

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE(S):

MARILIANA KEDLEN SOUZA SANTOS, BRASILEIRA, SOLTEIRA, ESTUDANTE,  
INSCAIA NO RG: 4543.109, CPF-144.647.004-03, REPRESENTADA NESTE ATO  
POA: MÉRICA BETÂNIA DE SOUSA MACÊDO, BRASILEIRA, SOLTEIRA, DO LAR, RESIDENTE  
RUA: DEP. JOSÉ GAUDÊNCIO, 161, MONTE CASTELO, CAMPINA GRANDE, PB.

**OUTORGADOS:** RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "**ad iudicia et extra**", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

Campina Grande - PB, 20 de Setembro de 2019.

Mérica Betânia Brito de Sousa  
**OUTORGANTE**

☎ 83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB







**POLÍCIA CIVIL**  
PARAÍBA



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

## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00092.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00092.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 05 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Mércia Betânia de Sousa Macedo**, conhecido(a) por Mercia, CPF nº 091.700.504-06, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Luciene Brito de Sousa e João Batista de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 06/10/1985 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado José Gaudêncio, Nº 161, complemento CASA, bairro Monte Castelo, tendo como ponto de referência Perto do Igreja Católica Sagrado Coração de Jesus, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

### Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/19 18:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa)**, **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

### Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Automóvel, UF: PB, características gerais: Veículo de Placa e Condutor Não Identificados Ambos

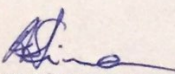
### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA NA SUA RESIDÊNCIA RECEBEU UMA LIGAÇÃO LHE INFORMANDO QUE A SUA FILHA MENOR DE NOME "MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS TINHA SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO DO TIPO ATROPELAMENTO E TINHA SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E CIRÚRGICOS POSTERIORES, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

### ADENDO(S):

Que na data 03/03/2020, à(s) 14:38 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: O NOME CORRETO DA FILHA DA DECLARANTE É "MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

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.

  
Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00092.01.2020.1.05.101

1/2

Digitalizada com CamScanner





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 005833120 3 - CPF da vítima: 144.647.004-03 4 - Nome completo da vítima: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARIANA KETLEN SOUSA SANTOS 6 - CPF: 144.647.004-03  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA DEP JOSÉ GAUDÊNCIO 9 - Número: 161 10 - Complemento:  
11 - Bairro: MONTE CASTELO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58402-090  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98805-6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: MÉRICA BETÂNIA DE SOUSA MACEDO  
18 - CPF do Representante Legal: 091700504-06 19 - Profissão do Representante Legal: DOMÉSTICA

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0221 CONTA: 26669 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascturo (vel nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 10/02/2020.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) Mérica Betânia Brito

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Mariana Ketlen Sousa Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

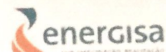
FPS.001 V002/2019

## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 004.575.481



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 06.826.596/0001-95 Insc. EST. 16.902.839-1

### DADOS DO CLIENTE

MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA  
RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161  
CAMPINA GRANDE

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/45678-0

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2019	06/09/2019	64	13/09/2019	R\$ 21,03

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00208.386177 1 80110000002103				
Pagador: MERCIA BETANIA BRITO DE SOUSA CNPJ/CPF: 091.700.504-06				
RUA DEP JOSE GAUDENCIO 161 - MONTE CASTELO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000208386	000045678201909	13/09/2019	R\$ 21,03	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Digitalizada com CamScanner

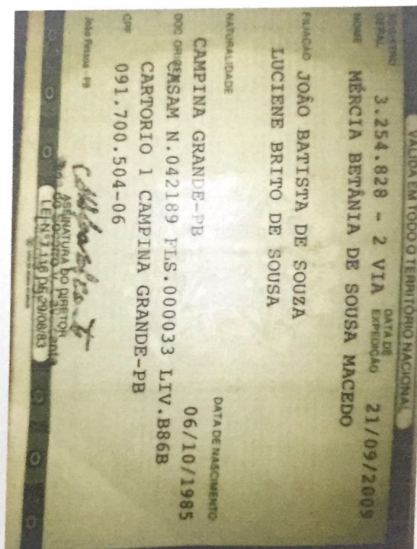
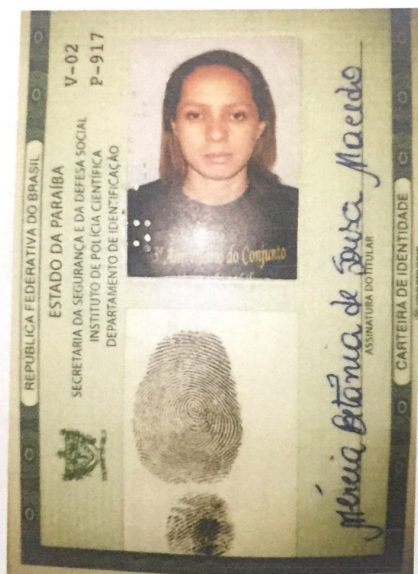


Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO - 14/09/2020 00:48:27  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091400482693300000032745800>  
Número do documento: 20091400482693300000032745800

Num. 34238334 - Pág. 2







Digitalizada com CamScanner





Número do Prontuário: 153565

DATA DA CIRURGIA: 16/08/2019

Número do Atendimento: 1962017    Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 8 / Lei: 3

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: **MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS**

Data da Internação: 07/08/2019

Atendimento:1962017

### Diagnostico Pré-Operatório:

**Diagnostico Pós-Operatório:0408050608 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO FISARIA DISTAL DE TIBIA**

## Cirurgia:OSTEOSINTESE

**Data da Cirurgia:16/08/2019**

**Equipe:**

**Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO**

Aux 1: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 2: EVORIAN N6102

Aux 3:

**Instrumentador:**

**Anestesista:**

### Tipo de anestesia:

### Relatório Imediato do Patologista:

**Exame Radiológico no Ato:SIM**

## Acidente Durante Operação:

**Descrição da Operação:01 PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA**

## C. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

### 03 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS

04 INCISÃO EM FACE ANTEROMEDIAL DE PERNA ESQUERDA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTAISA

05 REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA DCP ESTREITA DE 10 FIOS

06 LAVADO DE FO COM SF

## 07 SUTURA

## 08 CURATIVO

Data 16/08/2019

**Assinatura/Carimbo**  
**Wagner Luiz Egito De Araujo**





07/08/2019

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-07&amp;contar=1962017&amp;IDC=35174

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/08/2019

Horas: 22:53:31

Médico (a) Diarista: Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

1962017

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1962017

Paciente: SEM DOCUMENTOS

Idade: 02019

Sexo: 5

Nome da Mãe:

Data de Nascimento: 31/12/1969

Admissão: 07/08/2019 DHI - 0

Clínica: AMARELA

Enfermaria: 10

Leito: 5

Diagnóstico: FRATURA 1/3 MEDIO DISTAL TIBIA ESQ

DIA 07/08/2019

MÉDICO(A): Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335) /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE A CRITÉRIO	5ND
2	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	1
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h Diluir em SF	00
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	00
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 24h/24h (ADM AS 6h) Diluir em 100 ML SF	06
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS 4X POR DIA	00

## EVOLUÇÃO

DATA: 07/08/2019 HORA: 22:23:08

HID - FRATURA 1/3 MEDIO DA TIBIA ESQUERDA DI 07/08/2019

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA NA PERNA ESQ  
DOR + DEFORMIDADE + CREPITAÇÃO

COND

RX PERNA 2 INC

INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

SOLICITADO EXAMEAS

ASSINATURA + CARIMBO  
Crismarcos Rodrigues da Silva (CRM/PB-3335)

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2019-08-07&amp;contar=1962017&amp;IDC=35174

1/1

Digitalizada com CamScanner











**SINISTRO 3200071868 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** MARIANA KEDLEN SOUSA SANTOS**CPF/CNPJ:** 14464700403**Posição em 10-09-2020 13:08:01**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/03/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





**Poder Judiciário da Paraíba**

**1ª Vara Cível de Campina Grande**

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050- Fone: (83)3310-2439

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Processo nº 0817679-85.2020.8.15.0001**

Vistos, etc.

**Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).**

**Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.**

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, independentemente de termo de compromisso, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$200,00 (duzentos reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a) intím-se as partes (por meio de seus advogados legalmente habilitados) para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e (b) intime-se o nomeado, por telefone e/ou e-mail, para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

**Deve a perita declarar, acaso solicitada, a presença ou ausência do periciando ao ato da perícia, informando data e hora, além da presença de acompanhante.**

**O advogado tem o dever de comunicar ao periciando a data, local e horários da perícia designada, sob pena de, não realizada a perícia por não comparecimento da parte sem justa causa comprovada nos autos, julgar-se o processo no estado em que se encontra.**





Depositado o laudo em juízo:

- Intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 15 (quinze) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide**.

- Expeça-se ofício para transferência dos honorários periciais/Expeça-se alvará dos honorários periciais.

**Intimações e demais diligências necessárias.**

**Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.**

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito

