusão	22. Ingestão de veneno
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dcr	24. Lesão tendinosa
7. Edema	25. Luxação
8. Empalhamento	26. Mordedura
9. Enfiamento subcutâneo	27. Movimento torácico paradoxal
10. Esmagamento	28. Objeto Encaixado
11. Equimose	29. Cicatriz
12. F. Arma branca	30. Paralisia
13. F. Arma de fogo	31. Paralisia
14. F. Cortante	32. Paralisia
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Corte-contuso	34. Rinite
17. F. Perfuro-contuso	35. Sinais de isquemia
18. F. Perfuro-contuso	36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIGNOSTICO / CID:

Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1998544&dataatend=2019-09-23&horaatend=14:21:09

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DAD (LIN)

trauma por acidente de moto na pista exp.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias:  
( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARÊCER MÉDICO:

Especialista: / / às : Dia / /  
Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PREScrições E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº	1	2	3	4	5	6
	Tratado exp + AD pr	Debridar exp + AD pr	Debridar exp + AD pr			

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*[Assinatura]* **Leite Soares**  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Ombro e Cotovelo  
CRM-PB 9350 TEOT: 15943  
CNPJ: 08.778.268/0038-52

23/09/2019

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Quotations

Paciente  
 sente dor  
 com  
 febre (C)  
 dx arross vermelha  
 do plumbio + baco (C)  
 conduta:

1. Introduction  
 2. Background  
 3. Methodology  
 4. Results  
 5. Conclusion  
 6. References  
 7. Appendix  
 8. Index  
 9. Table of Contents  
 10. Summary  
 11. Abstract  
 12. Keywords  
 13. Subject  
 14. Topic  
 15. Field  
 16. Area  
 17. Discipline  
 18. Branch  
 19. Department  
 20. Faculty  
 21. School  
 22. College  
 23. University  
 24. Institution  
 25. Organization  
 26. Company  
 27. Enterprise  
 28. Business  
 29. Industry  
 30. Market  
 31. Segment  
 32. Niche  
 33. Category  
 34. Product  
 35. Service  
 36. Offering  
 37. Item  
 38. Good  
 39. Commodity  
 40. Resource  
 41. Asset  
 42. Capital  
 43. Investment  
 44. Equity  
 45. Share  
 46. Stock  
 47. Bond  
 48. Debt  
 49. Loan  
 50. Finance  
 51. Banking  
 52. Insurance  
 53. Investment  
 54. Management  
 55. Administration  
 56. Operations  
 57. Logistics  
 58. Supply Chain  
 59. Distribution  
 60. Marketing  
 61. Sales  
 62. Promotion  
 63. Advertising  
 64. Publicity  
 65. Media  
 66. Communication  
 67. Information  
 68. Technology  
 69. Innovation  
 70. Research  
 71. Development  
 72. Design  
 73. Engineering  
 74. Architecture  
 75. Art  
 76. Culture  
 77. Society  
 78. Community  
 79. Group  
 80. Organization  
 81. Institution  
 82. Association  
 83. Union  
 84. League  
 85. Club  
 86. Society  
 87. Order  
 88. Fraternity  
 89. Sisterhood  
 90. Association  
 91. Organization  
 92. Institution  
 93. Association  
 94. Organization  
 95. Institution  
 96. Association  
 97. Organization  
 98. Institution  
 99. Association  
 100. Organization  
 101. Institution  
 102. Association  
 103. Organization  
 104. Institution  
 105. Association  
 106. Organization  
 107. Institution  
 108. Association  
 109. Organization  
 110. Institution  
 111. Association  
 112. Organization  
 113. Institution  
 114. Association  
 115. Organization  
 116. Institution  
 117. Association  
 118. Organization  
 119. Institution  
 120. Association  
 121. Organization  
 122. Institution  
 123. Association  
 124. Organization  
 125. Institution  
 126. Association  
 127. Organization  
 128. Institution  
 129. Association  
 130. Organization  
 131. Institution  
 132. Association  
 133. Organization  
 134. Institution  
 135. Association  
 136. Organization  
 137. Institution  
 138. Association  
 139. Organization  
 140. Institution  
 141. Association  
 142. Organization  
 143. Institution  
 144. Association  
 145. Organization  
 146. Institution  
 147. Association  
 148. Organization  
 149. Institution  
 150. Association  
 151. Organization  
 152. Institution  
 153. Association  
 154. Organization  
 155. Institution  
 156. Association  
 157. Organization  
 158. Institution  
 159. Association  
 160. Organization  
 161. Institution  
 162. Association  
 163. Organization  
 164. Institution  
 165. Association  
 166. Organization  
 167. Institution  
 168. Association  
 169. Organization  
 170. Institution  
 171. Association  
 172. Organization  
 173. Institution  
 174. Association  
 175. Organization  
 176. Institution  
 177. Association  
 178. Organization  
 179. Institution  
 180. Association  
 181. Organization  
 182. Institution  
 183. Association  
 184. Organization  
 185. Institution  
 186. Association  
 187. Organization  
 188. Institution  
 189. Association  
 190. Organization  
 191. Institution  
 192. Association  
 193. Organization  
 194. Institution  
 195. Association  
 196. Organization  
 197. Institution  
 198. Association  
 199. Organization  
 200. Institution  
 201. Association  
 202. Organization  
 203. Institution  
 204. Association  
 205. Organization  
 206. Institution  
 207. Association  
 208. Organization  
 209. Institution  
 210. Association  
 211. Organization  
 212. Institution  
 213. Association  
 214. Organization  
 215. Institution  
 216. Association  
 217. Organization  
 218. Institution  
 219. Association  
 220. Organization  
 221. Institution  
 222. Association  
 223. Organization  
 224. Institution  
 225. Association  
 226. Organization  
 227. Institution  
 228. Association  
 229. Organization  
 230. Institution  
 231. Association  
 232. Organization  
 233. Institution  
 234. Association  
 235. Organization  
 236. Institution  
 237. Association  
 238. Organization  
 239. Institution  
 240. Association  
 241. Organization  
 242. Institution  
 243. Association  
 244. Organization  
 245. Institution  
 246. Association  
 247. Organization  
 248. Institution  
 249. Association  
 250. Organization  
 251. Institution  
 252. Association  
 253. Organization  
 254. Institution  
 255. Association  
 256. Organization  
 257. Institution  
 258. Association  
 259. Organization  
 260. Institution  
 261. Association  
 262. <

