

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ROSALVA JACINTO DA HORA, brasileira, consorte, agricultora, inscrita no CPF sob o nº 046.181.204-52, residente na Rua Ebenezer, nº 65, Costa e Silva, João Pessoa - PB, CEP: 58.081-273.

**OUTORGADOS:** LUIZ CÉSAR GABRIEL MACÊDO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PB, sob o nº 14.737, CPF nº 011.228.334-90 e VALTER DE MELO, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB-PB, sob o nº 7.994, CPF Nº 139.561.404-00, ambos com escritório profissional na Rua Rodrigues de Aquino, nº 718, Jaguaribe, João Pessoa - PB.

**PODERES:** Confere(em) amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, defender-me (nos) nas que (me) (nos) forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, retirar/extrair dos autos alvará judicial, receber e dar quitação, firmar compromissos, assinar termo de renúncia, inclusive sobre o direito que se funda ação e ao valor que exceder a alçada em rito sumaríssimo perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s) bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa - PB, 14 de agosto de 2017.

Rosalva Jacinto da Hora  
OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

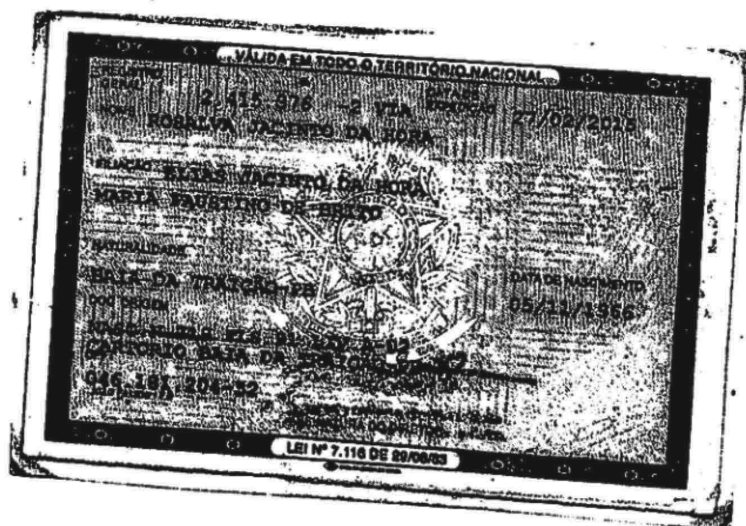
Eu, ROSALVA JACINTO DA HORA, brasileira, consorte, agricultora, inscrita no CPF sob o nº 046.181.204-52, residente na Rua Ebenezer, nº 65, Costa e Silva, João Pessoa - PB, CEP: 58.081-273, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições de arcar com as despesas inerentes a presente ação, sem prejuízo de meu sustento próprio e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça, nos termos da Lei 1060/50 e 7.115/83.

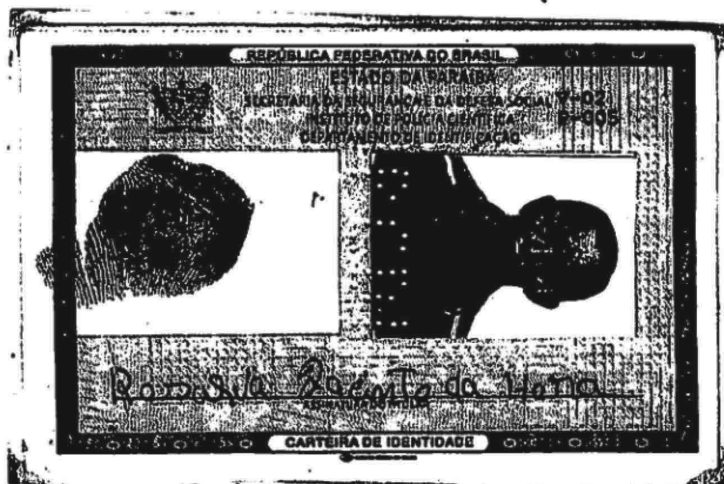
João Pessoa - PB, 14 de agosto de 2017.

