

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01590.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01590.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:12 horas do dia 21 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **José Adailton da Silva Silvestre**, RG nº 1790835 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Antonia da Silva Silvestre e Francisco de Assis Silvestre, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 18/07/1974 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Pitassilgo, Nº S/N, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Supermercado Nova Vida, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98670-0299.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ana Alves Chaves, Torre de Babel, João Pessoa/PB, bairro Valentina/Torre de Babel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/18 23:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante trafegava normalmente em sua mão, por volta das 23:30 horas, com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD, ano e modelo: 2015, de cor vermelha, placa: QFF1484/PB, chassi nº 9C2KC1650FR200943, registrado em nome de José Benício da Silva Filho, CPF nº 396.291.474-91; QUE nesta ocasião estava chovendo e que o veículo veio a derrapar fazendo com que o notificante viesse a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO N° 0871/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 22.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 21 de agosto de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS

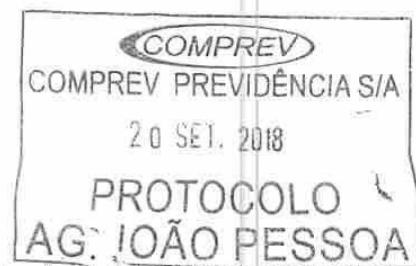
Agente de Investigação

JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

Noticiante



DAVPC-PB



Procedimento Policial: 01590.01.2018.1.00.420

1/1



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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	20/12/2017	19/01/2018	18964078898

UC (Unidade Consumidora): 51579185-3

Canal de contato

Diversas tempos sequeram-se e que só chegaram depois de terem
funcionado os primeiros controles de respostas e não se
verificaram fiquaram presas na rede. Fazendo da seguinte

Medidas para aumentar la seguridad en el manejo de la información. Comunicación y Desarrollo

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Lectura	Data	Lectura					
22/11/17	5646	20/12/17	5700			54.		22
Demonstrativo								
G01 Descrição		Quantidade Total de Unid. BokBokCar Avis Formiga BokCar BokBok Avis(R)						
G01* Consumo em kWh		Tributo Total(R) Gastos ICMS ICMS PIS/Cofins IPI ISSQN						
G00* Adq. B Vermelha		54.000,00 701900 37,99 37,92 35 547 37,92 0,00 141						
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
G007 CONTRIBUIM PÚBLICA		8,16 0,00 7 0,00 0,10 0,00 0,00						
G004 COMPENSACAO FOR INDICADORES DIC 10/2017		0,24 0,00 6 0,00 0,02 0,00 0,00						

CCU Change of Classification - 7/2011 45-00 45-01 45-02 45-03 45-04 45-05

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
55 28/12/2017 R\$ 19,55

Histórico de Consumo (kWh)

85 146 123 145 148 154 135 134 86 131 82 157
Nov17 Oct17 Sep17 Aug17 Jul17 Jun17 May17 Apr17 Mar17 Feb17 Jan17 Dec16

f594.eeee.825f.e15a.6910.8d7e.1120.f7d1

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
INTERVALO	0,47	7,80	
TRIMESTRE	0,47		NOMINAL
MES	0,47		220
MENSAIS	0,47	3,03	
MENSAL	0,47		CONTRAFASCA
MENSAL	0,47		ANTERIOR
MENSAL	0,47		ANTERIOR
PERÍODICO	0,47	9,93	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Brasil	1.000.000.000,00	100,00%
Brasil - Pernambuco	1.000.000,00	100,00%
Brasil - Pernambuco - Recife	1.000,00	100,00%
Total	48,79	100,00

Faturas em atraso





Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 03/01/2019 19:47:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19010319445851400000018033345>
Número do documento: 19010319445851400000018033345

Num. 18531146 - Pág. 1

CERTIDÃO

Nº. 0871/2018

Atendendo solicitação de ALEXANDRA CESAR DUARTE 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 Nº105561 e Prontuário nº 2018.02.3377, pertencentes a JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE que foi atendida dia 24/02/2018 às 04h50min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de patela. realizado cirurgia dia 24/02/2018 e alta médica 10/03/2018.