Interno per il cliente

..... DO RACIENITE / à 5 : \_\_\_\_ hs.

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_

( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Edna Moraes  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

**SERVICIOS REALIZADOS:**

IDADE

CBO

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

5.

...

---

a

000

11111

三三三

三

—

... ..

---

*Costa Rica*

1

48

...construção detectada=2019-09-23&horaatend=12:01:09

25/10/2019

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Pereira, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/10/2019  
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 03 NOME: Wagner Luiz Egito de Araujo



GOVERNO  
DA PARAÍBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Data da Internação: 23/09/2019

Data da Alta: 25/10/2019

Registro: 1998618

Tempo de Permanência: -18163

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050551

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 23/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTA AMBULATORIAL, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, ARFLEX 200 MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS, XARELTO 10 MG CO 1X AO DIA ATE DEAMBULAÇÃO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 25/10/2019

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
MR. 081084-0  
CRM - PB 19926

10.1.1.148/projetohtcg/impreresumoalta.php?contar=1998618

1/1

Digitalizada com CamScanner



23/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB  
NOME: Wagner Luiz Egido de Araujo

CNPJ: 08.778.268/00038-52

Data: 23/10/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 160873

DATA DA CIRURGIA: 23/10/2019

Número do Atendimento: 1998618 Clín: ORTOPEdia 1 / Enf: 4 / Lei: 4

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Data da Internação: 23/09/2019

Atendimento: 1998618

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório: 0408050551 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 23/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista:

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato:

Acidente Durante Operação:

Descrição da Operação: 01 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

02 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

03 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

04 INCISÃO EM FACE MEDIAL DE TIBIA PROXIMAL + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DE PLANALTO TIBIAL + FIXAÇÃO COM PLACA DE FEMUR PROXIMAL DE 08 FUROS + PARAFUSOS

