

PROCURAÇÃO

Igor Stênio Fernandes dos Santos, brasileiro, portador do RG nº 4.128.684, inscrito no CPF nº 406.331.024-04, residente e domiciliado na Rua Projerada, nº 91, ST02 15N, Centro, Conde/PB - CEP: 58.322-000

pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados **FÁBIO ANTÉRIO FERNANDES**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrita no CPF sob o nº 000.809.724-03, e inscrito na OAB/PB sob o nº 10.202 e **LÍRIDA MACEDO**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n. 11.279, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, onde recebe intimações, as quais confere poderes para o foro em geral com a cláusula *ad judicium*, para propor contra quem de direito couber as ações competentes, e defender o(a)(s) outorgante(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, usando dos recursos legais, em qualquer juízo, instância, tribunal ou órgão, para representar seus interesses em processos judiciais ou administrativos, podendo receber citação, intimações e notificações, sacar valores, dar e receber quitação, bem como acompanhar as ações, em qualquer instância, prestar compromisso, fazer acordos judiciais e extrajudiciais, enfim, usar todos os poderes da cláusula *ad judicium*, inclusive podendo substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, além de declarar judicialmente a hipossuficiência financeira do(a)(s) outorgante(s) para fins de obtenção do benefício da Justiça Gratuita, a qual presume-se verdadeira, nos termos do art. 99, §3º da Lei Federal 13.105/15, o que dará tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa, 05 de dezembro de 2017.

Igor Stênio Fernandes dos Santos

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, aos advogados, **JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE**, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 069.074.834-59, OAB/PB 21.612, **OLECY MORORO DE LUNA FREIRE NETO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB nº 21.947, **ROBERTO CORREIA DE AMORIM FILHO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 081.005.344-62, OAB/PB 19.385, **ANA BEATRIZ DE ALMEIDA DANTAS**, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF 045.561.364-82, advogada, inscrita na OAB/PB 14.182, **EWERTON HENRIQUE DE FRANÇA VASCONCELOS DOURADO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 054.071.745-29, advogado inscrito na OAB/PB 23.075, **EMANUEL FELÍCIO BARBOSA DIAS**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 053.479.294-48, inscrito na OAB/PB nº 15.445, **FERNANDO ABREU BARBOSA CAMPOS**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 076.376.134-61, inscrito na OAB/PB nº 23.835, **IGOR SANTANA GOIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF/MF 047.570.235-29, inscrito na OAB/SE 10223/SE, **OSMAN XAVIER FERREIRA JUNIOR**, solteiro, advogado, inscrito no CPF 066.775.964-60, inscrito na OAB PB nº 18.672, **ALANNA KASSIA DE ARAUJO LEITE**, solteira, advogada, inscrita no CPF sob o nº 095.622.754-69, inscrita na OAB/PB nº 23.990 todos com escritório no mesmo endereço dos outorgados, os poderes a mim investidos.

LIRIDA MACEDO
OAB/PB nº 11.279



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.128.687	DATA DE EXPEDIÇÃO	28/02/2014
NOME	IGOR STENIO FERNANDES DOS SANTOS		
FILIAÇÃO	MARIA EDENIA FERNANDES DOS SANTOS		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	16/11/1997
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº70796 - LIV.68 A - FLS.66 V - CARTORIO 3º JOÃO PESSOA PB		
CPF	706.331.024-07		
João Pessoa - PB			
	ASSINATURA DO DIRETOR		
	LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





MARIA EUNICE FERNANDES DOS SANTOS
RUA PROJETADA, S/N - AREA RURAL
CONDE / PB CEP: 58322000 (AG. 1)



Emissão: 09/09/2018 Referência: Ago / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br:230, Km:25- Cristo Redentor- João Pessoa / PB - CEP:58071-680
Revisto: 3 - 21 - 410 - 7660 Nº medidor: 00008989479

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ:09.036.183/0001-40 Insc. Est. 18.016.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº010.675.304
Cód. para Déb. Automático: 00018867820

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	09/08/2018	06/09/2018	709.527.287-53
			Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/1886782-0

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
27/08/18	0	09/09/18	101	43

CC1	Descrição	Quantidade	Tarifa C/	Valor Base Calc. Anu	ICMS(R\$)	Base Calc. Pst(R\$)	Cofins(R\$)
Demonstrativo							
		Tributos Total(R\$)		ICMS(R\$)	ICMS	Pst/Cofins(R\$) (1,0845%)	(4,9956%)
0801	Consumo em kWh	101,300	0,739080	74,64	74,64	27	20,15
0801	Adic. B. Vermelha			7,54	7,54	27	2,03
		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			14,98	0,00	0	0,00

CC1	Código de Classificação do Item	TOTAL					
		97,14	82,18	22,18	82,18	0,89	4,10

Média últimos meses (kWh) 0

VENCIMENTO 16/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 97,14

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO APLICAR

63c2.83ab.87fb.3fe7.f447.112c.644a.4a95.

Indicadores de Qualidade			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,34	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	26,89		
DIC ANUAL	3,81		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC MENSAL	7,22	0,00	
FIC TRIMESTRAL	14,46		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL	3,80	0,00	
DMG	12,22		
DICRI			

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	19,12	19,68
Compra de Energia	27,66	28,47
Serviço de Transmissão	2,93	3,02
Encargos Setoriais	5,90	5,46
Impostos Diretos e Encargos	42,13	43,37
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	97,14	100,00

Valor do EUSD (Ref. 6/2018) R\$0,00

- Leitura confirmada **ATENÇÃO** **Faturas em atraso**





**INSTITUTO DE ORTOPEDIA
E TRAUMATOLOGIA DE ARAPIRACA**
CHAMA - FONE: 3521-4781

ATESTADO MÉDICO

NOME: *José Siqueira Fernandes*

DN:

1-PATOLOGIAS APRESENTADAS (CID-10):

• Fratura distal fêmur: S72.3.

2 - TERAPÊUTICAS REALIZADAS:

*Submetido a tratamento cirúrgico de placa;
Com encaixe zero;
Com presença de retilifocais.*

3 - CONSIDERAÇÕES:

*Reabilitação de andamento por períodos de 180
(Cinco a oito) dias.*

ARAPIRACA *29* DE *Julho* DE 20 *15*

Dr. Wilson Nicolau Lucena
Ortopedia e Traumatologia
Wilson Nicolau Lucena
MÉDICO ASSISTENTE





SESAU - Secretaria Executiva de Saúde
Unidade de Emergência Dr. DANIEL HOULY

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que IGOR STENIO FERNANDES DOS SANTOS, nascido no dia 16/11/1997, filho de Maria Edenia Fernandes, deu entrada nesta Unidade Hospitalar no dia 10/07/2015, resgatado pelo Corpo de Bombeiros, conforme P:26014.

Declaramos ainda que no momento da emissão do boletim de emergência o nome do paciente, a data de nascimento e o campo responsável foram grafados incorretamente, este erro aconteceu devido às informações imprecisas fornecidas na sua entrada.

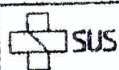
Arapiraca, 29 de julho de 2015.

Roseli Rocha Barros



Rodovia AL 220 – Km 05 – Bairro Senador Arnon de Mello
Fone: (82) 3539-8634 – Arapiraca - Alagoas





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Rs. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: _____ 2 - CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: MARCELO EVRILDE FERREIRA DO SANTO 4 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 / 7 - SEXO: Masc. Fem.

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ 12 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____ 13 - UF: _____ 14 - CEP: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Exatidão diagnóstica Bolson e Janela 17 - QTDE: _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Hipertensão arterial 34 - CID10 PRINCIPAL: I10 35 - CID10 SECUNDÁRIO: _____ 36 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

37 - OBSERVAÇÕES: Hipertensão arterial medicada com TVE MIE

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Hellosman Marçal 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 18/10/2018 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Hellosman Marçal Cardiologista CRM 4122

40 - DOCUMENTO: _____ 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____

45 - DOCUMENTO: _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____ 52 - CNES: _____



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: CAIS JAGUARIBE
Centro de Atenção Integral à Saúde
CRM: Alberto de Brito N - Jaguaribe
Endereço Completo e Telefone: 0001-45
CSP: 58.015-320
Cidade: _____ UF: _____

1ª Via retenção de Farmácia ou drogaria
2ª Via Orientação ao Paciente.

Handwritten signature and stamp:
Sociedade de Medicina
Rua ...
Número ...

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Carla Eunice F. de S. Santos

Endereço: Rua ... Torrecilha 90 E. Jaguaribe

Prescrição: Tramadol 25 - 90 comp
clonazepam 2 - 90 comp
Paracetamol 500 - 60 comp
1 comp noite

Data 24/07/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	1a. VIA FARMÁCIA 2a. VIA PACIENTE
Secretaria Municipal de Conde CNPJ 08.916.645/0001-80 Rua Manoel Alves, 205 CEP 58322-000 Conde - Paraíba	 Assinatura e carimbo do Médico

Paciente: Wanda Carmem F. dos Santos

Endereço: Rua Manoel Alves

Prescrição: Rx 1 ano

Sorteolone 500mg ----- 30cp

Ruoxetina 20mg ----- 90

1cp 3x/dia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome _____

Ident.: _____ órgão Emissor: _____

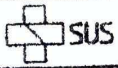
End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

 21/08/18
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Rs. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: _____ 2 - CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: MOMI FUNDIE FERREIRA DE SAUS 4 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO: 1 / 1 / 7 - SEXO: Masc Fem

8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____ 9 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: _____ DDD: _____

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ 12 - CDD. IBGE MUNICÍPIO: _____ 13 - UF: _____ 14 - CEP: _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____ 16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Exatona choque sine 30 dias + 30 dias 17 - QTDE: _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	20 - QTDE
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: Hipertensão arterial 34 - CID 10 PRINCIPAL: I10 35 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 36 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

37 - OBSERVAÇÕES: Hipertensão arterial medicada com TUP MIE

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Helosman Martins A. H. 39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/08/2018 42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Helosman Martins A. H. Cardiologista CRM 4122

40 - DOCUMENTO: () CNS () CPF: _____ 41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR: _____ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): _____

45 - DOCUMENTO: () CNS () CPF: _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ 50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: _____

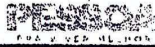
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____ 52 - CNES: _____





PREFEITURA DE



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CAIS JAGUARIBE

Centro de Atenção Integral à Saúde

CRM: Alberto de Brito UF: RJ - Jaguaribe

Endereço Completo e Telefone: 0001-45

CSP: 58.015-320

Cidade: _____ UF: _____

1ª Via retenção de Farmácia ou drogaria

2ª Via Orientação ao Paciente

Sociedade Serenidade do Maracá
R. ...
Cidade: Jaguaribe - RJ
CEP: 58.015-320

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Carla Domicia F. dos Santos*

Endereço: *Rua ... 70 E. Jaguaribe*

Prescrição: *Trasololol 26 - 90 comp
1 comp. 3x/dia
cineteo 2 - 170 comp
1 comp 3x/dia
Paracetamol 500 - 66 comp
1 comp 3x/dia*

Data 24/07/18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor, _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____ Data ____/____/____





CENTRO-HOSPITALAR MANOEL ANDRÉ LTDA

CNPJ – 04.710.210/000124 ROD. AL 220-KM 02

Nº344 SEN. ARNON DE MELO 57304-260 –

ARAPIRACA/AL – FONE.: 3521-4781

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente, IGOR ISTENIO FERNANDES DOS SANTOS deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 18/07/2015 para tratamento CIRURGICO e o mesmo recebeu alta hospitalar no dia 16/07/2015 tal qual patologia abaixo discriminada.

CID: S 72.3

Sem mais para o momento desde já nos colocamos a inteira disposição para qualquer esclarecimento.

Arapiraca 29 de julho 2015.

Adilson Nicácio Luccena

Dr. Adilson Nicácio Luccena
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AL - 5433

C.N.P.J: 04.710.210/0001-24
CHAMA - CENTRO HOSPITALAR
MANOEL ANDRÉ
Rod. - AL 220 S/N - Km 2
Senador Anon de Melo - CEP: 57304-260
Arapiraca - Alagoas



Centro Hospitalar Manoel André

Nome: IGOR FERNANDES STENIO DOS SANTOS Prontuário: 51021

Sexo: Masculino Idade: 17A Cor: S Estado Civil: _____

BOLETIM OPERATÓRIO

Intervenção Cirúrgica: 16/07/15 Início: 10:20 Fim: 12:20 Duração: _____

Diagnóstico Operatório:

Fratura Diafisária do fêmur DIREITO

Operação Realizada:

Tratamento Cirúrgico com Fixação com placa e parafuso

Cirurgião: Gustavo Francisco CRM: 4411

1 auxiliar: Rodrigo Fernando CRM: _____

2 auxiliar: _____ CRM: _____

Instrumentador: _____

Anestesia: Raqui-anestesia Início: 10:20 Fim: 12:20 Duração: 20

Anestesista: Claudia Freitas CRM: 3897

Claudia I. B. Freitas
Anestesiologista
CRM/AL - 3897

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

- 1 - Paciente em decubito dorsal sob anestesia;
- 2 - Antissepsia + colocação dos campos cirúrgicos;
- 3 - Incisão lateral na coxa direita;
- 4 - Abertura por planos + hemostasia;
- 5 - Visualização do foco fde fratura;
- 6- Redução e fixação com placa e parafusos;
- 7- Lavagem com SF a 0,9%;
- 8- Colocação de dreno de sucção;
- 9- Síntese por planos;
- 10 - Curativo;

Dr. Adilson Nicação Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CRM / AL - 5433
Rod. Al. 220, Km 2, - Sen. Arnon de Melo
Arapiraca - AL





COMPLEXO HOSPITALAR MANOEL ANDRÉ - LTDA

Prontuário Médico

Atendimento: 5354

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data / Hora: 16-07-2015 10:20:37 Prontuário: 5414
 Nome: IGOR STENIO FERNANDES DOS SANTOS
 Data Nasc.: 16-11-1997 Idade: 17 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: 4128687 CNS: 898001231834902
 Endereço: AL-220 Nº: 0
 Bairro: PLANALTO Cidade: ARAPIRACA Estado: AL
 CEP: 57308000 Fone: 8387863443 Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA EDENIA FERNANDES DOS SANTOS
 Acompanhante: N Nº da Carteira:
 Convênio: SUS - INTERNACAO Leito: RET-212
 Unidade de Internação: RETAGUARDA NEURO/ORTOPEDIA
 Médico: HOSPITAL CHAMA

...:ANAMNESE DO PACIENTE:...

Historico da Doença Atual:

paciente com trauma
na região de tornozelo
em 16/07/2015

Antecedentes Pessoais:

Exame Físico:

sem alterações

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo:

Tratamento Proposto: Clínico Cirúrgico

Dr. Adilson Nicacio Lucena
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM / AL - 5433
 Rod. AL 220, Km 2 - San. Arnão de Melo
 Arapiraca - AL

Médico Responsável





CENTRO-HOSPITALAR MANOEL ANDRÉ LTDA

CNPJ – 04.710.210/000124 ROD. AL 220-KM 02

Nº344 SEN. ARNON DE MELO 57304-260 –

ARAPIRACA/AL – FONE.: 3521-4781

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente, IGOR ISTENIO FERNANDES DOS SANTOS deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 13/07/2015 para tratamento CLINICO e o mesmo recebeu alta hospitalar no dia 16/07/2015 tal qual patologia abaixo discriminada.

CID: T 03.9

Sem mais para o momento desde já nos colocamos a inteira disposição para qualquer esclarecimento.

Adilson Nicácio Lucena

Arapiraca 29 de julho 2015.

Dr. Adilson Nicácio Lucena
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AL - 5433





COMPLEXO HOSPITALAR MANOEL ANDRÉ - LTDA

Prontuário Médico

Atendimento: 5354

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data / Hora: 13-07-2015 10:20:37 Prontuário: 5414
 Nome: IGOR STENIO FERNANDES DOS SANTOS
 Data Nasc.: 16-11-1997 Idade: 17 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: 4128687 CNS: 898001231834902
 Endereço: AL-220 Nº: 0
 Bairro: PLANALTO Cidade: ARAPIRACA Estado: AL
 CEP: 57308000 Fone: 8387863443 Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA EDENIA FERNANDES DOS SANTOS
 Acompanhante: N Nº da Carteira:
 Convênio: SUS - INTERNACAO Leito: CIR101-5
 Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA
 Médico: HOSPITAL CHAMA

...:ANAMNESE DO PACIENTE:...

Histórico da Doença Atual:

*Paciente vítima de traumatismo
 múltiplo decorrente com fraturas múltiplas
 de membros superiores*

Antecedentes Pessoais:

Não

Exame Físico:

TA 140 + elev. - Esp. med. de

Diagnóstico Provisório:

fraturas múltiplas expostas

Diagnóstico Definitivo:

fr. exp.

Tratamento Proposto: Clínico Cirúrgico

Cell
 Médico Responsável



MS/DATASUS UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

No. DO BE: 442505 DATA: 10/07/2015 HORA: 07:31
SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME: IGOR ESTENIO FERNANDES DOS SANTOS
IDADE: 17 ANOS SEXO: MASCULINO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Codigo | Descricao | Profissional

(09:15) Paciente sofreu colisão carro x carro; cons-
ciente, orientado, eupneico, corado, hidratado,
abdome flácido, com dor em perna, dígito,
coxa (D); com diagnósticos de fratura de fêmur
(D) e instalado PVP em MSD, traças catêres em
MID. Intenso, segue pt interno

Gilmaria Steff
Enfermeira
COREN-AL 104235

10.07.15 Psicologia.
usuário com humor regular no momento
por oprimido, apoiado e orientado.

Lirida
CRP 1510862

SERVIÇO DE ATENDIMENTO
UNIDADE DE EMERG. DR. DANIEL M. J. S.
10 07 2015
Serviço de Atendimento

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO





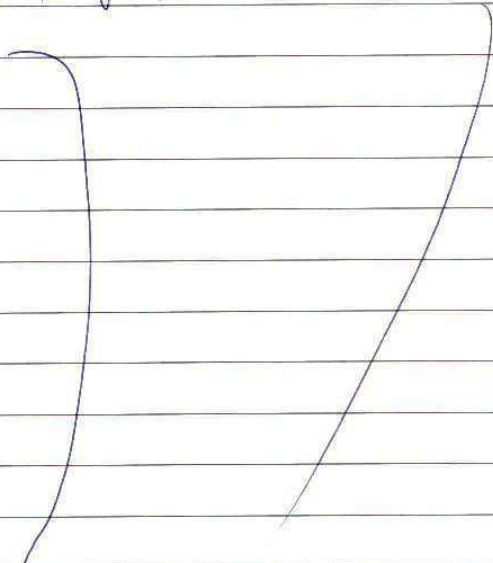
SESAU - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Unidade de Emergência Dr. DANIEL HOULY

RELATÓRIO MÉDICO

Nome do Paciente: Zyon Stevio Fernandes de Souza
Endereço: SAS Arapuca do Camar
Número do Prontuário (ou Boletim de Emergência): 26014
Data de Entrada: 10/07/11 Data de Saída: 12/07/11

Diagnóstico: Fratura do fêmur D.

AS AX + FEM



Arapiraca-AL, 22 de Julho de 20 11

Marco J. Guerra dos Reis
Ortopedista
CRM 3598
CDE 126 309/551156
3598

Rodovia AL 220 - Km 05 s/n - Bairro Senador Arnon de Mello
Fone: (82) 3539-8634 - Cep: 57300-970 - Arapiraca



L22-OBS

CMC/DATASUS UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

Nº. DO RE: 462505 DATA: 10/07/2015 HORA: 07:31
SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: ISOR ESTENIO FERNANDES DOS SANTOS DOC:
IDADE: 17 ANOS NASC: 00/00/0000 SEXO: MASCULINO
ENDERECO: RESGATE NA BR 101 NUMERO:
COMPLEMENTO: NT BAIRRO:
MUNICIPIO: SAO MIGUEL DOS CAMPOS UF: AL CEP: -
NOME DA MAE: TEL:
RESPONSAVEL: SAMU LOCAL DE PROCEDENCIA: SAO MIGUEL DOS CAMPOS
MOTIVO DO ATENDIMENTO: COLISAO - CARROS
CASO POLICIAL.....: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA.....: SIM
ACID. TRABALHO.....: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TO
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

DADOS CLINICOS:

obs cons x cons. cl trauma de
MID. Trauma de femur, fêmur, abd,
baixo, MMSS. não e ceto central de
cdl Rt bacip + coxa D

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

pr. ortopedia
Linha de C. oul

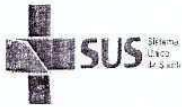
Dr. A. S. Lima
6/10/2015

TARJA EXECUTIVA DE SAU
DE EMERG DO DANIEL

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: 07:15
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] A REVELIA [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
SEITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] ANAT. PATO





INSTITUTO WALFREDO GUEDES PEREIRA

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA

PACIENTE: IGOR STENIO FERNANDES DOS SANTOS

Nº: 309742

DATA: 21/12/2015

EXAME: BACIA/COXA DIREITA/JOELHO DIREITO/OMBRO ESQUERDO

RELATÓRIO

BACIA

Discreta redução dos espaços articulares das sacro- ilíacas.

COXA DIREITA

Controle cirúrgico de fratura do terço médio do fêmur direito.

JOELHO DIREITO

Discreto aumento de densidades de partes moles.

Sinais incipientes de osteoartrose.

OMBRO ESQUERDO

Estruturas ósseas íntegras.

Espaços articulares preservados.

Dr. A. Gualberto Viana Chianca
Radiologia – T. Computadorizada
CNS 201-5613-8012-0000
CRM 1182

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode de modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.






ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL E RESSOCIALIZAÇÃO
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
COMANDO OPERACIONAL DE BOMBEIROS DO INTERIOR
7º GRUPAMENTO DE BOMBEIRO MILITAR

CERTIDÃO

Certifico, a pedido da Sra. **MARIA EUNICE FERNANDES DOS SANTOS**, portadora do RG: 631704 e do CPF: 709.527.287-53, residente na Rua José da Costa Pereira nº 490, Ernani Satira, João Pessoa/PB, que o Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Alagoas atendeu com a Guarnição da **AR - 28**, comandada pelo 2º SGT LIMA à uma ocorrência do tipo **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR/ COLISÃO CARRO X CARRO**, ocorrida no dia 10 de julho de 2015, aproximadamente às 05h30min, na Rodovia BR 101, São Miguel dos Campos/AL, que vitimou **IGOR STÊNIO FERNANDES DOS SANTOS**, portador do RG: 4128687 e do CPF: 706.331.024-07. A referida vítima foi atendida e encaminhada à Unidade de Emergência do Agreste.

Quartel em Arapiraca-AL, 16 de julho de 2015.



MANOEL FERREIRA NETO – MAJ BM
SUBCOMANDANTE DO 7º GBM

Certidão nº 068/2015 - SEÇÃO DE OPERAÇÕES. Pesquisa realizada pela SGT BM Stefânia.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83422441
Comunicação: C1915360
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/ORE-9907
Nome/Apelido: ALBERTO AVELINO L DO NASCIMENTO
Data de Nascimento: 05/07/1982 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai: CICERO AVELINO DO NASCIMENTO
Nome da Mãe: ARLI LOPES DO NASCIMENTO
Endereço: CJ HENRIQUE HEQUELMAN 13 QD A - NUM CEP: - -
Município/UF: MACEIO/AL Telefones: Celular:
Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 039.632.234-48 Documento de Identificação: 1733097 Órgão Expedidor: SSP /AL
Origem: JUNQUEIRO/AL - BRASIL Destino: MACEIO/AL - BRASIL
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Ignorado
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:
Conductor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 0144855690 /AL Primeira Habilitação: 04/12/2001
Validade CNH: 23/02/2017 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: XXXXXX
Documento do Responsável: XXXXXXXXXXXX Data/Hora da Recepção (hora local): 10/07/2015 07:30
Município/UF: MACEIO/AL Motivo: Socorro
Descrição do Hospital GERAL DO ESTADO/AL

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/KGU-7761
Nome/Apelido: MARIA EDENIA FERNANDES DOS SANTOS
Data de Nascimento: 20/08/1980 Sexo: Feminino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai: IVAN RAMOS RAFAEL
Nome da Mãe: MARIA EUNICE FERNANDES DOS SANTOS
Endereço: RUA PROJETADA QD 319 LT 05 - NUM, SN CEP: - -
Município/UF: Telefones: Celular:
Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 008.880.274-43 Documento de Identificação: 12519550 Órgão Expedidor: SSP /PB
Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL Destino: SALVADOR/BA - BRASIL
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:
Conductor é Habilitado? Sim Categoria CNH: B Registro CNH: 0491200522 /PB Primeira Habilitação: 31/03/2010
Validade CNH: 04/02/2015 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: IML/DML Responsável pela Recepção: XXXXX
Documento do Responsável: XXXXX Data/Hora da Recepção (hora local): 10/07/2015 07:00
Município/UF: MACEIO/AL Motivo: Socorro
Descrição do IML

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b358bfb8c21f1a





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83422441
Comunicação: C1915360
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:

Nome/Apelido: Sexo: Data de

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: CEP:

Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:

CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones:

Estado Civil: Grau de Instrução:

Ocupação Principal: Origem: Destino:

Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?

Existe Declaração em Anexo?

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:
NÚMERO DE CONTROLE:

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 16



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 18/10/2018 17:19:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101817183437100000016818034>
Número do documento: 18101817183437100000016818034

Num. 17270600 - Pág. 2



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83422441
Comunicação: C1915360
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V1/ORE-9607 /
Nome/Apelido: Iris Darlaine de Araujo de Freitas **Sexo:** Feminino **Data de:** 23/12/1984
Nome do Pai: DENIVAL SILVA DE FREITAS
Nome da Mãe: MARIA LUIZA DE ARAÚJO FREITAS
Endereço: **CEP:**
Município/UF: **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 059.853.264-11 **Documento de Identificação:** 3022226-6 **Orgão Expedidor:** SSP/AL **Telefones:**
Estado Civil: **Grau de Instrução:**
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Graves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Ignorado **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU **Responsável pela Recepção:** XXXXX
Documento do Responsável: XXXXX **Data/Hora da Recepção (hora local):** 10/07/2015 07:00
Município/UF: MACEIO/AL **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: HGE

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b358af8c21f18

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 16



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 18/10/2018 17:19:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101817183437100000016818034>
Número do documento: 18101817183437100000016818034

Num. 17270600 - Pág. 3



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83422441
Comunicação: C1915360
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V1/ORE-9907 /
Nome/Apelido: Bruna Lopes da Silva Sexo: Feminino Data de: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ CEP: _____
Município/UF: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: BRASIL
CPF: _____ Documento de Identificação: _____ Órgão Expedidor: _____ Telefones: _____
Estado Civil: _____ Grau de Instrução: _____
Ocupação Principal: _____ Origem: _____ Destino: _____
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração: _____

Pertences: _____

Informações Complementares: _____

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: XXXXX
Documento do Responsável: XXXXX Data/Hora da Recepção (hora local): 10/07/2015 07:00
Município/UF: MACEIO/AL Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: HGE

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b353bf8c21f18

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 7 de 16



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 18/10/2018 17:19:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101817183437100000016818034>
Número do documento: 18101817183437100000016818034

Num. 17270600 - Pág. 4



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83422441
Comunicação: C1915360
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V2/KGU-7761 /
Nome/Apelido: Glênio Eduardo Rodrigues Alves **Sexo:** Masculino **Data de** _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **CEP:** _____
Município/UF: _____ **Naturalidade:** _____ **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: _____ **Documento de identificação:** _____ **Orgão Expedidor:** _____ **Telefones:** _____
Estado Civil: Não Informado **Grau de Instrução:** Não Informado
Ocupação Principal: _____ **Origem:** _____ **Destino:** _____
Estado Físico: Lesões Leves **Secorrida pela PRF? Nac:** _____ **Usava Cinto?** Sim **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não
Transcrição da Declaração: _____

Pertences: _____

Informações Complementares: _____

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU **Responsável pela Recepção:** XXXXX
Documento do Responsável: XXXXX **Data/Hora da Recepção (hora local):** 10/07/2015 07:00
Município/UF: MACEIO/AL **Motivo:** Secomp
Descrição do Encaminhamento: HGE

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b358bf8c21f18

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 8 de 16





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83422441
Comunicação: C1915360
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro **Veículo:** V2/KGU-7761 /
Nome/Apelido: Marcelo Gomes Sigismundo **Sexo:** Masculino **Data de:** 26/02/1983
Nome do Pai: MARCOS ANTONIO SIGISMUNDO
Nome da Mãe: MIRTES RODRIGUES GOMES
Endereço: R.PROJETADA Q. 100 L. 13. MANGABEIRA VIII **CEP:**
Município/UF: JOAO PESSOA/PB **Nacionalidade:** JOAO PESSOA/PB **Nacionalidade:** BRASIL
CPF: 007.740.804-77 **Documento de Identificação:** 2293301 **Orgão Expedidor:** SSP/PB **Telefones:**
Estado Civil: Não Informado **Grau de Instrução:** Não Informado
Ocupação Principal: **Origem:** **Destino:**
Estado Físico: Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Ignorado **Usava Capacete?** Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU **Responsável pela Recepção:** XXXX
Documento do Responsável: XXXX **Data/Hora da Recepção (hora local):** 10/07/2015 07:00
Município/UF: MACEIO/AL **Motivo:** Socorro
Descrição do Encaminhamento: HGE

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b358bf8c21f18

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 9 de 16





PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:

Nome/Apelido: Sexo: Data de:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: CEP:

Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:

CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:

Estado Civil: Grau de Instrução:

Ocupação Principal: Origem: Destino:

Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?

Existe Declaração em Anexo?

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b358bf8e21f68





PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:

Nome/Apelido: Sexo: Data de

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: CEP:

Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:

CPF: Documento de Identificação: Orgão Expedidor: Telefones:

Estado Civil: Grau de Instrução:

Ocupação Principal: Origem: Destino:

Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?

Existe Declaração em Anexo?

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):

Município/UF: Motivo:

Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b358bf8c21f18

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"





RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V2 / GM/MERIVA JOY	Placa: KGU-7761
Nome do Agente/Assinatura: JULIANA DE OLIVEIRA GONCALVES	Nº BOAT: 83422441
Registro/Matricula do Agente: 1717508	Data: 10/07/2015 05:20

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	Não	NA
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1	X		
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1	X			32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1	X		
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1	X		
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3	X		
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	1	X		
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3	X		
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito	3	X		
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1	X		
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1	X		
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X		
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2	X		
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3	X		
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1	X		
24	Tampa traseira	1	X				Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":		52		
25	Painel Traseiro / divisor	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":		0		
Total de pontos "SIM" + "NA":										52	

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista	X		55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral	X		57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN	X		58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

veículo completamente carbonizado.

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpr.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45

NÚMERO DE CONTROLE: ae0b3c8bf8c21f16





RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / CHEVROLET/ONIX 1.4MT LT	Placa: ORE-9907
Nome do Agente/Assinatura: JULIANA DE OLIVEIRA GONCALVES	Nº BOAT: 83422441
Registro/Matricula do Agente: 1717508	Data: 10/07/2015 05:20

Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA	
1	Teto	1	X			26	Longarina traseira esquerda	3		X		
2	Capô	1	X			27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X		
3	Painel corta fogo	3	X			28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X		
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3		X		
5	Quadro / Suporte do motor	2	X			30	Longarina traseira direita	3		X		
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3	X			31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X		
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X		
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X		
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X		
10	Suspensão dianteira esquerda	2	X			35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X		
11	Coluna dianteira externa esquerda	1	X			36	Porta traseira direita	1		X		
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3	X			37	Coluna central externa direita	1	X			
13	Porta dianteira esquerda	1	X			38	Coluna central externa e estrutura direita	3	X			
14	Soleira externa esquerda	1	X			39	Soleira externa direita	1		X		
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3	X			40	Soleira externa e estrutura direita	3		X		
16	Assoalho central esquerdo	3	X			41	Assoalho central direito	3	X			
17	Coluna central externa esquerda	1	X			42	Porta dianteira direita	1	X			
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1	X			
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3	X			
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X			
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2	X			
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X		
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X		
24	Tampa traseira	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":			42		
25	Painel Traseiro / divisor	1		X			Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":			0		
								Total de pontos "SIM" + "NA":			42	

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista	X		55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)		X
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus		X
54	Vidros laterais e/ou traseiros	X					

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Montagem: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- Dano de Média Montagem: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
- Dano de Grande Montagem: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM
 Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO
 Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente NÃO = Item não danificado ou não existente NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

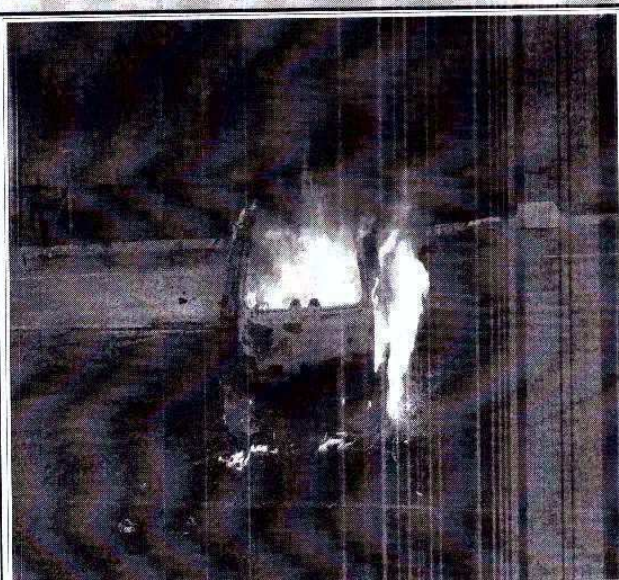
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b358bf8c21f18



