

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSIVAL RAMOS DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, agricultor, RG nº 2260285, CPF nº 060.979.354-39, residente e domiciliado na Sítio Areia Branca, Cidade de Sapé, Estado da Paraíba.

OUTORGADO: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA, brasileira, advogada inscrito na OAB/PB sob o n.º14.540, residente e domiciliada nesta Capital, com endereço profissional localizado à Rua da João Machado, nº 399, Sala 4, Centro, João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia", em qualquer instancia e/ou nos atos extra judiciais nos termos do artigo 38 do Código de Processo Civil Brasileiro, podendo, ainda, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, dar e receber quitação, firmar compromissos, inclusive de inventariante e, perante quaisquer pessoas jurídicas de direito publico, seus órgãos, Ministérios, Secretarias, Autarquias, Empresas Publicas, Fundações e quaisquer pessoas jurídicas de direito privado, Sociedade de Economia mista, conjunta ou separadamente, e substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

Ainda pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica obrigado o outorgante/ contratante a pagar a Outorgada os honorários advocatícios pelos serviços prestados, na razão de 30%(trinta por cento), incidente sobre toda vantagem bruta auferida pelo contratante/Outorgante independe de haver honorários de sucumbência, ficando desde logo o M.M. Juízo desde logo autorizado a expedir alvará em separado referente aos honorários contratuais nos termos deste instrumento.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

JOSIVAL RAMOS DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, agricultor, RG nº 2260285, CPF nº 060.979.354-39, residente e domiciliado na Sítio Areia Branca, Cidade de Sapé, Estado da Paraíba, e tendo como norte o At.5º, inc LXXIV da Constituição Federal e o parágrafo único do art.2º da lei 1.060, que é pobre na forma da lei, não podendo arcar com as custas, encargos e demais emolumentos processuais caso venham a ser arbitrados sem sacrifício ou prejuízo de sua família tudo em conformidade com o já citado artigo.

Declara ainda, ser conhecedora da responsabilidade caso este instrumento não reporte com a verdade.

João Pessoa, 03 de setembro de 2019.

Josival Ramos de Araújo





CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

DATA DO ATENDIMENTO: 26/05/18

☐ Nº PRONTUÁRIO: ☐ FICHA:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. FIDELIS

DIAGNÓSTICO: FX RADIO (E)

PROCEDIMENTO: GOLETTI

OSTEOSÍNTESIS.

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 961/2019

Aos quatro (04) dias do mês de maio do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 07:30 HS; compareceu JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO, brasileiro, casado, com 42 anos de idade, natural de Sapé, filho de José Batista de Araújo e Maria das Dôres dos Ramos, residente Sítio Areia Branca, s/n, zona rural de Riachão, o qual declarou o seguinte: QUE no dia 22 de maio do corrente ano, o noticiante pilotava uma moto Honda CG 150 FAN ESI de placa OEX 9553/PB, quando colidiu com um caminhão de placas KFF 2150/PB; QUE o acidente ocorreu na localidade de Lagoa do Padre; QUE por conta do acidente, o noticiante ficou internado no Hospital de Traumas, e até hoje tem sequelas do acidente. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE:

Josival Ramos de Araújo

ESCRIVÃ POLÍCIA:

Cezarina Maria Araujo de Medeiros

MAT: 135.635-6

Mat: 135. 635- 6





CERTIDÃO

Nº. 1640/2019

Atendendo solicitação de FLAVIANA DA SILVA CÂMARA 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 Nº231864 e Prontuário Nº 2019.05.2748 pertencentes ao paciente **JOSIVAL RAMOS DE ARAÚJO** foi atendido dia 22/05/2019 às 22h28min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/05/2019. Com alta médica dia 26/05/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato 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



PRESSOARA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPANHIA HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: SENE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-364 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 231864

Atd: Nao Regular

Data: 22/05/2019

Hora: 22:28:52

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 708600568710287 Sexo: M IDENTIDADE: 2260285 Fone: 991655831

Num. Prontuario: 2019.05.002748

Natural: SAPE/PB Data Nasç.: 15/11/1976 Id: 42 ano(s)

End.: SÍTIO AREIA DO SOBRADO, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOBRADO UF: PB

Mae: MARIA DAS DORES DOS RAMOS

Pai: JOSE BATISTA DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Tel./Doc. Responsavel: 991655831 / IDENTIDADE: 2260285

Pl. Atendimento: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violencia por: NO LAGOA DO PADRE/COND.