06 LAVADO DE FO COM SF

07 SUTURA POS PLANOS

08 CURATIVO

Data 23/10/2019

Assinatura e Carimbo  
Wagner Luiz Egido de Araujo

10.1.1.148/projetohctg/impredescri.php?ID=4878&contar=1998618

1/1

Digitalizada com CamScanner



12/10/2019

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?data=2019-10-12&amp;contar=1998618&amp;IDC=53884

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNFJ: 10.848.190-0001-55

Data: 12/10/2019

Horas: 10:13:49

Médico (a) Diarista: Wagner Luiz Egito de Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1998618

Paciente: JOSE FABIO ELIANO DA SILVA

Idade: 029

Sexo: M

Nome da Mãe: FRANCISCA MENDES DA SILVA

Data de Nascimento: 13/02/1990

Admissão: 23/09/2019 DIH - 19

Clínica: ORTOPEdia 1

Enfermaria: 4

Leito: 4

Diagnóstico: FRATURA PLATO TIBIAL ESQUERDO

DIA 12/10/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito de Araujo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/MIL 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	12 18 24 06
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1 FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 18 24 06
4	RANITIDINA CLORIDRATO 150 MG V.O. 1 COMP, 12h/12h	18 06
5	ACIDO ACETIL SALICILICO 100 MG V.O. 1 COMP, 24h/24h (ADM AS 22h)	18 06
6	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1 SERINGA, 24h/24h (ADM AS 6h)	18 06
7	FISIOTERAPIA MOTORA	18 06
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	18 06
9	CURATIVOS	18 06

## EVOLUÇÃO

DATA: 12/10/2019 HORA: 10:13:17

PACIENTE SEGUE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADO, SEM QUEIXA DE DOR, TRANSARTICULAR E FIXAÇÃO DE FRATURA DE PLANO TIBIAL COM PARAFUSOS CANULADOS. SONO PRESERVADO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES. NAGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA. HOSPITAL SEM CLEXANE PRESCREVO AAS

# CONDUTA: VPM

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito de Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
Médico ORTOPEdia  
CRM - PB 4929

10.1.1.148/projetohctg/imprimevo.php?datasai=2019-10-12&amp;contar=1998618&amp;IDC=53884

1/1

Digitalizada com CamScanner



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

NOME  
**FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA**



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF  
**2580771 SSP PB**

CIT  
**011.717.834-93** DATA NASCIMENTO  
**27/03/1982**

FILIAÇÃO  
**JULIO DE MEDEIROS PAIVA**  
**MARIA DE LOURDES FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA**

PERMISSÃO  
**AB**

Nº REGISTRO  
**01349023994** VALIDADE  
**29/07/2020** 1ª HABILITAÇÃO  
**13/07/2000**

OBSERVAÇÕES

*Felipe Manuel F de M Paiva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**JOAO PESSOA, PB**

DATA EMISSÃO  
**10/07/2015**

**Aristeu Chaves Sousa**  
ASSINATURA DO EMISSOR

**16711326614**  
**3031087132**

**DETRAN - PB (PARAIBA)**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

**1152647944**

PROIBIDO PLASTIFICAR

**1152647944**



FELIPE

CHEGOU SUA FATURA DA OI.  
Acesse [www.oi.com.br/MinhaOi](http://www.oi.com.br/MinhaOi)

FATURA DE  
DEZ/2019  
CÓDIGO MINHA OI  
401277278620

VENCIMENTO  
16/12/2019  
Emissão em 06/12/2019  
Período de 03/11/2019 a 03/12/2019

87,78



CTC RECIFE PE PL7  
FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIVA  
RUA DEPUTADO AMERICO MAIA 104 CA  
JAGUARIBE  
58015-240 - JOAO PESSOA - PB



7200039896 00000 00000000000 10 051219

**PRECISA DE AJUDA?  
FALE COM A JOICE  
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS

87,78

OI MÓVEL

TOTAL DE MENSALIDADES

87,78

**TOTAL DA SUA FATURA**

**87,78**

FELIPE MANUEL FORMIGA DE MEDEIROS PAIV  
CPF: 011.717.834-93  
NÚMERO DO CLIENTE: 2907210100  
NÚMERO DA FATURA: 317480833  
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401277278620

**CÓDIGO MINHA OI  
401277278620**

[www.oi.com.br/MinhaOi](http://www.oi.com.br/MinhaOi)

Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

## ENTENDA SEU CONSUL

O valor da sua fatura nos últimos meses

Dez 2019	87,78
Nov 2019	91,78
Out 2019	90,78
Set 2019	90,78
Ago 2019	90,78
Jul 2019	87,78

Fique atento. Efetue os pagamentos e evite: Cobrança de Multa de 2% + juros diários pro rata die. Suspensão do serviço: 15 dias após envio da 1ª notificação e, de 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha cobrada normalmente de acordo com os contratados, pois ela continua apta a chamadas. Cancelamento e inclusão no de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), após a Suspensão Total.

