



## PROCURAÇÃO *AD JUDICIA*

### OUTORGANTE:

**PAULO HENRIQUE DA SILVA**, brasileiro, solteiro, servente de pedreiro, portador do RG nº 3.260.924 - 2ª VIA SSDS/PB e CPF nº 100.917.084-86, residente e domiciliado à Rua Aracaju, 177B, Grotão, João Pessoa - PB, CEP 5800-000

### OUTORGADO:

**FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO**, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839 e **LUARA GABRIELLE ALVES DOS SANTOS FIDELIS**, brasileira, casada, OAB/PB 15.216, estabelecidos à Rua Rodrigues de Aquino, 55, Centro, João Pessoa - PB.

**PODERES:** a quem confere poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, com base no artigo (art. 105, CPC).

**CONTRATO:** Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, 08 de agosto de 2016.

*Paulo Henrique da Silva*  
OUTORGANTE

Paraíba  
João Pessoa  
Rua Rodrigues de Aquino, 55  
Centro, CEP 58.013-030  
Tel.: (83) 3566.3006

[contato@fidelisadv.com](mailto: contato@fidelisadv.com)

Maranhão  
São Luís  
Av. Colares Moreira, N° 444, Sala 208-A  
Renascença II, CEP 65.075-441  
Tel.: (98) 3082.7466

1/1



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

x Francisco Assis Fidelis de Oliveira



**SINISTRO 3170624880 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA PAULO HENRIQUE DA SILVA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev  
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PE**BENEFICIÁRIO PAULO HENRIQUE DA SILVA****CPF/CNPJ:** 10091708486**Posição em 12-01-2018 13:18:09**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

21/12/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 00151.01.2017.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00151.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:35 horas do dia 19 de janeiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Escrivão de Polícia do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Paulo Henrique da Silva**, CPF nº 100.917.084-86, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente de Pedreiro, filho(a) de Maria da Luz da Silva e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/10/1988 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aracajú, Nº 177, bairro Grotão, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Assembleia de Deus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98614-2023.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Três Lagoas, João Pessoa/PB, bairro Oitizeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/09/16 12:00h. Tipificação: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 17/09/16, por volta das 12:00h, quando se encontrava como carona na motocicleta de marca YAMAHA/FACTOR YBR 125K, cor vermelha, ano 2010/2011, de placa NQI-4509/PB, chassi nº 9C6KE1520B0002269, registrada em nome de Leonardo Ferreira da Silva, conduzida pelo mesmo (Leonardo Ferreira da Silva), na ocasião que este trafegava pela rodovia BR-230, no sentido Ernesto Geisel/Oitizeiro, ao chegar nas proximidades das três lagoas, após perder o controle de direção caiu ao solo, e que em decorrência desse fato o notificante veio a sofrer fratura de galleazzi esquerdo, sendo conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

João Pessoa/PB, 19 de janeiro de 2017.

Carlos Antônio Duarte Félix  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. 135.602-8

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX  
Escrivão de Polícia

*Paulo Henrique da Silva*  
PAULO HENRIQUE DA SILVA  
Noticiante





## CERTIDÃO

Nº. 1809/2016

Atendendo solicitação de BEATRIZ FERNANDES LEITE e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 880783 e Prontuário Nº 2014.11.000745 pertencente a PAULO HENRIQUE DA SILVA que foi atendido dia 17/09/2016 às 12H55min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em punho esquerdo e membros inferiores.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de galleazzi esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/09/2016 com alta médica dia 01/10/2016.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de novembro de 2016

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médico Intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME					PRONTUÁRIO N°	
PAULO Henrique da Silveira	IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
27	M		estope		11	36
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
17/09/16		01/10/16			14 dias	
DIAGNÓSTICO INICIAL		Trotinete de Galleazzi (E)			CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		O mesmo			552.3	
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES		Raios X do antebraço (E) AP e perfil				
ROCEDIMENTO REALIZADO:						
Tratamento cirúrgico						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA						
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO		

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente com dor e deformidade de um antebraço (E) quando bateu por acidente de moto.	

DIETA:	Livre	ORIENTAÇÕES PÓS ALTA
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias.	
	Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.	
	Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.		
MEDICAÇÕES PARA CASA:		

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. Andrade _____ em 30 dias para revisão.
DATA	01/10/16
	Dr. Everton M. Andrade CRM-PB 8618 ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
HOSPITAL MANGABEIRA  
R. AL. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 887307 Atg: Nat Regul.  
Data: 17/09/2016  
Hora: 12:55:47  
Repcionista: JULIENE MARIE DA SILVA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2  
Num. Prontuario: 2014.11.000745

CNS: 47M CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3260924 Fone: 987699297

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/10/1988 Id: 27 ano(s)

Endr.: RUA COHES, 177

Municipio: GROIAO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Pai:

Mae: MARIA DA LUZ DA SILVA

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

INTERROGAÇÃO ENTRADA

Resid.: A CORRINHA- WILMA

Documentos Possessiveis: / SEM DOCUMENTO: SD

Carro: OUTRO PCT. VEIO COM O BOMBEIRO

Medicamento Utilizado: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO AO 12:10

Vitima de acidente por: TRES LAGOAS NO DIA 17-09-16 ENSINO M INCOMPLETO

Vitima de violencia por: COR PARDA SUSPEITA DE FRATURA

[ ] Caso Policial

PRE-TRATAMENTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO:

Tipo de Classificação de Risco:

PAP:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
SC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispnica
Glic.	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitacao
Cir.	QZ:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Desordem
		<input type="checkbox"/> Vomito	

Observacao: *RESOLV*

Pronto Socorro:

Paciente info

Histórico - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente entrou de quado de moto hz ~ 2h com dor e  
dolorosite. em prado F, aparente escoriação em MMII  
e M5D. Depois vomito e perde de consciência. ABD profundi  
e inúmeras. ABCD OK Conduta

No exame:

*PRADOMS de 11/11/16* Horário da medicacão

Primum acc AN OV de RNM > (3) hemoptax de intensidad

Dra. Ipiranga Lister  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 6074



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 19/05/2018 18:17:33  
<http://pjef.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1805191817073830000014030101>  
Número do documento: 1805191817073830000014030101

Num. 14374576 - Pág. 7

MARIA DO SOCORRO DA SILVA  
RUA APARECIDA, 177/B - GRQUIA 2  
JOAO PESSOA/PB CEP 58000000(AQ, J)

Classe/Subcls RESIDENCIAL / BAIA/FRT LILIA MCMOPAZ(L)  
Roteiro 10-2 - 498 - 8240  
Referencia Ano/2016  
Emissao 15/04/2016  
Numero Medidor 00008220366

ENERGISA SISTEMAS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA  
Av. Presidente João Pessoa, 126 - Centro  
CNPJ nº 05.183.000/0001-32 - Inscrição Estadual 1601532  
Nota Fiscal/Lenda de Energia Elétrica 11/06/17  
Código para Débito Automático: 000011297991

Atendimento ao Cliente ENERGISA - 0800 088 0196 Acessar: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

conta referente a:

Abr / 2016

Declaração de Conta referente a Ano  
Coronel Joaquim da Costa e Silva 2016  
Referência ao mês de Abril de 2016  
dos faturamentos regulares e  
destacionais e considerando  
os seguintes termos:  
Emissor: 15/04/2016  
Prazo de vencimento: 12/05/2016

Assinado eletronicamente por: FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO - 19/05/2018 18:17:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051918170738300000014030101>  
Número do documento: 18051918170738300000014030101

**Poder Judiciário da Paraíba  
10ª Vara Cível de João Pessoa-PB  
Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB**

---

**Nº do Processo: 0826136-91.2018.8.15.2001  
Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assuntos:  
Autor: PAULO HENRIQUE DA SILVA  
Réu: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**

**D E S P A C H O**

Vistos, etc.

Defiro o benefício da justiça gratuita em favor da parte autora, o que faço com fulcro no art. 98 do CPC.

A experiência tem demonstrado que, em casos como o presente, a seguradora ré não costuma firmar acordos antes da realização da perícia médica necessária ao deslinde do feito, o que torna a conciliação improvável, ao menos por ora. Assim, deixo de designar audiência de tentativa de conciliação prevista no art. 334 do CPC.

Cite-se, pois, a parte ré, pela via postal, para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (art. 344 do CPC).

Apresentada defesa, intime-se a parte autora, na pessoa de seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, oferecer impugnação.

João Pessoa, 15 de julho de 2019.

*Ricardo  
Juiz de Direito* da Silveira Brito

