

MALHEIROS

ADVOGADOS

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Joséma Maria Vila da Silveira,
brasileira, sólteras, desempregada, portador(a) do RG nº 7.657.645
SPS /PE, inscrito(a) no CPF sob o nº 102.510.244-40,
residente e domiciliado(a) à Rua Avenida João Cândido Ayres Filho,
Nº 555, Centro, Ribeirão - PE,
CEP: 55520-000.

OUTORGADO: RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 – Piedade – Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 02 de março de 2018.

Profissionalizável das leis
NOME DO OUTORGANTE

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554



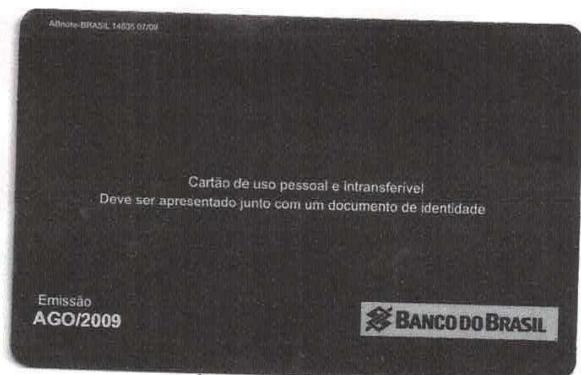
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Foxiane Maria Vital da Silva
envolvida, solteira, desempregada,
portador(a) do RG nº 1.657.645 SDS - PE Inscrito(a)
no CPF sob o nº. 102.510.244-40, residente e domiciliado(a) à
Rua Avenida João Cardoso Ayres Filho
nº 555, Centro, Ribeirão -PE,
CEP: 55520-000, declara, para fins de prova junto à Assistência
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
responsabilidade.

Recife, 02 de março de 2018.

Foxiane Maria Vital da Silva





Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:34
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263461700000045437112>
 Número do documento: 19060322263461700000045437112

Num. 46139698 - Pág. 1



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

OCORRÊNCIA: 83327457
Comunicação: C1862139
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

| | | | | | | | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|------------------|-----------------------------------------|-----|-----|-------|--|
| PRF: | 1069026 - ROBERTO DENNY ALBUQUERQUE SILVA | Data/Hora do Acidente (hora local): | 11/03/2015 11:30 | BR: | 101 | KM: | 101,0 | |
| Município/UF: | CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE | Tipo de Acidente: | Saída de Pista | Sentido da Via: Decrescente | | | | |
| Fase do dia: | Pleno dia | Condições da Pista: | Seca | Restrições de Visibilidade: Inexistente | | | | |
| Sinalização existente: | Horizontal | Sinalização luminosa: | Inexistente | Condição meteorológica: Céu Claro | | | | |
| Houve danos ao patrimônio da União? | Não | Data e horário da solicitação: | | | | | | |
| Houve solicitação de perícia? | Não | Data e horário do | | | | | | |
| A perícia compareceu ao local do sinistro? | Não | | | | | | | |

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:

CONDICÃO DA RODOVIA

| | | | | | | | | | |
|--------------------------|------------|------------------------|---------------|-------------------------------------|------------|---------------------|-------|--------------|-----|
| Uso do Solo: | Rural | Tipo de Localidade: | Não edificada | | | | | | |
| Existe acostamento? | Sim | Estado de Conservação: | Bom | Há desnível? | Sim | É pavimentado? | Sim | Largura (m): | 2,5 |
| Possui defensa? | Não existe | Possui meio-fio? | Conservada(s) | Possui sarjeta? | Não existe | | | | |
| Existe canteiro central? | Sim | Estado de Conservação: | Regular | Largura (m): | 4 | Tipo de Inclinação: | Plano | | |
| Obstáculo ao Cruzamento: | Sarjeta | | | Estado de Conservação do Obstáculo: | Regular | | | | |

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

Corca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 2

Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 3,5 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDUÇÃO DA RODOVIA:

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2015 11:12:20
NÚMERO DE CONTROLE: 672213ee571cbecd

