

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Joilson Fernandes Pessoa da Silveira
brasileiro(a), portador(a) do RG nº 3.840.547 2ª via,
inscrito(a) no CPF nº 107.388.764-29, residente e
domiciliado(a) na Rua/Av. Sítio Vainza COMPRIDA S/Nº
nº S/N, bairro _____, na cidade de Jacaraú.

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

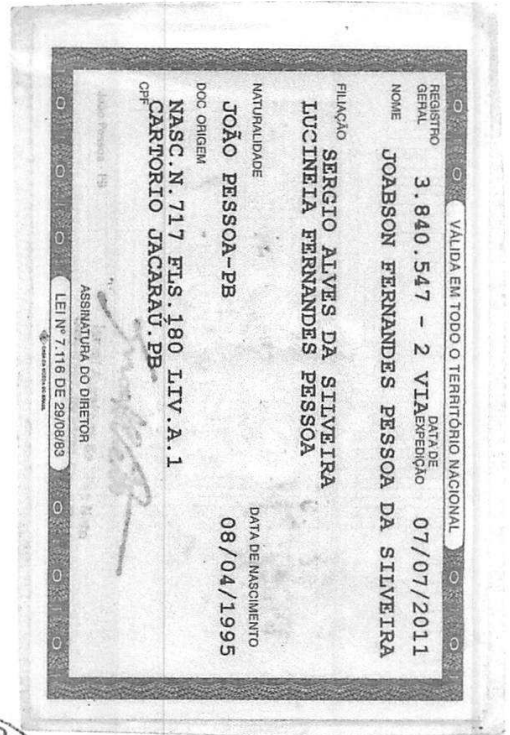
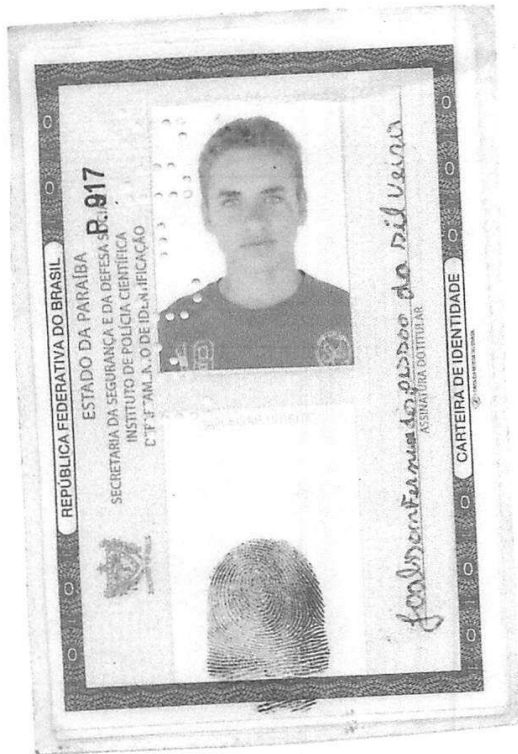
Poderes: Confere amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "**ad judicium et extra**", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar 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, 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, dando tudo por bom, firme e valioso.

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, 8 de março de 2018.

Joilson Fernandes Pessoa da Silveira
OUTORGANTE





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPRINT LTDA

NOBRE
 JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 3840547 SSP PB

CPF 107.388.764-29 DATA NASCIMENTO 08/04/1995

FUNÇÃO
 SERGIO ALVES DA SILVEIRA
 LUCINEIA FERNANDES PESSOA

PERMISSÃO ACC CATEG. AB

Nº REGISTRO 06166180286 VALIDADE 13/02/2019 1ª HABILITAÇÃO 03/09/2014

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: Joãoilson Fernandes Pessoa da Silveira

LOCAL GUARABIRA, PB DATA EMISSÃO 15/09/2015

60698504077
 PB031310222

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1152920542

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1152920542

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 107.388.764-29

Nome Nascimento
 JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA 08/04/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



MARIA DE LOURDES COSTA PESSOA
SIT VARZEA COMPRIDA, S/N - AREA RURAL
JACARAU / PB CEP: 58278000 (AG: 14)

Emissao: 12/11/2018 Referência: Nov/2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO B/200, A/25 - Cricto Resdencior, João Pessoa/PB - CEP: 58071-690
Roteiro: 6 - 29 - 581 - 2570 Medidor: 00000489261

