

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Allison Oliveira da Silva, brasileiro, portador(a) do RG nº _____, inscrito(a) no CPF nº _____, residente _____ e domiciliado na _____.

Outorgados: Dr. ABRAÃO COSTA FLORÊNCIO DE CARVALHO, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.904, e-mail: abraao@vieiraecosta.com.br, Dr. com escritório profissional na Rua João Amorim, 356, sala 2, Centro, João Pessoa, PB, fone (83) 3243-8889, Cep: 58013-310

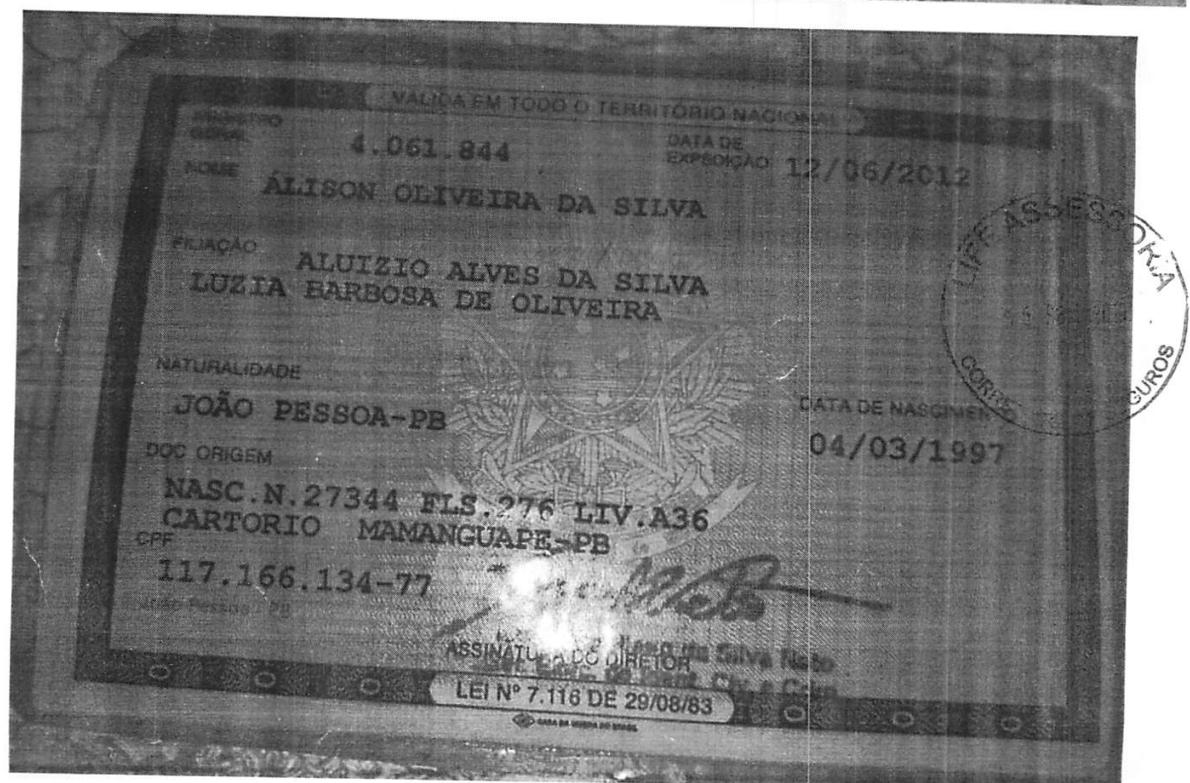
Poderes: Confere amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "**ad judicia et extra**", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, reclamações trabalhistas, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas judiciais, cautelares, administrativas, 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 médicos e prontuários médicos junto a hospitais públicos e/ou privados e clínicas, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, fazer acordo, impugnar, assinar termos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, 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, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda receber Alvarás Judiciais e quantias correspondentes perante cartórios judiciais e instituições bancárias a exemplo de Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, dando tudo por bom, firme e valioso, conferindo-se ao presente instrumento de **mandato cláusula "em causa própria"**, e a sua revogação não terá eficácia, nem se extinguirá pela morte de qualquer das partes, nos termos do art. 685 do Código Civil.

Poderes Específicos: A presente procuração outorga aos advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15**, podendo tais poderes serem substabelecidos.

João Pessoa, 12 de abril de 2019.