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

LA EM MSE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEETSHL, CONFORME PACTUACAO.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAMA, VITIMA DE ACIDENTE MOTO

APARECIMENTO FÍSICO DE GALEATI

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

INTERVALO PI TPO CIRCUNSC

Dr. Yuri Oliveira

Dr. Pontes





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSIVAL RAMOS DE ARAÚJO		Data da Admissão: 22/05/19	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:		Bairro:	
Endereço:		Profissão:	
Cidade:	Estado:	Fone:	Religião:
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Data de Nascimento: / /
Escolaridade:		Data de Nascimento: / /	
QPD: DOR EM ANTEBRAÇO			
HDA: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO, DOR E DEFORMIDADES E ATENDIDO @			
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 Pescoço: [] 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 [] Solução [] 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-reposso [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor			

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Paulo R. de Araújo</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	1º Assistente:		Instrumentador:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Horário: I: T:	
Anestesista: <u>D. Jorge</u>		Tipo Anestesia: <u>OPG</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Feb. Adeno</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>0</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Excr. c. fên.</u>					
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					

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		JOSIMAR RAMOS DE SAUSO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO		
42a	ur.			17	160		
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
22/05/19.		26/05/2019.					
DIAGNOSTICO INICIAL						CID	
Fx. RÍDIO (D) DIÁFISE							
DIAGNOSTICO DEFINITIVO							
O MESSMO.						582.3	
OUTROS DIAGNOSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES							
RADIOGRAFIA.							
PROCEDIMENTO REALIZADO:							
OSTEOSINTESE.							
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA							
ANATOMIA PATOLÓGICA							
INFECÇÃO F.O.		☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL		☐ SIM ☒ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA							
CONDIÇÕES DE ALTA		☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO		☐ A PEDIDO	
				☐ CURADO		☐ ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES):
Paciente com Fx RÍDIO (DIÁFISE); foi submetido a procedimento cirúrgico com posição de fixação e fechamento do osso em boas condições gerais.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 40 dias e com esforço maior em 90 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: ANALGÉSICO + ANTIBIÓTICO

RETORNO

Ao posto de saúde em

Ao Ambulatório do

10 dias para retirada de pontos.

em 30 dias para revisão.

Dr. Kleber Lopes da Nobrega
Res. Ortopedia e Traumatologia

Dr. Fátima

26/05/19.

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200058312 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 06097935439

Posição em 08-04-2020 20:06:22

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/03/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Rsb66nHEAUlZ0fkKI9DbZapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75qOUQloB__jZQ26im0kLsZGU=)
08/02/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/pCipnN0qSzN1dAvfQxapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75qOUQloB__jZQ26im0kLsZGU=)
08/02/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/z+PgPB3s62fhCjYkTyNapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75qOUQloB__jZQ26im0kLsZGU=)





(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(https://portal.fundaj.br/seguro-dpvt/seguro-dpvt_oficial/)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

› Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=06097935439&sinistroConsultaPe... 2/3



- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefonos-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
8ª VARA CÍVEL DA CAPITAL**

PROCESSO N.º: 0820954-56.2020.8.15.2001

Vistos, etc

DEFIRO a assistência judiciária gratuita.

1. CERTIFIQUE a escrivania a existência de outra ação idêntica a presente, envolvendo as mesmas partes, eventualmente distribuída para vara cível diversa ou comarca.

2. Caso negativa a certidão, CITE-SE a parte ré, para ofertar defesa, no prazo de 15 dias, uma vez que a audiência de conciliação/medição prevista no art. 334, do CPC/2015 mostra-se inoportuna no presente caso.

3. Apresentada contestação, INTIME-SE, para impugnar, no prazo de 15 dias.

João Pessoa, 13 de abril de 2020.

RENATA DA CÂMARA PIRES BELMONT
Juíza de Direito





Poder Judiciário da Paraíba

8ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

**0820954-56.2020.8.15.2001 [Seguro, Seguro]
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

CERTIDÃO

Certifico que após realizar buscas/consultas nos sistema **STI e PJE**, observa-se que não **CONSTAM AÇÕES** com mesmo nome das partes e mesma causa de pedir. Dou fé.

João Pessoa-PB, em 11 de maio de 2020

CLEOPATRA CAMPOS MEDEIROS
Analista/Técnico Judiciário