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc. Est.: 16.015.622-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 015.334.893
Cód. para Deb. Automático: 00000516625

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Nov / 2018	12/11/2018	11/12/2018	589.003.904-06 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/51662-5

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/10/18	14788	12/11/18	14858	1	60	32

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/c/ Tributos Total(R\$)	Valor Base Calc. ICMS(R\$)	Aliq. ICMS(%)	Valor Base Calc. Pis/Cofins(R\$)	Aliq. Pis/Cofins(%)	Valor Base Calc. Pis/R\$	Cofins(R\$)
0801	Consumo em kWh	60,000	0,820230	49,21	49,21 25	12,30	49,21	0,47	2,14
0801	Adic. B. Vermelha			2,65	2,65 25	0,66	2,65	0,02	0,11
0801	Adic. B. Amarela			0,32	0,32 25	0,08	0,32	0,00	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			7,86	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00
0802	PROTEÇÃO FÁCIL 11/2018			6,59	0,00 0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 66,63 52,18 13,04 52,18 0,49 2,26

Média últimos meses (kWh) 62

VENCIMENTO 20/11/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 66,63

Histórico de Consumo (kWh)

59	85	69	70	65	55	61	59	55	62	54	54
Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18

RESERVADO AO FISCAL

1b84.6873.171a.2d96.8590.6579.bb57.0644.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	12,76	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. da Energisa/PB	12,89	19,05
DIC TRIMESTRAL	25,52	0,00		Compra de Energia	16,73	28,11
DIC ANUAL	51,05			Serviço de Transmissão	1,97	2,99
PIC MENSAL	7,98		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231	Encargos Setoriais	3,00	4,50
PIC TRIMESTRAL	15,79	Impostos Diretos e Encargos		23,65	35,46	
PIC ANUAL	31,58	Outros Serviços		6,59	9,89	
CC	0,00	0,00		Total	66,63	100,00

ATENÇÃO

Contato Serviço PROTEÇÃO FÁCIL: (51) 3333-3333

O cancelamento da cobrança do consumo e a emissão da fatura sem estas cobranças podem ser solicitadas a qualquer momento na distribuidora.

Faturas em atraso





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 03/2018

Ocorrência nº. 581/2018



Aos 23 dias de NOVENBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy De Carvalho Andrade, às 10h:53min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA, conhecido por _____, Identidade nº 3.840.547-SSP/PB, CPF nº _____, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Sérgio Alves Da Silveira E Lucinete Fernandes Pessoa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/04/1995, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Pb-071, S/ nº _____, bairro Timbó – Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: px. ao ginásio, fone(s) para contato: (83)- 99342-326.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 04 de março de 2018;
- 3) HORÁRIO: 11h:0min;
- 4) LOCAL: Pb-071, Px. Ao Posto De Marcos nº _____, bairro centro – Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Completo hospitalar de Mangabeira, João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 150 TITAN KS, NIV: 9C2KC08108R146048, ano/modelo: 2008, placa: MNZ-9533/PB, cor cinza, licenciado em nome de EDIVALDO FERNANDES PESSOA.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUE

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o notificante conduzia o veículo mencionado, na PB-071 (px. ao posto de Marcos), Centro, Jacaraú, quando uma motocicleta não identificada vindo em sentido contrário, cruzou na frente do notificante, para sair da rua principal. QUE apesar de vim em velocidade compatível com a rodovia, o notificante não conseguiu frear a tempo e colidiu ao lado do tanque de combustível da motocicleta; QUE o notificante caiu no chão, tendo sido socorrido para o complexo hospitalar de Mangabeira em João Pessoa.

9) OBSERVAÇÕES:

NÃO HOUE.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Joabson Fernandes Pessoa da Silveira

JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivão/Agente Matr. nº 155.335-6

Rua São João, 35, Centro – Jacaraú – PB, Cep.: 58.278-000





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de comprovação que, **JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA** RG 3.840.547 2ª via SSDS/PB e CPF 107.388.764-29, residente no Sítio Timbó no município de Jacaraú-PB, foi vítima acidente motociclístico, apresentando fratura em MSD (pulso) e sem sinais de fratura na cabeça. Os primeiros socorros foram solicitados através de pessoas que transitavam no local e o atendimento se deu através da Equipe do Centro de Saúde Daura Ribeiro no dia 04/03/2018, sendo encaminhado para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa – PB, seguindo para avaliação e exames médicos sobre os cuidados desse último hospital.

