

PROCURAÇÃO

ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS, brasileira, solteira, estudante, portadora do RG nº. 4.141.249 - SSP/SP e inscrita no CPF sob o nº. 704.046.424-11, podendo ser intimada na Rua Emerson Cabral Bernardo, 45 – São Vicente – Imaculada- Bayeux /PB, denominado neste ato de **OUTORGANTE**, pelo presente instrumento de Procuração ao final assinado, nomeia e constitui seus bastantes Procuradores e advogados, a Sra. **MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 11.534, OAB/PE sob o nº 1014-A, OAB/RN sob o nº 689-A, com escritório profissional situado na Av. Joao Machado, nº. 553, Sla 314- Ed Plaza Center - Centro, João Pessoa/PB, CEP 58.013-520, Fone: (83) 3222-5818, denominadas neste ato de **OUTORGADOS**, onde recebem as intimações judiciais e notificações extrajudiciais de estilo, a quem confere poderes para o foro em geral, com a cláusula “**AD – JUDICIA**”, bem como para pleitos “**EXTRAJUDICIAIS**”, a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos e quaisquer atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, propor quaisquer ações, promover quaisquer medidas cautelares, defender os interesses e direitos do outorgante 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 a outorgante seja autora ou reclamante, e defendendo-a quando for ré, interessada ou requerida, podendo reclamar, impugnar, peticionar, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar, recusar, prescindir e substituir testemunhas, produzir provas, participar de audiências, arrazoarem processos, requerer vistas dos mesmos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renunciar, firmar compromissos, prestar declarações, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como argüir suspeição, falsidade e exceção, inclusive podendo receber citação, intimações ou notificações, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, renunciar ao direito sobre no qual se funde a ação, receber e dar quitação, podendo inclusive a outorgada endossar cheque, receber Alvará nominal a (o) outorgante, e para praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa-PB, 07 de fevereiro de 2017.

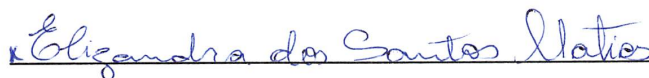

ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE ESTADO DE POBREZA

ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS, brasileira, solteira, estudante, portadora do RG nº. 4.141.249 - SSP/SP e inscrita no CPF sob o nº. 704.046.424-11, podendo ser intimada na Rua Emerson Cabral Bernardo, 45 – São Vicente – Imaculada- Bayeux /PB, desejando obter os benefícios da “*Justiça Gratuita*”, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

João Pessoa, 07 de fevereiro de 2017.



DECLARANTE





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.141.249 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/01/2013

NOME ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

FILIAÇÃO JOSAFÁ MATIAS DOS SANTOS
MARIA EDNALVA SANTOS DA SILVA

NATURALIDADE BAYEUX-PB DATA DE NASCIMENTO 25/05/1995

DOC ORIGEM NASC.N.5003 FLS.51 LIV.A06
CARTORIO 2º BAYEUX-PB

CPF 704.046.424-11

João Pessoa - PB

Assinatura do Diretor

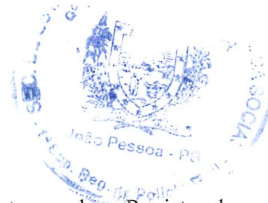
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04183.01.2017.1.02.009



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04183.01.2017.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:30 horas do dia 04 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Lídia Costa Veloso, matrícula 1560760, e lavrado por Carlos Antônio Duarte Félix, Escrivão de Polícia, matrícula 1356828, ao final assinado, compareceu **Severino Antônio dos Santos**, CPF nº 207.438.744-04, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Berardina da Conceição e Não Declarado, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 23/04/1952 (65 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Hermerson C. Bernardo, Nº 45, tendo como ponto de referência Próximo a Capelinha de Nossa Senhora da Luz, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98814-5881.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Fábrica da Penalty, Bayeux/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/11/16 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 29/11/16, por volta das 20:00h, quando conduzia a motocicleta de marca I/WUYANG WY48Q-2, cor branca, ano 2013/2014, de placa OEU-7371/PB, chassi nº LWYMCA200E6010149, de sua propriedade, pela via paralela a Avenida Liberdade, próximo a fábrica da Penalty, no centro da cidade de Bayeux/PB, foi surpreendido por outra motocicleta de placa não identificada, a qual saindo de uma via transversal, atingiu o pé esquerdo de sua neta de nome ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS, brasileira, natural de Bayeux/PB, solteira, estudante, RG. 4.141.249-SSP/PB, que se encontrava como carona na citada motocicleta, tendo esta (ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS) sofrido fratura do tornozelo esquerdo, sendo conduzida ao Complexo Hospitalar de Mangabeira por terceiros, e que se submeteu a procedimentos médicos; QUE, acrescenta o notificante que este veio a sofrer lesões de natureza leve no braço esquerdo.

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, 04 de maio de 2017.