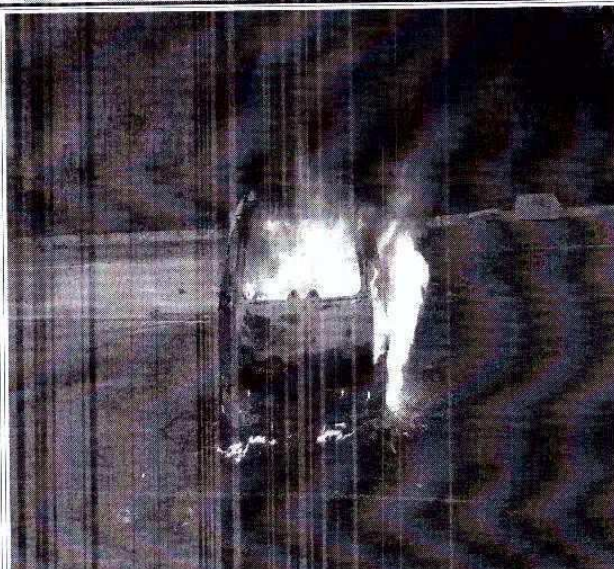


RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

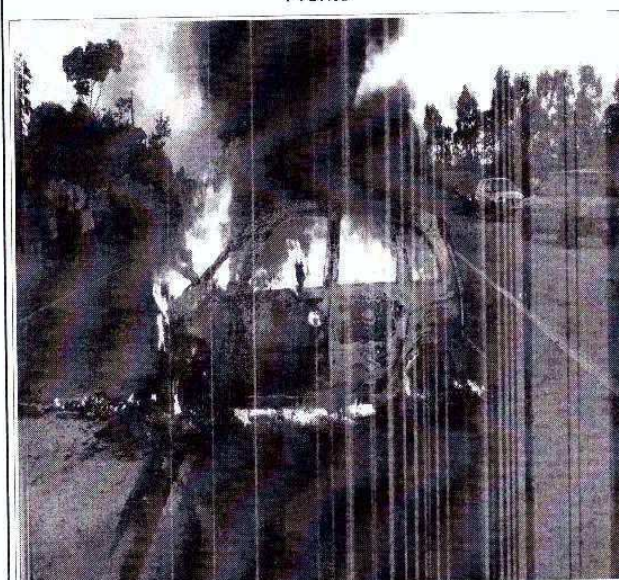
Veículo: V2 / GM/MERIVA JOY	Placa: KGU-7761
Nome do Agente/Assinatura: JULIANA DE OLIVEIRA GONCALVES	Nº BOAT: 83422441
Registro/Matricula do Agente: 1717508	Data: 10/07/2015 05:20



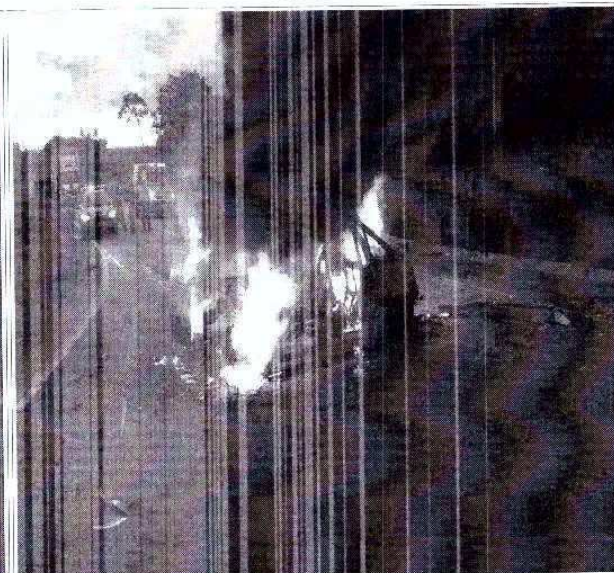
Frente



Traseira



Lateral Esquerda




Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b358bf3c21f18



	ESTADO DE ALAGOAS	BOLETIM DE OCORRÊNCIA	NUMERO: 0800-A/15-1136	Pág.1 / 1
	SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL	DELEGACIA: 6ª DRP - São Miguel dos Campos - DPJA2 FONE: 32711805 DATA/HORA COMUNICADO: 10/07/2015 09:00 DELEGACIA DESTINO: 74º DP - São Miguel dos Campos 6ª DRP/DPJA2		

FATO	NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO - MORTE		INSTRUMENTO: Outros
	DATA/HORA: 10/07/2015 04:40	LOCAL DO FATO: BR-101, KM 145, ÁREA RURAL Sem Informação São Miguel dos Campo	
	DIA DA SEMANA: 5 PONTO DE REFERÊNCIA:		

COR	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	DIA DA SEMANA	GRAU DE INSTRUÇÃO
1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARARÁ 3 AMARELO 6 ALBINO	1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIADO 3 VIUVO	1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO	1 SEG 4 QUI 7 DOM 2 TER 5 SEX 3 QUA 6 SAB	1 ANALFABETO 4 NIVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL

VITIMA	NOME / RAZÃO SOCIAL: MARIA EDÊNIA FERNANDES DOS SANTOS		RG:	SSP-AL	CPF:
	FILIAÇÃO:				
	PROFISSÃO: Outras	DATA DE NASCIMENTO:	IDADE: 35	COR: 4	SEXO: F
	UF: AL NATURALIDADE	NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 5	GRAU INSTRUÇÃO: 2	TURISTA: NÃO
	ENDEREÇO: Nº				
	BAIRRO:	CIDADE: São Miguel dos Campos	FONE:		

SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO

AFINIDADE VITIMA -> AUTOR OCORRÊNCIA RELACIONADA A Nº 0800-A/15-0824

AUTOR: DESCONHECIDO

HISTORICO

TENDO CHEGADO AO CONHECIMENTO DESTA AUTORIDADE POLICIAL, QUE NO DIA DE HOJE 10/07/2015, POR VOLTA DAS 04h40min, NO KM 145 DA RODOVIA BR-101, ÁREA RURAL DESTE MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DOS CAMPOS/AL, ACONTECERA UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO ENVOLVENDO O VEÍCULO MERIVA, DE PLACAS KGU-7761/PB, QUE VINHA DE JOÃO PESSOA/PB, COM DESTINO A CIDADE DE SALVADOR/BA, COM O VEÍCULO ONIX DE PLACAS ORE-9907/AL, QUE VINHA DO MUNICÍPIO DE JUNQUEIRO/AL PARA A CIDADE DE MACEIÓ/AL. SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS NA 1ª CIA INDEPENDENTE DA POLÍCIA MILITAR DESTE MUNICÍPIO, UMA MULHER IDENTIFICADA COMO MARIA EDÊNIA FERNANDES DOS SANTOS DE 35 ANOS DE IDADE, QUE ESTAVA NO INTERIOR DO VEÍCULO MERIVA, VEIO A ÓBITO AINDA NO LOCAL DO SINISTRO (CARBONIZADA), ENQUANTO QUE MARCELO GOMES SEGISMUNDO DE 32 ANOS DE IDADE, GÊNIO EDUARDO RODRIGUES DE 21 ANOS DE IDADE E IGOR STENIO FERNANDES, QUE TAMBÉM ESTAVAM NO INTERIOR DO VEÍCULO MERIVA, FORAM SOCORRIDAS PARA O HGE/MACEIÓ/AL. AS PESSOAS QUE ESTAVAM NO INTERIOR DO VEÍCULO ONIX TAMBÉM FORAM SOCORRIDAS PARA O HGE/MACEIÓ/AL, DENTRE ELAS O POLICIAL MILITAR ALBERTO AVELINO LOPES DO NASCIMENTO, BRUNA LOPES DA SILVA, IGOR NICASTRO DE ALMEIDA E UMA MULHER CONHECIDA APENAS PELO NOME DE IRIS. POR FIM, CUMPRO INFORMAR QUE NÃO TEMOS MAIS DETALHES DO REPORTADO ACIDENTE, TENDO EM VISTA QUE AO ASSUMIRMOS O PLANTÃO NO DIA DE HOJE 10/07/2015, ÀS 08h00min, TODOS OS POSSÍVEIS LEVANTAMENTOS, JÁ TINHAM SIDO EFETIVADOS PELOS POLICIAIS MILITARES NO LOCAL DO FATO, OU SEJA, A RODOVIA JÁ HAVIA SIDO DESOBSTRUIDA, BEM COMO AS VÍTIMAS JÁ HAVIAM SIDO SOCORRIDAS, COM EXCEÇÃO DA QUE JÁ SE ENCONTRAVA EM ÓBITO NO LOCAL.