Rosalva Jacinto da Hora  
DECLARANTE



51





Num. 9672863 - Pág. 1



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 10/11/16

Nome: Martins Junior  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1/\_\_\_\_

QPD: 2a O Pneu E Ho U

HDA: Pne co 2a O Pneu E Ho U

Medicações em uso: Ø

### 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: \_\_\_\_\_

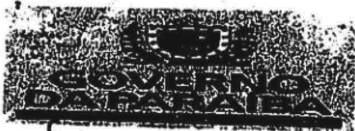
AR e ACV: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solto ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ 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

Q: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade \_\_\_\_\_



08/

## ENCAMINHAMENTO

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para:

08/02/2012 / CDI

Encaminhado o (a) paciente:

Dona Maria Pereira da Silva

Residente à

Telefone

para atendimento referente à

O (a) paciente tem por responsável legal/acompanhante o (a) senhor (a)

portador do RG nº

CPF

sendo

o

mesmo

(a)

do(a) paciente.

Motivo:

Paciente F, 50 anos, vítima de queda de moto há 10 dias. Regime de internação em enfermaria.

Dr. Francisco Antônio de Azevedo e Almeida  
Dr. Gelson de Almeida e Costa

O Contato foi realizado com

Dr. Francisco Antônio de Azevedo e Almeida / Dr. Gelson de Almeida e Costa

Mamanguape, 10 de fevereiro de 2016

Horário:

18h46

Dr. Frederico

Solicitante





09/

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|       |                        |     |         |      |               |           |
|-------|------------------------|-----|---------|------|---------------|-----------|
| NOME  | Roxley Jacinto de Lenc |     |         |      | FRONTUÁRIO Nº |           |
| IDADE | SEXO                   | COR | CLÍNICA | ENF. | 25            | LEITO 406 |

|  |              |                      |
|--|--------------|----------------------|
| DATA DE ADMISSÃO                         | DATA DE ALTA | TEMPO DE PERMANÊNCIA |
| DIAGNÓSTICO INICIAL<br>Fratura pulso (B) |              | CID<br>S52.5         |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO                   |              |                      |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS                      |              |                      |

|                   |
|-------------------|
| PRINCIPAIS EXAMES |
|-------------------|

|                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| PROCEDIMENTO REALIZADO: | Osteomielite / RIFP |
|-------------------------|---------------------|

|                           |
|---------------------------|
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA |
|---------------------------|

|                     |
|---------------------|
| ANATOMIA PATOLÓGICA |
|---------------------|

|               |                              |   |                    |                              |                              |
|---------------|------------------------------|---|--------------------|------------------------------|------------------------------|
| INFECÇÃO F.O. | <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | COLÊTA DE MATERIAL | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
|---------------|------------------------------|---|--------------------|------------------------------|------------------------------|

|                         |
|-------------------------|
| RESULTADO BACTERIOLOGIA |
|-------------------------|

|                  |   |                                   |                                  |                                 |                                |
|------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| CONDIÇÃO DE ALTA | <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO | <input type="checkbox"/> REMOVIDO | <input type="checkbox"/> ATÉDIDO | <input type="checkbox"/> CURADO | <input type="checkbox"/> ÓBITO |
|------------------|---|-----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|

|                |   |
|----------------|---|
| RESUMO CLÍNICO | HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES |
|----------------|---|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Res. de Aus. intercorrentes |  |
|-----------------------------|--|

|        |       |                      |
|--------|-------|----------------------|
| DIETA: | Genel | 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: | Lavagem 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: | Doximet / Cepadroxol |
|-----------------------|----------------------|

|         |                            |                          |
|---------|----------------------------|--------------------------|
| RETORNO | Ao posto de saúde em _____ | para retirada de pontos. |
|---------|----------------------------|--------------------------|

|  |                         |                         |
|--|-------------------------|-------------------------|
|  | Ao Ambulatório do _____ | em 30 dias para revisão |
|--|-------------------------|-------------------------|

|  |      |          |
|--|------|----------|
|  | DATA | 20/11/16 |
|--|------|----------|

|  |   |  |
|--|---|--|
|  | Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar |  |
|--|---|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO |  |
|--|--|--|

|  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
|  | TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. |  |
|--|---------------------------------------|--|

Dr. Odilon R. Filho  
Ortopedia / Cir. Joints  
CRM 8888 - TEOT 12067  
ASS. MÉDICO / CRM







### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Paula Jacinto de Noronha portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da patologia CID-10 S52.5, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 dias, a partir desta data.

