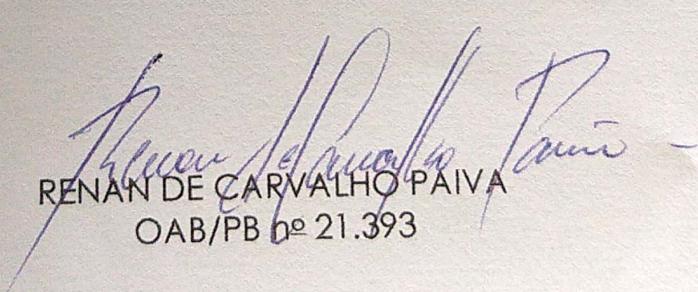


SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço **COM** reserva de poderes que me foram conferidos por José Baboelo dos Santos Filho, portador do CPF 034.365. 344-03 e RG 2.516.680 SSP-PB, ao advogado **JHANSEN FALCÃO DE CARVALHO DORNELAS**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB sob nº 19.339, com escritório cito na Rua Tenente Antônio Pontes, 87-B, Centro, Cabedelo/PB, CEP: 58.310-000, a fim de que ele possa exercer quaisquer atos administrativos e processuais em favor do(a) contratante.

João Pessoa/PB, 20 de março de 2020.


RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB nº 21.393

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464278300000028908068>
Número do documento: 20042216464278300000028908068

Num. 30068723 - Pág. 1

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

JOSÉ CABOCLO DOS SANTOS Filho, BR 5126186, SOLTEIRO
ANTONIO, INSCrito no RG 2516680 e CPF 034.365.149-03
PRESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA FREI JOAQUIM, 185 B, MANDA
CARV, JOÃO PESSOA - 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.

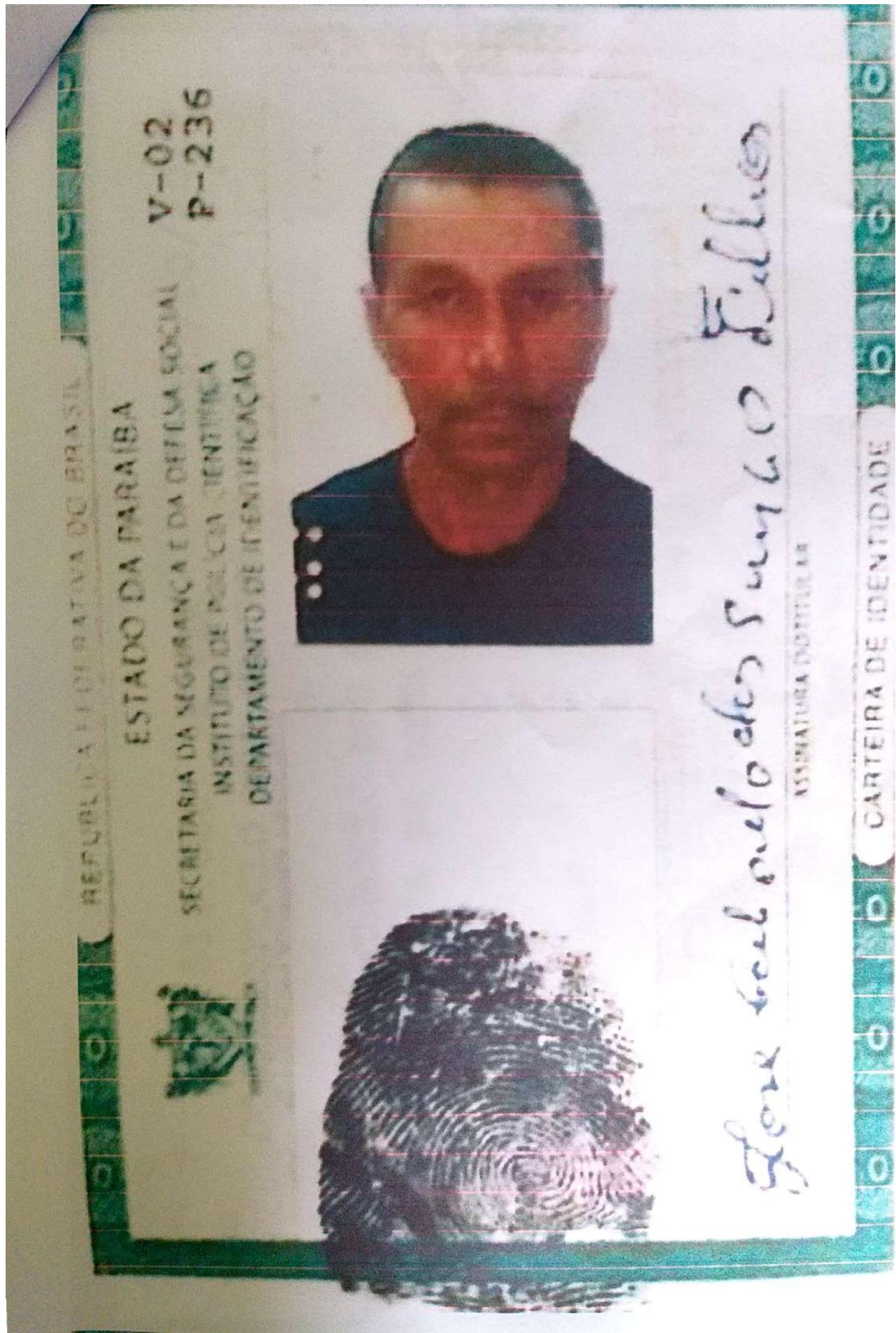
PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber 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.