NOTICIANTE:	ASS:	
ELABORADO POR: Eduardo Marques do Nascimento	ASS:	RG / MAT.: 3008878
AUTORIDADE: Abelardo Leopoldino da Silva	ASS:	RG / MAT.: 413828
CRIVÃO AD-HOC: Eduardo Marques do Nascimento	ASS:	RG / MAT.: 3008878

Eduardo Marques
Chefe de Cartório

Abelardo Leopoldino da Silva
Delegado de Polícia Civil



Denúncia 30446208



Ministério Público Federal
Sala de Atendimento ao Cidadão

PR-PB-00016258/2016

Manifestação 20160080842

15/08/16 13:16

Pessoa Física	Sexo Feminino
Manifestante	MARIA EUNICE FERNANDES DOS SANTOS
CPF	709.527.287-53
Nascimento	06/09/1962
Ocupação	Empregado de Empresa Pública
Email	
Telefone	(83) 98786-3443
Município	JOÃO PESSOA
UF	PB
País	Brasil
Endereço	JOSE COSTA PEREIRA 490 - ERNANI SATIRO
CEP	58080-450

Denúncia

Data do Fato	15/08/2016
Município do Fato	JOÃO PESSOA
UF do Fato	PB

Descrição

Compareceu à Sala de Atendimento ao Cidadão a senhora Maria Eunice Fernandes dos Santos e seu esposo Cícero Pereira da Silva e relataram o que segue: QUE em 10 de julho de 2015 a filha da declarante Maria Edênia Fernandes dos Santos se envolveu em um acidente automobilístico envolvendo o veículo MERIVA de Placa KGU-7761/PB indo de João Pessoa para Salvador com o Veículo ONIX de placa ORE-9907/AL; QUE segundo as informações colhidas na 1ª Cia Independente da Polícia Militar do Município de Arapiraca, onde ocorreu o acidente, BR-101, Km 145, área rural - São Miguel dos Campos que no interior da MERIVA, veio a óbito ainda no local do sinistro(carbonizada); QUE dentro do MERIVA estavam no total de 5 pessoas, e as outras 04(quatro) pessoas foram socorridas para o Hospital de Arapiraca, diferente do que está escrito no Boletim de Ocorrência nº 0800-A/15-1136 Página 1/1; QUE a declarante relata que o corpo carbonizado de sua filha foi encaminhado para o IML de Maceió/AL; QUE no dia do acidente os familiares seguiram para Arapiraca onde o filho de Edênia, Igor, estava internado para fazer uma cirurgia no fêmur direito e neste dia ficou com a companhia de Cícero Pereira da Silva, esposo de sua avó materna; e a declarante acompanha de sua filha Ivania e genro seguiram para Maceió, para o IML, onde o corpo de Edênia estava; QUE quando lá chegaram o genro da declarante esteve resolvendo junto com a médica legista a liberação do corpo, a fim de transportá-lo para João Pessoa onde seria sepultada; QUE a declarante relata que apesar da médica legista liberar o corpo de sua filha Edênia; um funcionário não aceitou a liberação alegando que o Diretor não estava no local e





só liberaria após a realização de DNA; QUE a declarante, sua filha e genro deixaram o nome, endereço de onde o filho de Edênia estava internado em Arapiraca para que o órgão competente fosse até lá para colher a saliva de Igor; e assim ocorreu, uma equipe foi até o Hospital Chama - Centro- Hospitalar Manoel André Ltda para realização da colheita da saliva para a realização do exame; QUE a declarante diz que seu Neto Igor ficou no Hospital Chama 17 dias, e após a alta de Igor, com muito custo voltaram para João Pessoa; QUE desde então a declarante luta para obter a Certidão de Óbito de sua filha, pois durante este período foram telefonemas, idas e vindas de João Pessoa para o Estado de Alagoas e a única palavra que escuta é não podemos fazer nada; QUE a declarante ainda escutou de um funcionário do IML que em razão da queda constante de energia do prédio do IML foi preciso sepultar os corpos que estavam nas gavetas, e soube ainda que o corpo de Edênia foi sepultado em Maceió como indigente; QUE a declarante junto com a companheira de Edênia (Bárbara Sousa de Abreu) entrou em contato com o PROCON Municipal de João Pessoa para receber o DPVAT, mas não conseguem de forma alguma dar seguimento ao pedido de sinistro do carro; pois a empresa seguradora só libera o prêmio com a apresentação de todos os documentos; QUE em uma destas ocasiões em que a declarante telefonou para o IML de Alagoas um dos funcionários a informou que o exame de DNA foi realizado por uma Clínica particular e que ela deveria transferir R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) somente assim o IML expediria uma certidão e poderiam saber onde o corpo de sua filha foi enterrado; QUE a declarante está muito adoentada, é portadora de trombose venosa profunda, faz uso contínuo de CLEXANE, já percorreu todos os órgãos públicos a fim de receber ajuda para conseguir que a Certidão de Óbito de sua filha seja expedida, mas todas as portas se fecharam, a única que abraçou sua causa na questão do DPVAT foi o PROCON Municipal; e hoje resolveu procurar o Ministério Público Federal para intervir junto ao Governo do Estado de Alagoas para que consiga a Certidão de Óbito de sua filha, bem como o traslado de seu corpo para que seja sepultado junto de seus parentes, e ainda a mãe gostaria de fechar este ciclo como todo o ser humano merece, sendo sepultada com todos os preceitos de sua religião.





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE ESTADO DA
ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
GERÊNCIA EXECUTIVA DO SISTEMA PENITENCIÁRIO
PENITENCIÁRIA DESEMBARGADOR SÍLVIO PORTO**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que, o apenado **IGOR STENIO FERNANDES DOS SANTOS**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, nascido em 16.11.1997, filho de Edenia Fernandes dos Santos, foi recolhido nesta Penitenciária em **11.12.2017**, oriundo da Penitenciária Floscolo da Nobrega, e atualmente encontra-se recolhido em **REGIME FECHADO.XXXXXXX**

João Pessoa, 04 de junho de 2018.



FB 1184722800000016818054
ASP/PB
11/20/2018 17:19:39
Diretor PDSP

JADER FILIPE VALÕES CARDOSO – ASP/PB
Diretor PDSP

NEGO

PENITENCIÁRIA DES. SÍLVIO PORTO
Rua Benevenuto Gonçalves da Costa, S/N
Mangabeira VIII
Cep: 58055-970 – João Pessoa-PB.
PDSP@SEAP.PB.GOV.BR





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83422441
Comunicação: C1915360
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

HISTÓRICO DE RETIFICAÇÕES

Ocorrência Retificada	Ocorrência de Retificação	Status	Processo	Data
83.377.092	83.387.189	Retificada	08663.002845/2015-32	19/08/2015 15:35
83.387.189	83.422.441	Encerrada	2718724	22/12/2015 11:42

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1717508 - JULIANA DE OLIVEIRA GONCALVES
Município/UF: SAO MIGUEL DOS CAMPOS/AL
Data/Hora do Acidente (hora local): 10/07/2015 05:20
BR: 101 KM: 145,0
Tipo de Acidente: Colisão frontal
Sentido da Via: Decrescente
Fase do dia: Amanhecer
Condições da Pista: Seca
Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Vertical
Sinalização luminosa: Inexistente
Condição meteorológica: Céu Claro
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não
Data e horário da solicitação:
Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural
Tipo de Localidade: Não edificada

Existe acostamento? Não
Estado de Conservação:
Há desnível? Não
É pavimentado? Não
Largura (m): 0

Possui defesa?
Possui meio-fio?
Possui sarjeta?