João Pessoa  
Dr. Odilon R. João  
Ortopedia / Cir. Joelho  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

10/11/16

### 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 ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 541, CEP 56025-354, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



REFEITORIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FA 83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 90389 Atd: Nao Regulac  
Data: 10/11/2016  
Hora: 21:24:15  
Recepcionista: CAUDENICE GALVAO DA S  
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 2

Nome: ROSALVA JACINTO DA HORA

Num. Prontuario: 2012.08.000152

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 2415376 Fone: 87963896

Natural: BAIÁ DA TRAIÇÃO/PB Data Nasc.: 05/11/1966 Id: 50 ano(s)

End.: VILA SAO MIGUEL,

Bairro: ALDEIA Cidade: BAIÁ DA TRAIÇÃO UF: PB

Pai: ELIAS JACINTO DA HORA

Mae: MARIA FAUSTINO DE BRITO

Ocupação: DONA-DE-CASA

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ENFERMEIRA LAISA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

T. Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

*Encaminhado de acordo com a Postura*

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Observacao

*Carimbo*  
*Carimbo*  
*Carimbo*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao





07/

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                    |      |     |         |                |                  |
|------------------------------------|------|-----|---------|----------------|------------------|
| NOME <u>Rosely Jozeito de Lenc</u> |      |     |         | PRONTUÁRIO Nº  |                  |
| IDADE                              | SEXO | COR | CLÍNICA | BNF. <u>25</u> | LEITO <u>406</u> |

|  |              |                      |
|--|--------------|----------------------|
| DATA DE ADMISSÃO                               | DATA DE ALTA | TEMPO DE PERMANÊNCIA |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fratura pulso - (B)</u> |              | CID <u>S52.5</u>     |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO                         |              |                      |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS                            |              |                      |
| PRINCIPAIS EXAMES                              |              |                      |

### PROCEDIMENTO REALIZADO:

Osteomielite / RIFP

### TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

### ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO

COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO

### RESULTADO BACTERIOLÓGICO

CONDIÇÃO DE ALTA ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

### RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Res. de Ann. intercorrências

### DIETA:

### REPOUSO:

Relativo em casa por 6 dias

Retorno às atividades sem esforço físico em 6 dias

Retorno às atividades com esforço físico leve em 6 dias e com esforço maior em 6 dias

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavagem 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 15

Ao Ambulatório do

para retirada de pontos.  
em 30 dias para revisão

20/11/16  
DATA

Dr. Odilon R. Cepedax  
Ortopedia / Cir. Juntas  
CRM 1888 - TEOT 12957  
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





## CERTIDÃO

Nº. 0129/2017

Atendendo solicitação de ROSALVA JACINTO DA HORA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação a Ficha de atendimento ambulatorial de Nº 903899 e de Prontuário Nº 2012080732 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 10/11/2016 às 21H24min, paciente encaminhado de outra unidade hospitalar, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a exame médico e exame de imagem que evidenciou fratura em 1/3 do radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/11/2016 com alta médica dia 20/11/2016.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 27 de Janeiro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00638.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00638.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 29 de março 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Rosalva Jacinto da Rocha, CPF nº 046.181.204-52, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Maria Faustino de Brito e Elias Jacinto de Brito, natural de Baía da Traição/PB, nascido(a) em 05/11/1966 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Aldeia São Miguel, complemento aldeia de índio, bairro Centro, tendo como ponto de referência próximo a Ao Centro da Cidade, na cidade de Baía da Traição/PB, telefone(s) para contato (83) 98812-1623.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Vila Regina, Outros, Rio Tinto/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/11/16 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE VINHA DE CARONA NA GARUPA DA MOTOCICLETA I/WUYANG WY48Q-2, ANO 2013 2014, DE COR BRANCA, PLACA QFQ-8248-PB, CHASSI Nº LWYMCA204E6013412, EM NOME DE JOSEALDO EVANGELISTA DA SILVA, QUANDO CAIU DA MESMA, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, SE LESIONANDO CONFORME CERTIDÃO Nº 0129/2017, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 903899, PRONTUÁRIO Nº 2012080732, ASSINADA PELA DRA. ROSANGELA M. ESCOREL ALMEIDA, CRM 3883-PB, DATADA DE 27/01/2017, A NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de março de 2017

\_\_\_\_\_  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

\_\_\_\_\_  
ROSALVA JACINTO DA ROCHA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00638.01.2017.1.00.420