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

João Pessoa, 22 de junho de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



De design de formulário
de procedimento é responsabilidade
do profissional de saúde

CARTA-MEDICO

PREFEITURA MUNICIPAL DE JAO PESSOA		Ficha Nr.: 105561 Até: Não Regul.	RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DURATE S/N Número: 04:50:38 CEP: 58056-384 JAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Nome: JOSE ADALITION DA SILVA SILVESTERE CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO Num. Pronutario: 2018.02.003377 Dados do Paciente Num. de vezes atendido: 1 End.: LOT PINTA SILVA, 0 Barrio: PARATIE Cladage: JAO PESSOA UF: PB Mae: ANTONIA DA SILVA SILVESTERE Pai: Raça: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Ocupação: COZINHEIRO INFORMACOES DE ENFERMADA Estado Civil: Não Informado Resps.: JOSE ADALITION DA SILVA SILVESTERE Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP DE TRABUM, A Vitima de acidente por: MOTO Ansporote utilizada: AMBULANCA Vitima de violencia por: NAO ([] Caso Policial CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO PRE-CONSULTA PA: FR: TP: FC: Peso: Glicemia: Clareza: Pec: PA: Peso: IMC: Regulair Diarreia Agitado Convulsao Hemorrragia Politecraumatisado Grave Bem IMC: 028: Quedixa Principal Dr. [REDACTED] NA REGIAO DO JOELHO E (FRACTURA DE Tibia) SIC. PAC: TE VITIMA DE QUEDA DE MOTO QUEIXANDO-SE DR. [REDACTED] NA REGIAO DO JOELHO E (FRACTURA DE Tibia) SIC. Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Diagnóstico Prescrição + Diagnóstico + Prescrição + Horário da medicacao + Conducta
------------------------------------	--	-----------------------------------	---





Name:	PROTÓCOLO DE ADMISSÃO
Prontuário:	Nome da Mae:
Endereço:	Endereço:
Cidade:	Estado:
Sexo: F () M ()	Cor:
Escolaridade:	Fone:
QPDI:	Bairro:
HDA:	Local de nascimento:
INTERROGAÇÃO SINTOMATOLÓGICA	
Medicamentos em uso:	
20 SET. 2018	
COMPLEXO COMPREV PREVIDENCIAS	
AGENDA PESSOAL	
General: []Febre []Asma []Anorexia []Perda de Peso <input checked="" type="checkbox"/> Né em _____	
Pele: []Calafrios []Alopécia []Adenomegalias []Itcheria []Tonturas []Outros: _____	
Cabeça e Pescoço: []cefaleia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe <input checked="" type="checkbox"/> Vias: _____	
Orelhas: []Dor de Garganta []Boco []Rouquidão []Disfagia <input checked="" type="checkbox"/> Audição: _____	
ABD: []Dor Dispepsia []Diarreia []Melenas []Entorragia []Constipação []Aumento de volume <input checked="" type="checkbox"/> Vômitos []Dispepsia []Diarreia []Melenas []Entorragia []Constipação []Aumento de volume	
AGU: []Disuria []Incontinência []Retengaço []Políuria []Oligúria []Noctúria []Hematuria <input checked="" type="checkbox"/> Mal Cheiro []Corticamento []Outras: _____	
SNE: []Dor Artalgia []Caídar []Edema []Crepitação []Fradeuzeira []Artrofia []Defomidades <input checked="" type="checkbox"/> Rigidez Pos-terposo []Defomidades	
SN e PSO: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motilidade e Sensibilidade <input checked="" type="checkbox"/> Amnésia []Líbido []Humor	



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 03/01/2019 19:47:59
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19010319451190100000018033346>
Número do documento: 19010319451190100000018033346