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-3

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão de Polícia

Severino Antônio dos Santos
SEVERINO ANTÔNIO DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 04183.01.2017.1.02.009

1/1



SINISTRO 3170338301 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** SINCOR/PB**BENEFICIÁRIO** ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS**CPF/CNPJ:** 70404642411**Posição em 13-07-2017 07:52:22**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 843,75

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
14/07/2017	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75





CERTIDÃO

Nº. 0378/2017

Atendendo solicitação de **ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS** 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 de N°909360 e Prontuário N° 2016.11.002838 pertencente ao mesmo que foi atendida dia 29/11/2016 às 21h20min, vítima de queda de moto, relata dor em pé esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizou cirurgia dia 05/12/16 e alta médica dia 07/12/16.

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

João Pessoa, 20 de Março de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



DE JOAO PESSOA

MANGABEIRA

E COSTA DUARTE, S/N

PESSOA Fone: (83) 3214-1980

3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 909360

Atd: Nao Regular

Data: 29/11/2016

Hora: 21:20:31

Recepcionista: IVANNA MARTINS DO NAS

Clinica: ~~XXXXXXXXXX~~ Traumatologia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ELIZANDRA DOS SANTOS MATIAS

CNS: 201480096400002 Sexo: F IDENTIDADE: 4141249 Fone: 988234050

Natural: BAYEUX/PB Data Nasc.: 25/05/1995 Id: 21 ano(s)

End.: RUA-GUSTAVO MARCIEU MONTEIRO, 1514

Bairro: SAO VICENTE Cidade: BAYEUX UF: PB

Pai: JOSAFIA MATIAS DOS SANTOS

Mae: MARIA EDNALVA SANTOS DA SILVA

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: A MAE

Tem Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: CASA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.11.002838

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE UMA QUEDA DE MOTO

Vitim 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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Trauma pe esquerdo

Nao e alergia

Daniela Carolina V. Castro
ENFERMEIRA
COREN-PB 271.824

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

1x de fe e alto
1x de vomito e alto

Diagnostico

| Conduta

Exatm do mobilisat

Prescricao

| Horario da medicacao

Cirurgia -
Internado -

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002833 / CRM/PB 2833
CPF: 181.533.594-68



TALA tipo Boto + anestesia,
 Tala tipo Boto + anestesia
 A parte com ponto de sutura
 parte de corpo de tala com e sem

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

22:30 7.4.16 40mg de ampicilina AD EV.
 SA T. 5000 UT Far.

Dr. Renato Soares
 Gatopeba
 CRM 2447
 CPF 121.251.434-40

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

Maria Edna S. S.

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Chirizandra fátima matos **Data da Admissão:** 21/01/16
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/

OPD: Tramete no tempo de espera
HDA: Tramete com fator de risco no tempo de espera
no período de 6 meses
tratado com
medicação
após o período

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>E. Lygandrea de Souza</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>05/11/16</i>	Cirurgião: <i>D. J. J. J.</i>			1º Assistente: <i>D. A. de O. A.</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fadismo de TN7 (E)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Protonio elav y ce</i>					
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.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Posição de decubito dorsal
sob anestesia
- ② Assupção + lavagem por 10 minutos
do cã por compressão

Incisão:

- ③ Anest. cirúrgica e TMB (E)
no umbilco, na derm.

Achados:

Exatidão na escopia do umbilco
na derm em forma de T e a proporcional
aprox. 4% do cã 3/5

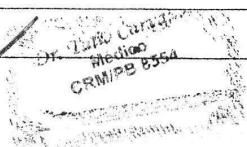
Conduta:

- ④ Der. do p/b e de cada x/b
eufonia
- ⑤ Curativo + TMB 3/5

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Elizabeth da Santa Rosa		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
21 A	F	B	ort	25	408
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
29/11/16		07/12/16		9 dias	
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Sintoma febre					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
Pneumonia					
Tratamento					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.		☐ SIM	☐ NÃO	COLETA DE MATERIAL	
RESULTADO BACTERIOLOGIA		☐ SIM ☐ NÃO			
CONDIÇÕES DE ALTA		☐ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente com febre, tosse, dor no peito, dispnéia, sibilos, crepantes, hemoptise.	
Tratado com antibiótico e corticoide.	
Melhora progressiva.	
Alta médica.	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
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 _____ em 30 dias para revisão.

DATA	06/12/16
ASS. MÉDICO / CRM	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	





Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0834463-59.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

O objeto desta ação é referente a cobrança de Seguro DPVAT.

Compulsando os autos, observa-se que a parte demandada contestou independente de citação.

Assim, defiro a gratuidade judicial requerida, na forma do artigo 98 do CPC.

Diante de inúmeras audiências realizadas nesta Vara que restaram infrutíferas, deixo para momento oportuno a análise da conveniência quanto a realização de audiência conciliatória.

Cite-se e Intime-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.

JOÃO PESSOA, 24 de outubro de 2017.

Onaldo Rocha de Queiroga

Juiz de Direito



CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins, que deixei de cumprir o presente mandado em virtude de ser do grupo de risco , sendo assim devolvo o mandado para ser redistribuído para outro oficial de justiça.

16 de setembro de 2020

ANTONIO ESTRELA DE OLIVEIRA