1/1





**CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE**  
PRODUTIVIDADE NUM CLICK

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| Tipo de Processo<br><input checked="" type="radio"/> Processo Novo <input type="radio"/> Documentos Complementares   |  | Atendente<br><b>JULIO MANOEL BARBOSA DE MOURA</b>   |  |
| Tipo de Sinistro<br>Invalidez Permanente/Total   |  | Agência<br><b>SUCURSAL JOÃO PESSOA</b>  |  |
| Nome do Requerente<br><b>ROSALVA JACINTO DA SILVA</b>  |  | Nome da Vítima<br><b>ROSALVA JACINTO DA SILVA</b>   |  |
| Documentos Complementares  |  | CPF da Vítima<br><b>04618120452</b>   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima<br><input checked="" type="checkbox"/> CPF da Vítima<br><input checked="" type="checkbox"/> DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus<br><input checked="" type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial<br><input checked="" type="checkbox"/> Identidade / CPF do Procurador  |  | <input type="checkbox"/> Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário<br><input type="checkbox"/> CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais<br><input type="checkbox"/> Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT<br><input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Requerente<br><input type="checkbox"/> Comprovante de Residência do Procurador |  |
| <b>Morte</b><br>Certidão de Óbito (Cópia autenticada)<br>Laudo do Exame Cadavérico<br>ESPOSO(A)<br>(Cópia autenticada)<br>Certidão de Casamento Atualizada<br>(Cópia autenticada)<br><input checked="" type="checkbox"/> Autorização de Pagamento<br>Prova de Companheirismo junto ao INSS<br>Declaração de Dependentes na Rec.Fed.<br>Prova de Dependência na CTPS<br>Certidão de Nascimento ou Casamento<br>Declaração de Únicos Herdeiros<br><input checked="" type="checkbox"/> Certidão de Nascimento<br>Certidão de Óbito dos Genitores<br>Alvará Judicial |  | <b>Invalidez Permanente</b><br><input type="checkbox"/> Laudo do IML com Alta Definitiva<br>Cópia autenticada<br>Outros Docos. Entregues e Observações<br><b>ENTREGUES: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO E DECL. DE AUSENCIA DO IML. 83 588874839 - SR. CESAR.</b>  |  |
|  |  | <b>DAMS</b><br>Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar<br><input checked="" type="checkbox"/> Relatório Médico<br>Comprovações das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)<br>Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)<br>Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros                           |  |



**Informação:** Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

## Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador
- Comprovante de Residência do Procurador

## Documentos para Invalidez Permanente/Total:

- Laudo do IML com Alta Definitiva (Cópia autenticada)

*020 022/2017*

*[Handwritten signature]*



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11549021

A/C: ROSALVA JACINTO DA HORA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170459083 ASL-0325653/17

Vítima: ROSALVA JACINTO DA HORA

Data Acidente: 10/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **10/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,





Poder Judiciário da Paraíba  
8ª Vara Cível da Capital

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

---

Número do Processo: 0845707-82.2017.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto: [SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
Polo ativo: AUTOR: ROSALVA JACINTO DA HORA  
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

### CERTIDÃO

Certifico que autuei e faço os presentes autos CONCLUSOS. Dou fé.

JOÃO PESSOA, 15 de dezembro de 2017  
WEZALY DE MEDEIROS MEIRA







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**8ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0845707-82.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Consta nos autos requerimento de solicitação de pagamento administrativo do seguro DPVAT.

Considerando que o documento supra data do mês de setembro de 2017, INTIME-SE a parte promovente para, no prazo de 15 dias, informar se houve pagamento administrativo ou negativa neste, emendando a exordial, se necessário.

P.I

JOÃO PESSOA, 11 de janeiro de 2018.

Renata da Câmara Pires Belmont

Juiz(a) de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba**  
8ª Vara Cível da Capital

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

---

**0845707-82.2017.8.15.2001 [SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
PROCEDIMENTO COMUM (7)**

**EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO**

Através do presente expediente fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) advogado (a) da parte autora....devidamente intimado(s)  
do DESPACHO de ID12065304:.....

João Pessoa-PB, em 18 de junho de 2018

ROSANGELA RUFFO DE SOUSA LEO MAUL

Analista/Técnico Judiciário



EM ANEXO.