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

Página 1 de 9

Scanned by CamScanner

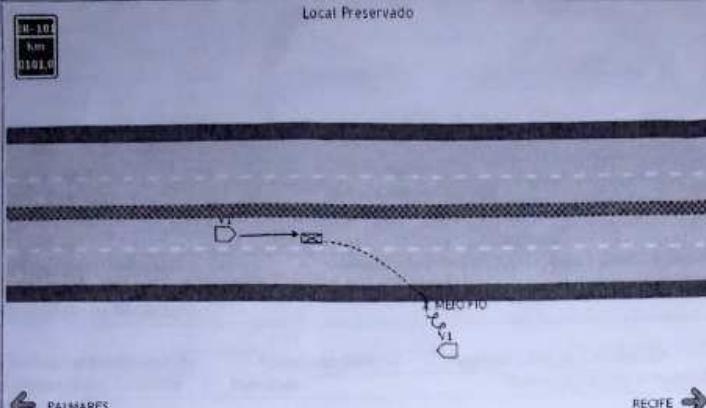




MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83327457
Comunicação: C1862139
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI



LEGENDA:

- Automóvel
- Trem
- Veículo Trator
- Conjugado
- Pedestre
- Objeto Fixo
- Ponto B
- Ponto A'
- Ponto P
- Ponto A
- Ónibus
- Antes da Colisão
- Animal
- Marca de Frenagem
- Capotagem
- Veículo Ausente
- Caminhão
- Reboque/Semi-reboque
- Tombamento
- Triângulo de Amarração
- Incêndio
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Local da colisão
- Marcha à frente
- Marcha à ré
- Patinagem ou Derrapagem
- Placa de Trânsito
- Depois da Colisão

← PALMARES

RECIFFE →

| | | | | | | |
|---------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|----|--------------------|--------------------|
| 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): | | | | |
| VEÍCULO | P1 | DISTÂNCIA P1-A (m) | DISTÂNCIA P1-B (m) | P2 | DISTÂNCIA P2-A (m) | DISTÂNCIA P2-B (m) |

Narrativa da Ocorrência:

APÓS AVERIGUAÇÃO DOS VESTÍGIOS ENCONTRADOS NO LOCAL DO ACIDENTE, CORROBORADOS COM A DECLARAÇÃO DO CONDUTOR, CONCLUIMOS QUE: O V1, FIAT/ELBA DE PLACA KGF-1803, SEGUIU O FLUXO DE VEÍCULOS, QUANDO AO PASSAR SOBRE UM OBJETO METÁLICO (PARTE DE UM TAMBOR DE FREIO DE CAMINHÃO), PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO, SAIU DA PISTA, COLIDIU COM O MEIO FIO E CAPOTOU EM UM BARRANCO.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

| | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Placa: KGF-1803 | Sequential: V1 | Descrição: FIAT/ELBA WEEKEND IE | Chassi: 98D155253T5725203 | Renavam: 00650705319 |
| Marca/Modelo: FIAT/ELBA WEEKEND IE | Cor: VERMELHA | Ano: 1995 | Tipo: Automóvel | Emplacamento: RIBEIRAO/PE |
| Ocupantes: 5 | Especie: Passageiro | Categoria: Particular | | |
| Proprietário: MARIA IRENE DA SILVA | CPF/CNPJ: 352.290.474-53 | | | CEP: - |
| Endereço: | Telefones: | | | |
| Município/UF: | | | | |

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

| | | | |
|----------------|-----------------|-----------|-----------|
| Placa U1: | Placa U2: | Placa U3: | Placa U4: |
| Origem: BRASIL | Destino: BRASIL | | |

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

| | | | | |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|
| Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo | Saída de Pista? Sim | Derrapagem? Não | Capotagem? Sim | Tombamento? Não |
| Colisão com Objeto Fixo: Meio Fio | Colisão com Objeto Móvel: Não Houve | | | Incêndio? Não |
| Marcas de Frenagem (m): 0.0 | Estado dos Pneus: Bom | | | |

Descrição do Recolhimento:

| | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|
| PADÕES DA CARGA | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|

| | | | |
|-----------------------|----------------------------------|---------------------|-----------------|
| Carregamento: | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: | Moeda: Real-R\$ |
| 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: | 20/03/2015 11:12:20 |
| NÚMERO DE CONTROLE: | 672213ee571cbecd |