Conforme consta no Livro de Ocorrência da Enfermagem desta Unidade de Saúde.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

Jacaraú – PB, 13 de Dezembro de 2018.

Lindinalva Vicente da Costa Silva (Aux. Administrativa)

Lindinalva Vicente da Costa Silva
Diretora Geral
CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO



Rua Presidente João Pessoa – Centro – CEP 58278-000 – Jacaraú/ PB
Fone: (83) 3295-1883 Email: centrodесаудеdаurаrіbeіrо@gmаіl.com





Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA				Registro: 2018030453	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 16 / 05 / 2018			Cirurgião: <i>Luís Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura luxação crônica de ossos do carpo</i>					<i>S620</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Carpectomia proximal</i>					
					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

Dr. Luís Filipe Lessa
 Cirurgia da Mão - Microcirurgia
 CRM 10206-PB / SBCM / TE0114328



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito ventral sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão dorsal em punho direito

Divulsão por planos

Capsulotomia em Berger

Carpectomia da fileira proximal

Limpeza com SF 0,9%

Sutura por planos + sutura de pele

Conduta:

Curativo + tala luva

Fechamento:

OBS:

Data: 16 / 05 / 2018

Dr. Felipe Lessa
CRM 10887-PB / RBCM / TEST 24202

MÉDICO/CRM

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 20/04/18

Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

OPD: DOR em mão (D)

HDA: VITIM DE TRAUMAS em 04/03/18, ACIDENTE DE MOTO, DOR em mão (D) e IMOBILIDADE FUNCIONAL

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso ____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudores [] 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 [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náusea [] 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-reposo [] Deformidade: [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor



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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho 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: _____

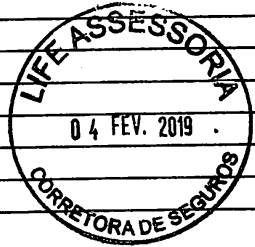
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: FRATURA e LUXAÇÃO TRANS ESCAPO SEMI LUNAR

Conduta: INTERCONSULTA P/ TRATAMENTO CIRURGICO



Yury Cordeiro
CRM PB 11507

Dr. YURY



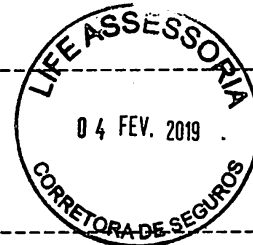
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 121733 Atd: Nao Regular
Data: 20/04/2018
Hora: 08:39:40
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA Num. de vezes atendido: 2
CNS: 200853716310005 Sexo: M IDENTIDADE: 3840547 Fone: 993420326 Num. Prontuario: 2018.03.000453
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1995 Id: 23 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, 00
Bairro: DISTRITO Cidade: JACARAU UF: PB
Mae: LUCINEIA FERNANDES PESSOA Pai: SERGIO ALVES DA SILVEIRA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: JOABSON FERNANDES PESSOA
T: Doc. Responsavel: 993420326 / IDENTIDADE: 3840547
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial



PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Caixa Principal

TRAUMA EM MSD

Por uma de acidente motociclista
em 03/18 atornal nos el eor em um (D)
famos consulta no ambulancia no dia 21/03/19

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PROGNOSTICO SINTOMAS FX/LX TRANS ESCAFOS
FAMILIAR.

Diagnostico

Conduca

Prescricao

Horario da medicacao

Mouribe Arruda Felino
Ten.MED-Id: 0702099755/MG
CRM-PB 7522 / CRM-PE 21194



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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 107759 Atd: Nao Regul
Data: 04/03/2018
Hora: 15:01:02
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVA
Clinica: ~~CIRURGICA~~ ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOABSON FERNANDES PESSOA
CNS: 200853716310005 Sexo: M IDENTIDADE: 3840547 Fone: 993420326
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1995 Id: 22 ano(s)

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.03.000453

End.: RUA PROJETADA, 00
Bairro: DISTRITO Cidade: JACARAU UF :PB

Mae: LUCINEIA FERNANDES PESSOA

Pai: SERGIO ALVES DA SILVEIRA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO (A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOABSON FERNANDES PESSOA