João Pessoa - PB, 20 de Abril de 2020.

José Caboclo dos Santos Filho
OUTORGANTE

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





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464357900000028908074>
Número do documento: 20042216464357900000028908074

Num. 30068729 - Pág. 1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTESTO
CARVALHO

DATA DE
EXPOSIÇÃO

2.516.680 -2 VIA 03/10/2012

JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

PROTESTO

JOSE CABOCLO DOS SANTOS
SEVERINA MARIA DE LIMA

NATUREZA DA

DATA DE NASCIMENTO

ANO

JOÃO PESSOA - PB
DOC. ORIGINAL

08/12/1956

NASC. N. 84996 FLS. 170 LIV. A-167
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA PB

034.365.144-03
Assinado por: Rui Oliveira da Silva Neto
Assessoria de Imprensa, Chefe Gabinete



| | | |
|---|--------------|-------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES | | |
| DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014201968800 | | |
| VIA | PRF | 20180000507444-8 |
| 0076769569-0 | COD. RENAVAM | RNTRC |
| JOSE CABOCLO DOS SANTOS | | EXERCÍCIO |
| 03436514403 | | CPF/CNPJ |
| NOVO | | PLACA |
| PB | | MOL2340/PB |
| 9C2JD17201R016927 | | PLACA ANT./UF |
| HONDA/XLR 125 ES | | MARCA / MODELO |
| 2 P/124 /CI | | ESPECIE TIPO |
| PARTIC | | COMBUSTIVEL |
| BRANCA | | GASOLINA |
| COTA ÚNICA | | VENC. COTA ÚNICA |
| ***** | | 00/00/0000 |
| FAIXA I PVA | | VENC. / COTAS |
| 0 | | 1º |
| PARCELAMENTO / COTAS | | 2º |
| ***** | | 3º |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) | | IOF (R\$) |
| ***** | | SEGURADO |
| PRÉMIO TOTAL (R\$) | | DATA DE PAGAMENTO |
| ***** | | 09/11/2018 |
| OBSERVAÇÕES | | |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO | | |
| NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA | | |
| CONDE - PB | | LOCAL |
| 15121 | | DATA |
|  | | 2011 |
|  Agente de Venda da Sócia Centro Superintendente DETRAN/PB | | |

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201968800 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **DATA EMISSÃO**
2018 **09/11/2018**

| | | | |
|-------------------------------------|----------------|------------------------------------|-------------------|
| VIA | 03436514403 | CPF / CNPJ | PLACA |
| RENAVAM | 00767695690 | MARCA / MODELO | HONDA/XLP 125 ES |
| ANO FAB. | 2001 | CAT. TARIF. | 9 |
| ANO MOD. | 2001 | NP CHASSI | 9C2JD17201R016927 |
| PRÉMIO TARIFÁRIO | | | |
| FNS (R\$) | DENATRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) | |
| ***** | ***** | ***** | |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | | IOF (R\$) | |
| ***** | | SEGURADO | |
| PAGAMENTO | | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) | |
| <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA | | <input type="checkbox"/> PARCELADO | |
| | | 09/11/2018 | |
| DATA DE QUITAÇÃO | | | |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

2011-1002087-20181109



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 041.513.753



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

WANDERLUCIA DA COSTA CARVALHO
RUA FREI JOAQUIM 185 B
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1009408-4

| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------|--------------|---------|------------|---------------|
| ABR/2020 | 06/04/2020 | 64 | 14/04/2020 | R\$ 54,17 |

Acesse: www.energisa.com.br

| | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL | | | | |
| 00190.00009 03150.244006 09181.764177 3 8225000005417 | | | | |
| Pagador: WANDERLUCIA DA COSTA CARVALHO CNPJ/CPF: 784.639.124-00 | | | | |
| RUA FREI JOAQUIM 185 B - MANDACARU - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000 | | | | |
| Nosso-Número 31502440009181764 | Nr Documento 001009408202004 | Data Vencimento 14/04/2020 | Valor do Documento R\$ 54,17 | Valor Pago |
| BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 | | | | 09.095.183/0001-40 |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3 | | | | |



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464433400000028908631>
Número do documento: 20042216464433400000028908631

Num. 30068736 - Pág. 1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--------------------------------|
| 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO | | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | | |
| 5 - Nome completo: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO | | 6 - CPF: 034.365.144-03 | | 9 - Número: SIN | |
| 7 - Profissão: RECUSO | 8 - Endereço: RUA IRACY ANELIA COSTA | 10 - Complemento: CABEDELO | | 14 - CEP: 58033-455 | |
| 11 - Bairro: CABEDELO | 12 - Cidade: CABEDELO | 13 - Estado: PB | | 16 - Tel. (DDD): 683987088728 | |
| 15 - E-mail: | | | | | |

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: | 18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal: |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). | | |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 | | |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | |
| AGÊNCIA: 0735 | CONTA: 00009338 4 | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ <input type="checkbox"/> AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

| | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|--|--|------------------------------|---|------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | | | | | 24 - Data do óbito da vítima: | | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sím | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (valnasor)? | <input type="checkbox"/> Sím | 31 - Vítima teve irmãos? | <input type="checkbox"/> Sím | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sím |

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.

| | |
|---|---|
| <p>34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado</p> <p>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</p> | 38 - 1 ^a Nome: CPF: Assinatura da testemunha |
| | 39 - 2 ^a Nome: CPF: Assinatura da testemunha |

300 PESSOA - 28/11/2019
Renan de Carvalho Paiva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Digitalizado com CamScanner



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, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666030 **Vítima: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO**

Data do Acidente: 31/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000735

Conta: 000009338-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Pag. 01801/01802 - carta_15R - INVALIDEZ



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



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464504500000028908635>
Número do documento: 20042216464504500000028908635

Num. 30068740 - Pág. 2

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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13645.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13645.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:57 horas do dia 28 de novembro 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 **Jose Caboclo dos Santos Filho**, CPF nº 034.365.144-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pedreiro, filho(a) de Severina Maria de Lima e Jose Caboclo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/12/1956 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Iraci Almeida Costa, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo Ao Motel Fogeara., na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98826-5678.

Dados do(s) Fatos:

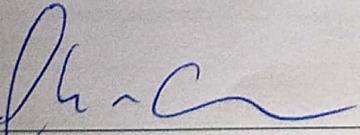
Local: Br 230, Próximo Ao Carajás., Cabedelo/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/08/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

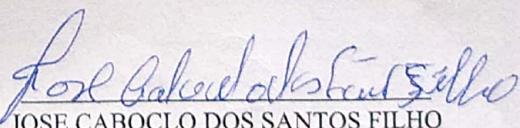
QUE, segundo o declarante no dia 31/08/2019 por volta das 17:00 horas quando transitava, pelo BR-230, Cabedelo-PB; nas imediações do Carajás, com o veículo tipo HONDA/XLR 125 ES ano e modelo: 2001/2001, de cor branca, de placa: MOL2340/PB CHASSI: 9C2JD17201R016927 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto na sua via quando um veículo não identificado deu um "trancão" no declarante invadindo a sua via, que o declarante fez uma manobra abrupta afim de evitar a colisão com o veículo vindo a perder o controle da moto e colidir com o meio-fio, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo por terceiros para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde foi diagnosticado, de acordo com o PRONTUÁRIO nº 117.830, FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO CID S 82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/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, 28 de novembro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação


JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

Noticiante

Procedimento Policial: 13645.01.2019.1.00.401

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464601300000028908638>

Número do documento: 20042216464601300000028908638

Num. 30068743 - Pág. 1

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | |
|--------------------|-------------------------------|
| NOME DO PACIENTE | JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO |
| DATA DE NASCIMENTO | 08/12/56 |
| NOME DA MÃE | SEVERINA MARIA DE LIMA |

DADOS EXTRAÍDOS

| | |
|------------------------|----------------------------------|
| PRONTUÁRIO N.º | 117.830 |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.187.069 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 31/08/19 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 18:12 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| DIAGNÓSTICO (S) | FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO |
| CID 10 | S82.1 |

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo trauma com dor e deformidade no joelho esquerdo. Presença de fratura do platô tibial esquerdo com indicação de cirurgia. Operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho esquerdo

TC de joelho esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de platô tibial esquerdo.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 05/09/19

DATA DA EMISSÃO: 07/11/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSHL

NOME: JOSÉ CABOCLO DOS SANTOS FILHO BE/PRONTUÁRIO: 1187069
 IDADE: 62 SEXO: M COR: _____ DATA: 4/9/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
 CIRURGIÃO: DR KARTNEY 1º ASS: DR ROBERTO
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: KALLINE
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO | CID |
|---|-----|
| <u>FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS | CÓDIGO |
|---|--------|
| <u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

DESCRIÇÃO: _____
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA _____ TERAPIA INTENSIVA _____
 RESIDÊNCIA _____ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO _____

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 4/9/2019
 CRM 5804

Digitalizado com CamScanner



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO COM FAIXA DE SMARCH

Incisão:

INCISÃO ANTEROLATERAL DO JOELHO ESQUERDO

DISSECÇÃO POR PLANOS

HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Conduta:

REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA

FIXAÇÃO COM PLACA EM L DA CAIXA 4,5 6X2 COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 3 CORTICais

AUXÍLIO DE ESCOPA

LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA COM SF 0,9%

REVISÃO DE HEMOSTASIA

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

URATIVOS ESTÉREIS

RETIRADA DE GARROTE

OA PERFUSÃO DISTAL

Observação:

RAIO-X DE CONTROLE

Medico/CRM:

João Pessoa,

4/9/2019

Ortopedia e Traumatologia
CRM 5809
Assinado em 04/09/2019

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464696800000028908643>

Número do documento: 20042216464696800000028908643

Num. 30069299 - Pág. 3



**Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0823855-94.2020.8.15.2001

DESPACHO

Defiro os benefícios da assistência judiciária gratuita

Vistos, etc.

1.) Depreende-se dos autos eletrônicos acima identificados que o presente feito achava-se aguardando o agendamento de data para a realização da audiência de conciliação/mediação, para cumprimento do rito do art. 334 do CPC.

Acontece, porém, que sobreveio a pandemia decorrente do "covid-19", inviabilizando, *sine die*, a realização de atos processuais presenciais nas dependências do Poder Judiciário.

Neste contexto, se afigura necessário o prosseguimento do feito, afim de evitar prejuízos à prestação jurisdicional, sem prejuízo da realização da tentativa conciliatória, a qualquer tempo, mediante *manifestação expressa de ambas as partes*, desde que presente o *efetivo interesse* na autocomposição, o que faço em consonância com o **Enunciado 35 da ENFAM**:

"Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo".

ISTO POSTO,

2.) Recebo a petição inicial, eis que observados os requisitos do art. 319 do CPC

3.) CITE-SE a parte RÉ para os termos da ação, sob às penas de revelia e confissão. Prazo para defesa: 15 dias.

3.1 Oferecida à defesa, à IMPUGNAÇÃO, no prazo de 15 dias.

3.2 Na sequência, à ESPECIFICAÇÃO DE PROVAS, no prazo comum de 15 dias, *sob pena de julgamento antecipado da lide*.

Intimações necessárias. Cumpra-se.



Assinado eletronicamente por: MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO - 09/06/2020 12:14:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060912140966000000030115957>
Número do documento: 20060912140966000000030115957

Num. 31393776 - Pág. 1

João Pessoa, (data/assinatura digital)

MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO - 09/06/2020 12:14:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060912140966000000030115957>
Número do documento: 20060912140966000000030115957

Num. 31393776 - Pág. 2