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

Página 2 de 9

Scanned by CamScanner



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

OCORRÊNCIA: 83327457
Comunicação: C1862139
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

| | | | |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Veículo: V1/KGF-1803 FIAT/ELBA WEEKEND IE | Nome/Apellido: ELIANE MARIA DA SILVA DE MORAIS | | |
| Data de Nascimento: 24/12/1957 | Sexo: Feminino | Estado Civil: Não informado | |
| Nome do Pai: FERNANDO JOSE DA SILVA | Nome da Mãe: MARIA IRENE DA SILVA | | |
| Endereço: R DAS UVAS - NUM. 0006 | CEP: - | | |
| Município/UF: SÃO PAULO/SP | Telefones: | Grau de Instrução: Não informado | |
| Naturalidade: | Nacionalidade: BRASIL | Ocupação Principal: | |
| CPF: 170.558.874-20 | Documento de Identificação: 25710395 | Orgão Expedidor: SSP /SP | |
| Origem: | Destino: | | |
| Estado Físico: Lesões Leves | Socorrido pela PRF? Sim | Usava Cinto? Ignorado | Usava Capacete? Não Aplicável |
| Existe Declaração em Anexo? Não | Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado | | |

Transcrição da Declaração:

| | | | | |
|----------------------------|------------------|------------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| Condutor é Habilidado? Sim | Categoria CNH: B | Registro CNH: 02371672890/SP | Primeira Habilidação: 26/11/1990 | |
| Validade CNH: 10/10/2019 | Pais CNH: | Dormia? Não | Km Percorridos: | Horas Dirigindo: Ignorado |

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

| | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Tipo de Receptor: SAMU | Responsável pela Recepção: HOSPITAL |
| Documento do Responsável: HOSPITAL | Data/Hora da Recepção (hora local): 11/03/2015 12:20 |
| Município/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE | Motivo: Socorro |
| Descrição do | HOSPITAL DOM HELDER |

PESSOAS ENVOLVIDAS

| | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------------|
| Tipo de Envolvido: Passageiro | Veículo: V1/KGF-1803 /FIAT/ELBA WEEKEND IE | | | |
| Nome/Apellido: MARIA IRENE DASILVA | Sexo: Feminino | Data de: 09/08/1937 | | |
| Nome do Pai: JOSE JOAQUIM DOS SANTOS | Nome da Mãe: MARIA GABRIEL DOS SANTOS | | | |
| Endereço: | CEP: | | | |
| Município/UF: | Naturalidade: | Nacionalidade: BRASIL | | |
| CPF: | Documento de Identificação: 1711330 | Orgão Expedidor: SDS/PE | Telefones: | |
| Estado Civil: | Grau de Instrução: | Origem: | Destino: | |
| Occupação Principal: | Estado Físico: Lesões Graves | Socorrido pela PRF? Não | Usava Cinto? Não | Usava Capacete? Não Aplicável |
| Existe Declaração em Anexo? Não | Transcrição da Declaração: | | | |

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

| | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Tipo de Receptor: Corpo de Bombeiros | Responsável pela Recepção: HOSPITAL |
| Documento do Responsável: HOSPITAL | Data/Hora da Recepção (hora local): 11/03/2015 12:20 |
| Município/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE | Motivo: Socorro |
| Descrição do Encaminhamento: HOSPITAL DOM HELDER | |

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2015 11:12:20
NÚMERO DE CONTROLE: 672213ee571cbecd

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

Página 3 de 9

Scanned by CamScanner





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

OCORRÊNCIA: 83327457
Comunicação: C1862139

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS:

Tipo de Envolvido: Passageiro | Veículo: V1/KGF-1803 /FIAT/ELBA WEEKEND IE

Nome/Apelido: MARIA ALICE DOS SANTOS | Sexo: Feminino | Data de: 24/06/1942

Nome do Pai: JOSE JOAQUIM DOS SANTOS

Nome da Mãe: MARIA MORAIS DOS SANTOS

Endereço: | CEP: |

Município/UF: | Naturalidade: | Nacionalidade: BRASIL |

CPF: 171.365.044-49 | Documento de Identificação: 2240983 | Orgão Expedidor: | Telefones: |

Estado Civil: | Grau de Instrução: |

Ocupação Principal: | Origem: | Destino: |

Estado Físico: Lesões Graves | Socorrido pela PRF? Não | Usava Cinto? Não | Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Hospital | Responsável pela Recepção: HOSPITAL

Documento do Responsável: HOSPITAL | Data/Hora da Recepção (hora local): 11/03/2015 12:20

Município/UF: RECIFE/PE | Motivo: Socorro

Descrição do Encaminhamento: SOCORRIDO PELA PRF

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2015 11:12:20

NÚMERO DE CONTROLE: 672213ee571cbecd

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

Página 4 de 9

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:35
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263486700000045437114>
Número do documento: 19060322263486700000045437114

Num. 46139700 - Pág. 4



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

OCORRÊNCIA: 83327457

Comunicação: C1862139

Encerrada

* STATUS DA OCORRÊNCIA:

PESSOAS ENVOLVIDAS

| | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------|----------|-----------------|---------------|
| Tipo de Envolvedo: | Passageiro | Veículo: | V1/KGF-1803 /FIAT/ELBA WEEKEND IE | Sexo: | Feminino | Data de | 05/11/1978 |
| Nome/Apelido: | JOSEANE MARIA VITAL DA SILVA | CEP: | | | | | |
| Nome do Pai: | SEVERINO VITAL DA SILVA | | | | | | |
| Nome da Mãe: | MARIA JOSE DA SILVA | | | | | | |
| Endereço: | AV JOÃO CARDOSO ARES FILHO, 555, CENTRO | | | | | | |
| Município/UF: | RIBEIRÃO/PE | Naturalidade: | | Nacionalidade: | BRASIL | Telefones: | |
| CPF: | | Documento de Identificação: | | Orgão Expedidor: | | | |
| Estado Civil: | | Grau de Instrução: | | | | | |
| Ocupação Principal: | | Origem: | | Destino: | | | |
| Estado Físico: | Lesões Leves | Socorrido pela PRF? | Não | Usava Cinto? | Sim | Usava Capacete? | Não Aplicável |
| Existe Declaração em Anexo? | Não | | | | | | |

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: 20/03/2015 11:12:20
NÚMERO DE CONTROLE: 872213ee571cbecd

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

Página 5 de 9

Scanned by CamScanner





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

OCORRÊNCIA: 83327457
Comunicação: C1862139
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2015 11:12:20
NÚMERO DE CONTROLE: 672213ee571cbec

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

Página 8 de 9

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:35
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263486700000045437114>
Número do documento: 19060322263486700000045437114

Num. 46139700 - Pág. 6



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

OCORRÊNCIA: 83327457
Comunicação: C1862139
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

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

| | |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Veículo: V1 / FIAT/ELBA WEEKEND IE | Placa: KGF-1803 |
| Nome do Agente/Assinatura: ROBERTO DENNY ALBUQUERQUE SILVA | Nº BOAT: 83327457 |
| Registro/Matricula do Agente: 1069026 | Data: 11/03/2015 11:30 |

| 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": | | | | | |
| 25 | Painel Traseiro / divisor | 1 | | X | | Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA": | | | | | |
| | | | | | | Total de pontos "SIM" + "NA": | | | | | |

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

| Item | Descrição do componente | SIM | NAO | Item | Descrição do componente | SIM | NAO |
|------|--------------------------------|-----|-----|------|--------------------------------------------------|-----|-----|
| 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:

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: | 20/03/2015 11:12:20 |
| NÚMERO DE CONTROLE: | 672213ee571cbcd |

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

Página 7 de 9

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:35
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263486700000045437114>

Num. 46139700 - Pág. 7

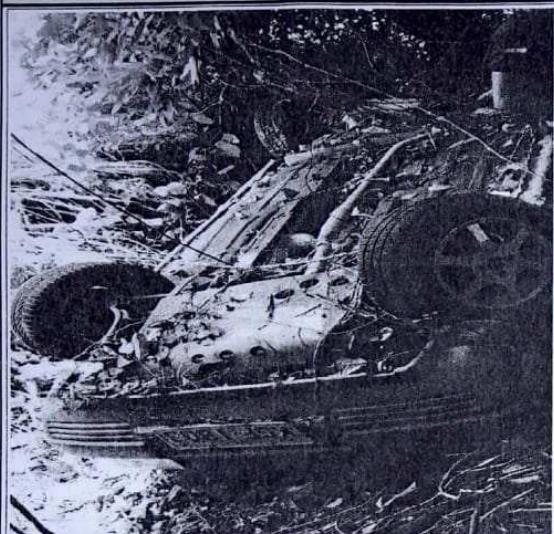


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83327457
Comunicação: C1862139
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

| | |
|------------------------------------------------------------|------------------------|
| Veículo: V1 / FIAT/ELBA WEEKEND IE | Placa: KGF-1803 |
| Nome do Agente/Assinatura: ROBERTO DENNY ALBUQUERQUE SILVA | Nº BOAT: 83327457 |
| Registro/Matricula do Agente: 1069026 | Data: 11/03/2015 11:30 |



Frente

SEM FOTO

Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

LOCAL DE DIFÍCIL ACESSO

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/03/2015 11:12:20
NÚMERO DE CONTROLE: 672213ee571cbecd

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

Página 9 de 9

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:35
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263486700000045437114>
Número do documento: 19060322263486700000045437114