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]JHAS []JDM []JTB []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: _____

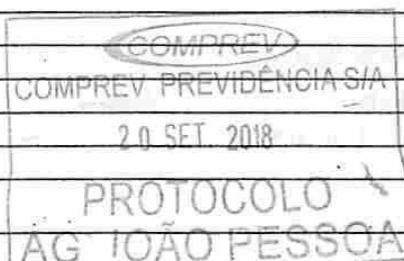
ABD: _____

AGU: _____ X _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: DNAUNA EXPOSTA PÁTECAConduta: LNC + ENFERMADAS

DR. EDSON D. TIROCO
COMPREV
ANTROPEDAT TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DE MÃO E MICROCIRURGIA
CONCEPTE 7142

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>JOSÉ ADAILTON S. SILVEIRA</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>EDSON GINOLI</i>		1º Assistente:	<i>LUVANDA</i>
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I:		T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>ENQUINA PAGELA EXPOSSA</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>EX</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>LNC + DESBRIDAMENTO</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não		
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4(<input type="checkbox"/>) 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:

DDH

Incisão:

SOBRE FERIMENTO PREVIO

Achados:

FRACTURA EXPOSITA PATELA

Conduta:

LIM + DESBR/DA MÊNTO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

20 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento: SUTURA PELE + CINTILIVO +
MALA SUTURA - PODALÍCA

OBS: NECESSITANÁ DE PROCEDIMENTO
CINTILIVO DE FNIQUIVO

Data: 24/01/18

Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA MÃO E MICROCURGIA
CRM-PB 7142

MÉDICO/CRM

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



Nome: <i>Jose A. da Cunha Silveira</i>			Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica: <i>Ortopedia</i>
Data: <i>09/03/2018</i>	Cirurgião: <i>Dr. Góes Tirol</i>		
1º Assistente: <i>Dr. Enrico A.</i>	2º Assistente:		
Anestesista:	Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Fratura de patela</i>			S82.0
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)			CÓDIGO
<i>Redução Aberta + Fixação interna</i>			
			<i>COMPREV</i>
			COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
			<i>20 SET. 2018</i>
			<i>PROTÓCOLO</i>
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não			<i>AG. JOÃO PESSOA</i>
Descreva:			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) 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



Duarte e Filho Advogados Associados

Rua Agente F. José Costa Duarte, 157/sala 05 - Mangabeira, João Pessoa/PB
(83) 90832-9576. (83) 99105-5363. (83) 98501-2868.

PROCURAÇÃO "AD – JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

CONTRATANTES:

NOME José Eduardo da Silva TELEFONE 988083083
ESTADO CIVIL CASADO PROFISSÃO Cozinheiro
CPF 189.640.788-96 RG 1790835 ENDEREÇO Rua Pitombeira,
5N, Pontaibe, João Pessoa

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, **JOSÉ EDUARDO DA SILVA OAB/PB 12.578, e ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438** com escritório profissional sito à Rua Agente F. José Costa Duarte, 157/sala 05, Mangabeira, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de econômica mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando rudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA

Declara ainda o outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa, 03 de Outubro de 2018

(OUTORGANTE) X fci. M. A. S. G. E. L. S. S.





(/)



Buscar no site



A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180439641 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSE ADAILTON DA SILVA SILVESTRE

CPF/CNPJ: 18964078896

Posição em 08-10-2018 20:32:50

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui (<https://www.seguradoralider.com.br>) para enviar seu pedido de indenização.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

08/10/2018 R\$ 843,75 R\$ 0,00 R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
25/09/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/djICF9oHN+K4z6CqvRlmQQ==/api_key=gETloeUkl8DXjyDgZdZdyOCbNOjPH1hyQ55r6uesk=)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A ●

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 03/01/2019 19:48:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19010319461922900000018033350>
Número do documento: 19010319461922900000018033350

Num. 18531151 - Pág. 1