Existe canteiro central? Não
Estado de Conservação:
Largura (m): 0
Tipo de inclinação:

Obstáculo ao Cruzamento: Não Informado
Estado de Conservação do Obstáculo:

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular
Ocupação: Livre

Cerca: Não existe
Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Regular
Tipo: Simples
Qtd. de Faixas: 02

Tipo de Pavimento: Asfalto
Perfil: Rampa < 3%
Traçado: Curva
Curva Vertical: Não Existe
Superelevação: Não

Superlargura: Não
Largura da Pista (m): 0
Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

O trecho do local do acidente trata-se de um desvio com sinalização precária em decorrência da obra de duplicação.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b358bf8c21f18

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 16

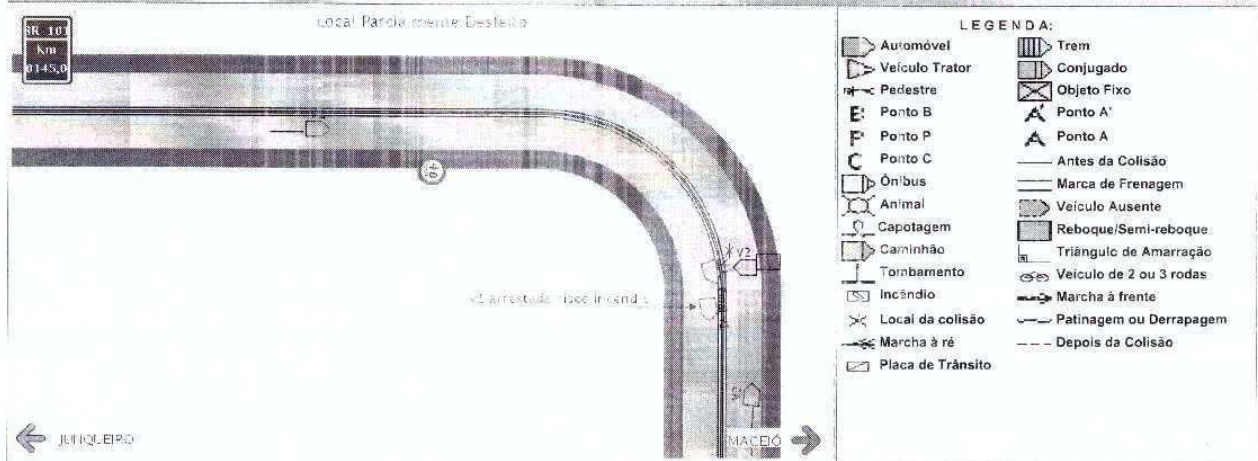


Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 18/10/2018 17:19:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101817184722800000016818054>
Número do documento: 18101817184722800000016818054

Num. 17270620 - Pág. 5



CROQUI



Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEICULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, em São Miguel dos Campos/AL, no km 145 da BR 101/AL, verificou-se através dos vestígios, corroborados pelas declarações das testemunhas, que o V1, Chevrolet/ONIX, placa ORE 9907-AL, deslocava-se de Junqueiro sentido Macedo, quando invadiu a faixa oposta de direção ao tentar efetuar a curva à direita, colidindo em V2, Chevrolet/ Meriva, placa XGU-7881/PB, conforme croqui.

Obs.: Velocidade máxima no local do acidente igual a 40 km/h.

Esta ocorrência substitui a ocorrência n.83387189, conforme processo de retificação n. 06.570.000.070-23

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpr.fed.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:46:45
 NÚMERO DE CONTROLE: ae0b3e8b78c21113





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83422441
Comunicação: C1915360
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: ORE-9907 **Sequencial:** V1 **Descrição:** **Chassi:** 9BGKS48L0FG219819 **Renavam:** 010184922
Marca/Modelo: CHEVROLET/ONIX 1.4MT **Cor:** BRANCA **Ano:** 2015 **Tipo:** Automóvel **Emplacamento:** MACEIO/AL
Ocupantes: 4 **Espécie:** Passageiro **Categoria:** Particular
Proprietário: ALBERTO AVELINO L DO NASCIMENTO **CPF/CNPJ:** 039.632.234-48
Endereço: CJ HENRIQUE EQUELMAN QD A 13 LT ICARAI **CEP:** 57.083-030
Município/UF: **Telefones:**
Celular: null

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: **Placa U2:** **Placa U3:** **Placa U4:**
Origem: JUNQUEIRO/AL - BRASIL **Destino:** MACEIO/AL - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Transitava em sentido oposto **Saída de Pista?** Não **Derrapagem?** Não **Capotagem?** Não **Tombamento?** Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve **Colisão com Objeto Móvel:** Não Houve **Incêndio?** Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 **Estado dos Pneus:** Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio **Houve Derramamento de Carga?** Não **Extensão dos Danos:** **Moeda:**
Valor Total da Carga: R\$0,00 **Produto Perigoso:**

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: **Data/Hora da Recepção (hora local):** **Motivo:**
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: **Descrição do Encaminhamento:**

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: KGU-7761 **Sequencial:** V2 **Descrição:** **Chassi:** 9BGXL75G06C154804 **Renavam:** 008752068
Marca/Modelo: GM/MERIVA JOY **Cor:** CINZA **Ano:** 2006 **Tipo:** Automóvel **Emplacamento:** JOAO PESSOA/PB
Ocupantes: 5 **Espécie:** Passageiro **Categoria:** Particular
Proprietário: FLAVIO MONTEIRO LINO DE ANDRADE **CPF/CNPJ:** 026.127.294-29
Endereço: RUA ANTONIO TELES 39 00039 **CEP:** 58.058-842
Município/UF: **Telefones:**
Celular: null

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: **Placa U2:** **Placa U3:** **Placa U4:**
Origem: JOAO PESSOA/PB - BRASIL **Destino:** SALVADOR/BA - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguia fluxo **Saída de Pista?** Não **Derrapagem?** Não **Capotagem?** Não **Tombamento?** Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve **Colisão com Objeto Móvel:** Outro veículo **Incêndio?** Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 **Estado dos Pneus:** Não Há

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: **Houve Derramamento de Carga?** Não **Extensão dos Danos:** **Moeda:**
Valor Total da Carga: R\$0,00 **Produto Perigoso:**

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: **Data/Hora da Recepção (hora local):** **Motivo:**
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: **Descrição do Encaminhamento:**

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 25/05/2017 15:16:45
NÚMERO DE CONTROLE: ae0b358bf8c21f18

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 16



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 18/10/2018 17:19:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101817184722800000016818054>
Número do documento: 18101817184722800000016818054

Num. 17270620 - Pág. 7