**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE  
DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO  
PESSOA-PB.**

**PROCESSO Nº: 0845707-82.2017.8.15.2001**

**ROSALVA JACINTO DA HORA**, já devidamente qualificada e identificada nos autos da ação de cobrança que move contra **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**, vem, por seu procurador infra-assinado, que a esta subscreve, em virtude do respeitável despacho (Id nº 12065304), requerer juntada de documento emitido pela seguradora, a qual confirma que a autora não recebeu qualquer valor, conforme preconiza o art. 435, do CPC.

Nestes Termos,  
Pede-se Deferimento

João Pessoa - PB, 19 de junho de 2018.

**LUIZ CESAR G. MACEDO**  
**OAB/PB 14.737**

Rua Rodrigues de Aquino, nº 718, Jaguaribe, João Pessoa/PB - (83)  
3221-0246 / 8887-4839 - Email: cesarmacedo.adv@gmail.com



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ROSALVA JACINTO DA HORA**

Nº Sinistro: **3170459083**  
Vitima: **ROSALVA JACINTO DA HORA**  
Data do Acidente: **10/11/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170459083**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12407334

Pag. 01725/01726 - carta\_16 - INVALIDEZ

00020863





Poder Judiciário da Paraíba  
8ª Vara Cível da Capital

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

---

Número do Processo: 0845707-82.2017.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto: [SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
Polo ativo: AUTOR: ROSALVA JACINTO DA HORA  
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

### CERTIDÃO

Nesta data faço juntada e conclusão dos autos a MM.Juíza. Certifico e dou fê.

JOÃO PESSOA, 18 de julho de 2018  
ROSANGELA RUFFO DE SOUSA LEAO MAUL





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**8ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0845707-82.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

Defiro o pedido de assistência judiciária.

1. CERTIFIQUE a escrivania a existência de outra ação idêntica a presente, envolvendo as mesmas partes, eventualmente distribuída para vara cível diversa;
2. Caso negativa a certidão, determino a citação da parte ré, com 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.

CUMPRA-SE

JOÃO PESSOA, 26 de fevereiro de 2019.

Juiz(a) de Direito



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO DA 8ª VARA DE JOAO PESSOA PB.**

**PROCESSO DE Nº: 0845707-82.2017.8.15.2001**

-

-

-

-

**ROSALVA JACINTO DA HORA**, já qualificado (a) e identificado (a) nos autos todos constados da exordial de fls., que tramita perante este juízo todos constado da exordial de fls., vem pelo advogado e procurador firmatário **IMPUGNAR A CONTESTAÇÃO**, na forma seguinte:

**“EX – POSITIS”**

Douto Julgador, inicialmente não foi impugnado o rito e nem o valor da causa, consoante se depreende da manifestação da parte adversa, esta acata como incontroverso tanto o rito e quanto ao valor dado a causa.





Os documentos juntados pelo réu são impugnados quanto à forma “*ex-vi*” do art. 365 Inc.”. III do CPC, o que desde logo se requer.

Existe naturalmente, legitimidade, capacidade jurídica e interesse de agir do pólo passivo da ação, visto que estão reunidas as condições explicitadas no art. 3º do CPC, razão pela qual, impugnamos a objetividade da aplicabilidade da carência do direito de ação, ou ainda, da ilegitimidade do pólo ativo da demanda.

Quanto ao mérito, é de se vivenciar, que a defesa da ré isolada como se encontra, não atende aos ditames do art. 333 Inc. II do CPC, razão pela qual, é de ser rejeitada a defesa de fls., impugnado a mesma em todos os termos, fatos pedidos, e ao mesmo tempo se ratificando em vias de consequências, os termos da inicial autoral e purgando pela procedência da ação em todos os termos, fatos e pedidos.

Na verdade se vivenciando as prova dos autos no deparamos com a defesa de fls., na qual não ofende os direitos vindicados pelo o autor.

Douto julgador, se ver que a parte adversa juntou uma enormidade quantidade de documentos, que na verdade, quanto à forma são impugnados por não estar devidamente autenticada, a luz do art. 365 I do CPC, portanto imprestáveis como meio de prova em juízo, e de outra banda, é de se vivenciar que tais documentos não têm o condão de elidirem os direitos vindicados na ação.