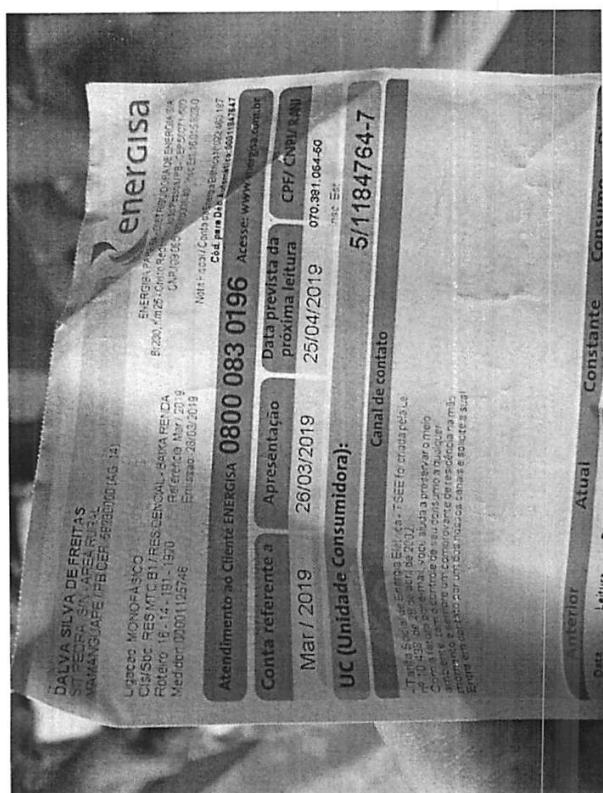
Allison Oliveira da Silva
OUTORGANTE





Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 28/01/2020 15:37:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815370066100000026782421>
Número do documento: 20012815370066100000026782421

Num. 27760792 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 28/01/2020 15:37:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815370066100000026782421
Número do documento: 20012815370066100000026782421

Num. 27760792 - Pág. 3



CERTIDÃO

Nº. 1188/2019

Atendendo solicitação de ABRAÃO COSTA FLÔRENCIO DE CARVALHO 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 Nº219424 e Prontuário N° 2019.04.0714 pertencentes ao paciente **ALISON OLIVEIRA DA SILVA** requerente que foi atendido dia 06/04/2019 às 21h14min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/04/2019 e 24/04/2019, Com alta médica dia 25/04/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de julho de 2019


Dra. Fabiana F. de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM/PB 4516

Médica
CRM/PB 4516



PREFE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 219424 Atd: Nao Regula
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 06/04/2019
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 21:14:39
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepcionista: DANIELE CAVALCANTE R.
FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: ALISON OLIVEIRA DA SILVA Num. Prontuario: 2019.04.000714

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4061844 Fone: 993162338

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/03/1997 Id: 22 ano(s)

End.: SITIO PEDRA,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: MAMANGUAPE UF :PB

Mae: LUZIA BARBOSA DE OLIVEIRA Pai: ALUIZIO ALVES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: FRENTISTA (POSTO DE GASOLINA) Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: ALISON OLIVEIRA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 993162338 / IDENTIDADE: 4061844

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Que é Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
FRAUDE EXPOSTA MID		Observacao	
		ENCAMINHADO DO HEETSHL	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Painel examinado dg Ksp. d Vnm
com bntv d cndt. d mto com
Vnm n pnm @

Diagnósticos

Do Dolor - fver a pnm @

Prescrição

HD. Fver exato d pnm @

do Alves Cng.

| Conduta

| Horario da medicacao

Lauri F. G. Junior
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 0018700
CRCT-13839



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia Transferido Desistencia UTI ✓
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Leila Ricardo de Souza

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Ana Lucia Duarte da Silva</u>				Data da Admissão: <u>06/09/19</u>
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____				Leito: _____
Nome da Mãe: _____				
Endereço: _____ Bairro: _____				
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____	
Sexo: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____	Data de Nascimento <u>/ /</u>	
Escolaridade: _____				
QPD: <u>Brincadeira e esportes na praia</u>				
HDA: <u>Painel rítmico de natação e nado</u>				
<u>Cor: Agradável e tranquilo</u>				
<u>Atividades: No nado e natação</u>				
Medicações em uso: _____				
Interrogatório Sintomatológico:				
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____				
Pele: _____				
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____ Visão: _____				
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____				
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume				
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____				
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos				
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade: _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor				

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias: _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Dr. Rafael A. Valente
 Ortopedia e Traumatologia
 Ortopedia Pediátrica
 CRM-PB: 12244 / TEC 11.16021

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





Nome: ALISSON OLIVEIRA DA SILVA				Registro:
Idade: 32a	Sexo: M	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP: LR:
Data: 06/04/2019		Cirurgião: DR LAURI		
1º Assistente: DR LAURI		2º Assistente: DR RAFAEL		
Anestesista : DR DELANO		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS ESQ				
CID M16.0				
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				
O mesmo				
CID				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				
CÓDIGO				
LMC + FIXADOR EXTERNO + CONTROLE DE DANOS				
<p>Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 () Não</p> <p>Descreva:</p> <p>Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não</p> <p>Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico</p> 				

Rua Major Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 28/01/2020 15:37:13
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001281537054480000026782727>
Número do documento: 2001281537054480000026782727

Num. 27760798 - Pág. 6

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:**Achados:**

DEFORMIDADE E FERIMENTO EM PERNAS COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA

Conduta:

DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DE FERIMENTO

LIMPEZA EXAUVESTIVA COM SF 0,9% 10 L

REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO

USADO FLUOROSCOPIA

SUTURA DE FERIMENTO

Fechamento:

CURATIVO

OBS:

OBSERVAR PERFUSÃO

Data: ____ / ____ / ____

Lauri E.C. Júnior
Ortopedia/Trumatologia
CRM-PB 6910/TEOT - 13830

MÉDICO/CRM

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



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 28/01/2020 15:37:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815370544800000026782727>
Número do documento: 20012815370544800000026782727

Num. 27760798 - Pág. 7

Name:	Adolescente	Refisitro:	EMR:	Clinical:	Cor:	Sexo:	Idade:
Dra. A. C. M. S. Cirurgiã(a):	Doutora	1º Assistente:	Instrumentador:	3º Assistente:	Tipos Anestesia:	Hora(s):	Anestesista(a):
DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO							
CID							
DIAGNÓSTICO (S) POS-OPERATÓRIO							
CID							
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)							
CÓDIGO							
<p><i>Classe de risco</i></p> <p><i>Classe de risco</i></p> <p><i>Classe de risco</i></p>							

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 28/01/2020 15:37:13
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001281537054480000026782727>
Número do documento: 2001281537054480000026782727

MEDICO/CRM

ABU OUIF

Data:

DR. LORILIO SANTOS PEREIRA
CRM-PB 6350
CIRURGIA DO DESENHO
CIRURGIA PLASTICA

OBS:

Fechamento:

Quadrado

Recto com bordas

Quadrado com bordas

Quadrado com bordas

Quadrado com bordas

Quadrado com bordas

Círculo de 6cm de diâmetro

Quadrado com bordas

Quadrado com bordas

Círculo com bordas

lincisão:

Achados:

Conduita:

Fechamento:

DESCRICAO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

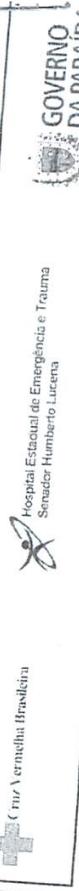
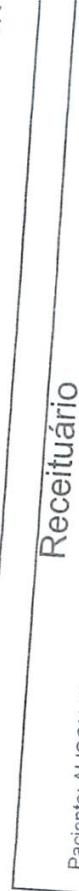
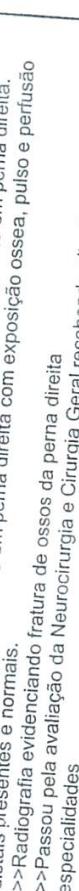
lincisão:

Achados:

Conduita:

Fechamento:



<p></p> <p>Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena</p> <p></p> <p></p> <p>Receituário</p> <p>Paciente: ALISON OLIVEIRA DA SILVA</p> <p>Data: 06/04/2019 15:50:51</p> <p>Sexo Masculino CPF: Não Informado Idade: 22</p> <p>BAE: 1154325</p> <p>ENCAMINHAMENTO AO CHM</p> <p>#Ortopedia#</p> <p>>>Paciente vítima de acidente motociclistico apresentando dor e ferimento em perna direita. >>Ao exame físico ferimento extenso em perna direita com exposição óssea, pulso e perfusão distais presentes e normais. >>Radiografia evidenciando fratura de ossos da perna direita >>Passou pela avaliação da Neurocirurgia e Cirurgia Geral recebendo alta dessas especialidades</p> <p>HD: Fratura exposta de ossos da perna direita</p> <p>CD: Analgesia SAT Antibioticoterapia (Cefalotina 2g) Imobilização</p> <p>ENCAMINHADO AO CHM CONFORME PACTUAÇÃO</p>	<p></p> <p>Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena</p> <p></p> <p></p> <p>Receituário</p> <p>Paciente: ALISON OLIVEIRA DA SILVA</p> <p>Data: 06/04/2019 15:50:51</p> <p>Sexo Masculino CPF: Não Informado Idade: 22</p> <p>BAE: 1154325</p> <p>ENCAMINHAMENTO AO CHM</p> <p>#Ortopedia#</p> <p>>>Paciente vítima de acidente motociclistico apresentando dor e ferimento em perna direita. >>Ao exame físico ferimento extenso em perna direita com exposição óssea, pulso e perfusão distais presentes e normais. >>Radiografia evidenciando fratura de ossos da perna direita >>Passou pela avaliação da Neurocirurgia e Cirurgia Geral recebendo alta dessas especialidades</p> <p>HD: Fratura exposta de ossos da perna direita</p> <p>CD: Analgesia SAT Antibioticoterapia (Cefalotina 2g) Imobilização</p> <p>ENCAMINHADO AO CHM CONFORME PACTUAÇÃO</p>	<p></p> <p>Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena</p> <p></p> <p></p> <p>Receituário</p> <p>Paciente: ALISON OLIVEIRA DA SILVA</p> <p>Data: 06/04/2019 15:50:51</p> <p>Sexo Masculino CPF: Não Informado Idade: 22</p> <p>BAE: 1154325</p> <p>ENCAMINHAMENTO AO CHM</p> <p>#Ortopedia#</p> <p>>>Paciente vítima de acidente motociclistico apresentando dor e ferimento em perna direita. >>Ao exame físico ferimento extenso em perna direita com exposição óssea, pulso e perfusão distais presentes e normais. >>Radiografia evidenciando fratura de ossos da perna direita >>Passou pela avaliação da Neurocirurgia e Cirurgia Geral recebendo alta dessas especialidades</p> <p>HD: Fratura exposta de ossos da perna direita</p> <p>CD: Analgesia SAT Antibioticoterapia (Cefalotina 2g) Imobilização</p> <p>ENCAMINHADO AO CHM CONFORME PACTUAÇÃO</p>
---	---	---

Dr. JOAO PAULO SOUTO CASADO
11598/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Dr. JOAO PAULO SOUTO CASADO
11598/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09750.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09750.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:28 horas do dia 26 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Alison Oliveira da Silva, CPF nº 117.166.134-77, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Frentista, filho(a) de Luzia Barbosa Alves da Silva e Aluizio Alves da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/03/1997 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Pedra, Nº S/N, tendo como ponto de referência Zona Rural., na cidade de Mamanguape/PB, telefone (s) para contato (83) 99168-4693.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 057, Nas Proximidades da Entrada do Sítio Pedra., Mamanguape/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/19 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 06/04/2019 por volta das 09:00 horas quando transitava, pelo PB 057, próximo ao Hospital Geral do município de Mamanguape-PB, com o veículo tipo HONDA/POP 110I ano/mod: 2016/2017, de cor preta de placa: QFV4687/PB CHASSI: 9C2JB0100JR078512 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por outra motocicleta, que precisou esquivar-se de outro carro/não identificado que adentrou a PB sem sinalizar, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, pelo SAMU, para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, de onde posteriormente foi transferido para ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1188/2019, FRATURA EXPOSTA DA Perna CID M16.0, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO CRM/PB

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.

João Pessoa/PB, 26 de agosto de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

ALISON OLIVEIRA DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 09750.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 28/01/2020 15:37:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012815371408700000026782730>
Número do documento: 20012815371408700000026782730

Num. 27761051 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190517708 Vítima: ALISON OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). ALISON OLIVEIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ALISON OLIVEIRA DA SILVA**

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000002009-5

Conta: 0000043388-8

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



2ª Vara Mista de Mamanguape

0800270-85.2020.8.15.0231

AUTOR: ALISON OLIVEIRA DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Vistos,

1. Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98, do CPC.
 2. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, **deixo de designar audiência de conciliação** (CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM), após oportuna análise da conveniência e, especialmente, considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo e não há nulidade sem prejuízo.
 3. **Cite-se a parte Ré para contestar** o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. 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.

4. Transcorrido o prazo concedido para a defesa e sendo esta apresentada, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, **apresentar impugnação**, CASO seja(m) lançada(s) (I) preliminares¹, (II) defesa indireta de mérito² ou (III) juntada de documentos³, permitindo-lhe a produção de prova (itens I, II e III), ou a impugnação correspondente (item III).

Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado/carta.