Digitalizada com CamScanner



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

NOME  
**JUSSARA ARNAUD FERREIRA**



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
**1840243 SSP PB**

CPF DATA NASCIMENTO  
**000.192.124-02 18/06/1974**

FILIAÇÃO  
**JOSE FERREIRA DA SILVA  
JULIA ARNAUD FERREIRA**

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

**B**

Nº REGISTRO  
**02315816160**

VALIDADE  
**08/10/2018**

1ª HABILITAÇÃO  
**03/05/2002**

OBSERVAÇÕES

*Jussara Arnaud Ferreira*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**CAMPINA GRANDE, PB**

DATA EMISSÃO  
**10/10/2013**

*Rodrigo Carvalho*

**25306860830  
PB027256960**

ASSINATURA DO EMISSOR

**DETRAN - PB (PARAIBA)**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

818544403

PROIBIDO PLASTIFICAR

818544403

**SINISTRO 3200063287 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JOSE FABIO ELIANO DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** JOSE FABIO ELIANO DA SILVA**CPF/CNPJ:** 11957448466**Posição em 03-09-2020 14:34:55**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/02/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**6ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0816219-63.2020.8.15.0001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

**R. H.**

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, **deixo para momento oportuno à análise da conveniência da audiência de conciliação**, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado no direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF), aliado a situação emergencial de saúde – Pandemia – COVID19, que por ora dispensa a realização de atos presenciais.

Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se



manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção).

Via digitalmente assinada deste decisum poderá servir como mandado.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Campina Grande, 3 de setembro de 2020.

Juiz(a) de Direito



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**6ª Vara Cível de Campina Grande**

( )

Nº do processo: 0816219-63.2020.8.15.0001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

**MANDADO DE CITAÇÃO**

O MM. Juiz de Direito da 6ª Vara Cível de Campina Grande manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte  
N o m e : B R A D E S C O S E G U R O S S / A  
Endereço: Rua Marquês do Herval, 129, Centro, Campina Grande-PB, CEP – 58400-087  
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

, em 8 de setembro de 2020.

De ordem, SUENIA AURELIANO BARRETO  
Servidor

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:**

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:  
20090316014635700000032487603



## **CERTIDÃO**

**Certifico e dou fé que no dia 10 de Setembro de 2020, me dirigi em diligência no endereço indicado no presente mandado, e ali estando, após as formalidades legais, Procedi a Citação do Bradesco Seguros S/A, na pessoa da Sra. LARISSA DE LIMA COSTA, Gerente, a qual após a leitura do mandado, exarou sua assinatura, ficando ciente de todo o conteúdo, inclusive recebendo contrafé do mandado.**

**O referido é verdade.**

**C. Grande/PB, 14 de Setembro de 2020**

**José Dantas da Silva**

**Oficial de Justiça**

**Matricula 468.159-2**



**Poder Judiciário da Paraíba  
6ª Vara Cível de Campina Grande**

( )

Nº do processo: 0816219-63.2020.8.15.0001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

**MANDADO DE CITAÇÃO**

O MM. Juiz de Direito da 6ª Vara Cível de Campina Grande manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte  
Nome: BRADESCO SEGUROS S/A  
Endereço: Rua Marquês do Herval, 129, Centro, Campina Grande-PB, CEP – 58400-087  
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão  
aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

, em 8 de setembro de 2020.

De ordem, SUENIA AURELIANO BARRETO  
Servidor

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:** <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:  
20090316014635700000032487603



Assinado eletronicamente por: SUENIA AURELIANO BARRETO

08/09/2020 07:28:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 34035634



20090807283474000000032557600

imprimir

149.493-Larissa de Lima Costa



08/09/2020 14

*Handwritten signature and initials*