Ora os preliminares suscitados, na defesa de fls., pelo pólo passivo em conjunto, em momento algum, alcançam seus objetivos.

Com efeito, procedemos à impugnação “*in totum*” de todos os termos, fatos e pedidos da defesa apresentada nestes autos por ambos integrantes do polo passivo desta demanda, e em vias de consequências, mantemos na integridade da petição inicial por ser medida da mais necessária e salutar justiça.



Procedido estas manifestações por parte do autor, vindicamos do nobre juiz, que intime as partes para especificação de provas.

A demais a defesa não produziu, qualquer tipo de elemento que atenda ao que estabelece o Art. 333 INC II do CPC, razão pela qual requeremos que o feito tenha seu curso norma.

Com efeito, se procede à impugnação as contestações coligadas do pólo passivo da demanda, e de outro lado julgando-se procedente o pedido autoral por ser medida de justiça.

Com efeito ainda e de se requerer deste juízo que determine pericia medica prova importante , para que possa o autor provar o seu alegado por ser medida de justiça

Termos em que, pede DEFERIMENTO.

João Pessoa – PB, 07 de junho de 2019.



Em anexo.





Assessoria e Consultoria Jurídica  
Valter de Melo  
OAB/PB 7.994  
Causas Cíveis, Trabalhistas e Previdenciárias.

---

**AO JUÍZO DA 8ª VARA CÍVEL DE JOÃO PESSOA - PB**

**Processo nº 0845707-82.2017.8.15.2001**

**ROSALVA JACINTO DA HORA**, já qualificada e identificada nos autos em epígrafe, vem participar e requerer o que passa a expor.

**EX-POSITIS:**

Douto juízo, diante da análise realizada nos autos deste processo, constatou-se que foi juntada impugnação à contestação datada de 7 de junho do ano corrente com ID: **21832672**, entretanto, a impugnação foi juntada de forma equivocada, é necessário, pois, que este juízo desconsidere a impugnação acostada aos autos, dando continuidade ao processo sem a análise da referida impugnação.

Nestes Termos.

Pede-se deferimento

João Pessoa – PB, 18 de julho de 2019.

---

Com Sede na Rua Rodrigues de Aquino, nº 718, Centro– João Pessoa-PB. Fone: (83) 3221-0246





Poder Judiciário da Paraíba  
8ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0845707-82.2017.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
Polo ativo: AUTOR: ROSALVA JACINTO DA HORA  
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

### CERTIDÃO

Foi feita consulta ao sistema PJE, e consta uma ação na 16ª Vara Cível, com as mesmas partes, tendo sido dada a entrada em 04/04/2017, e com Sentença prolatada desde 30/05/17, tendo sido INDEFERIDA a inicial. Certifico e dou fê.

JOÃO PESSOA, 20 de agosto de 2019  
ROSANGELA RUFFO DE SOUSA LEAO MAUL





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**8ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0845707-82.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Cumpra-se despacho id 19484556.

JOÃO PESSOA, 10 de maio de 2020.

RENATA DA CÂMARA PIRES BELMONT

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba  
8ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0845707-82.2017.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]  
Polo ativo: AUTOR: ROSALVA JACINTO DA HORA  
Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

### CERTIDÃO

FOI LOCALIZADA UMA AÇÃO COM AS MESMAS PARTES NA 16ª VARA CÍVEL, DE NÚMERO 0816869.32.2017, COM SENTENÇA INDEFERINDO A INICIAL, E COM TRANSITO EM JULGADO E ARQUIVADO OS AUTOS. Certifico e dou fê.

JOÃO PESSOA, 11 de maio de 2020  
ROSANGELA RUFFO DE SOUSA LEO MAUL





**Poder Judiciário da Paraíba  
8ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0845707-82.2017.8.15.2001

**DECISÃO**

Vistos, etc.

Em razão da prevenção prevista no art. 284, II, do CPC, REMETAM-SE os autos à 16ª Vara Cível da Capital.

JOÃO PESSOA, 8 de julho de 2020.

RENATA DA CÂMARA PIRES BELMONT

Juiz(a) de Direito







**Poder Judiciário da Paraíba  
16ª Vara Cível da Capital**

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0845707-82.2017.8.15.2001**

**AUTOR: ROSALVA JACINTO DA HORA**

**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar 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.

João Pessoa/PB, na data da assinatura eletrônica