10 de março de 2020

JUIZ(A) DE DIREITO

Endereço para intimação/citação/notificação do(a/s) promovido(a/s)/impetrado(a/s):

N o m e : B R A D E S C O **S E G U R O S** **S / A**
Endereço: R. Cel. Batista Carneiro, 15, CENTRO, MAMANGUAPE - PB - CEP: 58280-000

1 CPC - Art. 351. Se o réu alegar qualquer das matérias enumeradas no [art. 337](#), o juiz determinará a oitiva do autor no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe a produção de prova. **Art. 337.** Incumbe ao réu, antes de discutir o mérito, alegar: I - inexistência ou nulidade da citação; II - incompetência absoluta e relativa; III - incorreção do valor da causa; IV - inépcia da petição inicial; V - perempção; VI - litispendência; VII - coisa julgada; VIII – conexão; IX - incapacidade da parte, defeito de representação



ou falta de autorização; X - convenção de arbitragem; XI - ausência de legitimidade ou de interesse processual; XII - falta de caução ou de outra prestação que a lei exige como preliminar; XIII - indevida concessão do benefício de gratuidade de justiça.

2 CPC - Art. 350. Se o réu alegar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, este será ouvido no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe o juiz a produção de prova.

3 CPC - Art. 437. O réu manifestar-se-á na contestação sobre os documentos anexados à inicial, e o autor manifestar-se-á na réplica sobre os documentos anexados à contestação. § 1º Sempre que uma das partes requerer a juntada de documento aos autos, o juiz ouvirá, a seu respeito, a outra parte, que disporá do prazo de 15 (quinze) dias para adotar qualquer das posturas indicadas no [art. 436](#). **Art. 436.** A parte, intimada a falar sobre documento constante dos autos, poderá: I - impugnar a admissibilidade da prova documental; II - impugnar sua autenticidade; III - suscitar sua falsidade, com ou sem deflagração do incidente de arguição de falsidade; IV - manifestar-se sobre seu conteúdo.





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Mista de Mamanguape**

PROCESSO N° 0800270-85.2020.8.15.0231

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]

AUTOR: ALISON OLIVEIRA DA SILVA
REU: BRADESCO SEGUROS S/A

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 275 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: R. Cel. Batista Carneiro, 15, CENTRO, MAMANGUAPE - PB - CEP: , para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, nos termos do artigo 222 e seguintes, do CPC. A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do art. 285 do CPC.

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

Encaminha-se anexa cópia da petição inicial.

MAMANGUAPE-PB, 23 de abril de 2020.

RENATA LIMA DE SANT ANNA
Servidora



Assinado eletronicamente por: RENATA LIMA DE SANT ANNA - 23/04/2020 15:17:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042315175063000000028937257>
Número do documento: 20042315175063000000028937257

Num. 30101511 - Pág. 1

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:

20012815364451600000026782417



Assinado eletronicamente por: RENATA LIMA DE SANT ANNA - 23/04/2020 15:17:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042315175063000000028937257>

Número do documento: 20042315175063000000028937257

Num. 30101511 - Pág. 2

CERTIDÃO

Certifico que o Aviso de Recebimento (AR) foi devolvido nesta data e anexado ao Autos.

MAMANGUAPE

12 de agosto de 2020

RENATA LIMA DE SANT ANNA



Assinado eletronicamente por: RENATA LIMA DE SANT ANNA - 12/08/2020 10:46:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008121046540250000031715024>
Número do documento: 2008121046540250000031715024

Num. 33131982 - Pág. 1



PREENCHER COM LETRA DE FORMA

Ao(a)

REPRESENTANTE LEGAL DO BANCO BRADESCO SEGUROS S/A

Rua Cel. Batista Carneiro, 15, Centro

Mamanguape - PB

CEP.: 58280-000

Processo: 0800270-85.2020.8.15.0231

Robson Thiago Ferreira
Carteiro
Mat. 8.960.810-0

ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RÉCEPTEUR		DATA DE RECEBIMENTO DATE DE LIVRATION	CARIMBO DE ENTREGA UNIDADE DE DESTINO BUREAU DE DESTINATION
		22/07/2020	
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RÉCEPTEUR		RUBRICA DO EXPEDIDOR / SIGNATURE DE L'EXPEDITEUR	
Suelane de Melo Costa 330050 5505 013	Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ÓRGÃO EXPEDIDOR	Nº 165694	
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO			

-0

FC0463 / 16

114 x 186 mm





AVISO DE RECEBIMENTO	AR
AVIS CN07	

DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT	
S.U.F.P.E.	

UNIDADE DE POSTAGEM	BUREAU DE DÉPÔT
12.511	12.511

JU 90309511 2 BR

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON

/	/	/	/	
h	:	h	:	h

tribunal de justica do Estado da Paraíba

2^a Vara Mista de Mamanguape

Fórum Desembargador Miguel Levino

Av. Presidente Kennedy, S/N

Mamanguape-PB.

CEP: 58280-000

UF	BRASIL	BRÉSIL
----	--------	--------