Tel/Doc. Responsavel: 993420326 / IDENTIDADE: 3840547

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE UNID. DE SAUD. JACARAU

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLIS. MOTOXMOTO- 12H00

Vitima de violência por: COND. DA MOTO- TAVA SO- JACARAU

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Queixa Principal

Observacao

COLISAO MOTO X MOTO, COM ESCORIACOES, TRAUMA E MSD



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Soporo, trauma no pulso - H+ e R+ e R+ de S+ e R+,
Outros, estes estao em M.F.*

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

BOZ de OZ





117

CERTIDÃO

Nº. 1201/2018

Atendendo solicitação de **JOABSON FERNANDES PESSOA DA SILVEIRA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial N°107759 e Prontuário N° 2018.03.000453, pertencente ao mesmo que foi atendido dia 04/03/2018 às 15H01min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em punho direito.

Retornou dia 20/04/2018 às 08h39min com Ficha nº 121733 apresentando fratura do carpo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/05/2018 com alta médica dia 17/05/2018.

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

João Pessoa, 05 de setembro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO Nº 012507610338
VEÍCULO
1 002598 0070 000000 20170

EDIVALDO FERNANDES PESSOA
NOME
32821217498 CNPJ

1908 PLACA ANT. 1908
2008 FAB. 1908 MOD.
2008 FAB. 1908 MOD.

PAS/MOTOCICLETAS
HONDA/CG 150 TITAN K

2008 P/149 /CI PARCELAMENTO / COTAS
00/00/0000 1º
V 00000000 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º
A 00000000 0 PARCELAMENTO / COTAS 3º

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDE PARA TRANSFERENCIO

JACARA 366
20/03/2017
2241

PB Nº 012507610338 BILHETE DE SEGURO DPVAT
EDIVALDO FERNANDES PESSOA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 20/03/2017
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

EDIVALDO FERNANDES PESSOA
VIA CPF / CNPJ PLACA

RENAVAM MARCA / MODELO
02821217498 MNZ9533/PB
Nº CI/ASSI

00957440553 HONDA/CG 150 TITAN K
PRÊMIO TARIFÁRIO
9C2K08108R146048 DO SEGURO (R\$)

2008 (R\$) 9
CUSTO DO BILHETE (R\$)

P A G O
SEGURO P A G O
DATA DE OUITAÇÃO

PARCELAMENTO PARCELADO
COTA UNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.249.606/0001-04
2241-14522-1-20170320



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2235229 DATA DE EXPEDIÇÃO - 7 NOV. 1995

NOME EDIVALDO FERNANDES PESSOA

FILIAÇÃO Aluisio Fernandes Pessoa
 Maria de Lourdes da Costa Pessoa

Rio Tinto - PB DATA DE NASCIMENTO 02-05-1977

NATURALIDADE Cert de Nasc. Nº 2.062, Fls 4, Liv, A4-

DOC ORIGEM Cart de Jacaraú - PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA D.O.P. 074

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Edivaldo Fernandes Pessoa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edivaldo Fernandes Pessoa,
RG nº 2235229, data de expedição 07/11/1995
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 028.212.174-98, com
domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Varzea Comprida, nº SIN,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Joalson Fernandes Pessoa da Silveira cujo o condutor era
Joalson Fernandes Pessoa da Silveira.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN
Ano: 2008

Placa: MN ~~9~~ 9533

Chassi: 9C2KCO8108R346048

Data do Acidente: 04/03/2018

Local e Data: João Pessoa, 14/12/2018

Edivaldo Fernandes Pessoa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



DESPACHO

Processo nº 0800182-83.2019.8.15.1071

Vistos, etc.

DEFIRO a gratuidade processual, com os benefícios a ela inerentes, vez que presentes os requisitos à sua concessão.

Em razão da inviabilidade da autocomposição com relação à Seguradora demandada, deixo de designar a audiência de conciliação/mediação disposta no art. 334, do CPC.

CITE-SE o demandado, pessoalmente, por Carta com aviso de recebimento, no endereço declinado na peça proemial, para querendo, contestar a presente demanda, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, devendo ser advertido de que não contestada a ação, presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344, CPC).

P.I. e Cumpra-se, com a observância das cautelas atinentes à espécie.

Diligências necessárias.

JACARAÚ/PB, 3 de abril de 2019

JUIZ (A) DE DIREITO