Num. 46139700 - Pág. 8

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

celpe
neoenergia

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
FERNANDO JOSE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
AV. JOSÉ CARDOSO AYRES FILHO 555

CPF: 024.844.044-88

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO |
|-------------------|---------------|------------------|
| 003914074 | ÚNICA | 02/02/2018 |
| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 02/02/2018 | 2001119133 | 3318338 |

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO |
|---------------------|-------------------------------|
| 1613150028 | 02/2018 |
| DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA |
| 09/02/2018 | 02/03/2018 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 57,68 |

DESCRIPÇÃO DA NOTA FISCAL

| Consumo Ativo(kWh) | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|------------------------------------------|---------------|-------------|-------------|
| Contribuição Iluminação Pública | 74.000.000,00 | 0,88874564 | 66,88 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 000117382-08/11/17 | | | 4,30 |
| Multa por atraso-NF 000112098 - 04/01/18 | | | 1,85 |
| Juros por atraso-NF 000112099 - 04/01/18 | | | 2,18 |
| Atualização IGPM-NF 000112099 - 04/01/18 | | | 0,03 |
| | | | 0,04 |

TOTAL DA FATURA 57,68

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR: | TIPO DA FUNÇÃO: | ANTERIOR | ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|----------------|-----------------|----------------------|----------------------|------------|-----------|--------|---------------|
| MB75718 | CAT | 04-01-2018 41.974,00 | 02-02-2018 42.048,00 | 39 | 1.00000 | | 74,00 |

HISTÓRICO DE CONSUMO

| MÉDIA (kWh) | CONSUMO (kWh) |
|-------------|---------------|
| FEV 18 74 | |
| JAN 18 153 | |
| DEZ 17 155 | |
| NOV 17 266 | |
| OUT 17 188 | |
| SET 17 194 | |
| AGO 17 165 | |
| JUL 17 173 | |
| JUN 17 169 | |
| MAI 17 97 | |
| ABR 17 222 | |
| MAR 17 152 | |
| FEV 17 89 | |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| ICMS | BASE DE CALCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
|--------|-----------------|-------|------------------|
| 49,48 | 25,00 | 12,37 | |
| PIS | 49,48 | 0,57 | 0,28 |
| COFINS | 49,48 | 2,60 | 1,28 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| Geração de Energia | R\$ 13,85 | 27,99% |
|----------------------|-----------|--------|
| Transmissão | R\$ 1,46 | 2,85% |
| Distribuição (Celpe) | R\$ 12,07 | 24,39% |
| Perdas de Energia | R\$ 3,83 | 7,34% |
| Encargos Setoriais | R\$ 4,55 | 9,20% |
| Tributos | R\$ 13,92 | 26,13% |
| Total | R\$ 49,48 | 100% |

TARIFAS APLICADAS 0,48036000

RESERVADO AO FISCO CFEA 0099-BCCB 4133-A004-DCE2 FF73.3223

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da leitura a bimestral em vigor é a Verde. Mais informações sobre tarifa e consumo consulte o site da Celpe. O cliente é responsável pelo pagamento da fatura quando houver violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pena de atraso para multa 2% (dois por cento) da fatura, de acordo com a Lei 10.438/02 e atualização monetária no prazo: mês. O Cliente é compensado quando não descumprimento do prazo definido para os procedimentos de atendimento comercial. Unidade reclassificada. Nova tarifa: B1 - RESIDENCIAL. Comunicação escrita ou digitalizada.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| CONJUNTO JOSE MARIANO | VALOR ADEQUADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|-----------------------|----------------|---------------|-------------------|--------------|
| DIC | 0,00 | 6,47 | 13,94 | 25,88 |
| | 0,00 | 3,55 | 7,10 | 14,20 |
| | 0,00 | 3,80 | 0,00 | 0,00 |

Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 18,32

NÍVEIS DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |
|--------------------|------------------------|
| 220 | MÍNIMO 202 MAXIMO 231 |

INTERNA DA CELPE - RECIFE

Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:35
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263575200000045437115>
Número do documento: 19060322263575200000045437115

Num. 46139701 - Pág. 1

| | | | |
|----------------------------------------------------|-------------------|----------------------|----------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | Nº 9913705330 | |
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | | | |
| DETTRAN - PE | | | |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | | | |
| VIA | CÓD. RENAVAM | R.N.I.R.C. | EXERCÍCIO: |
| 1 | 650705319 | ***** | 2013 |
| NOME | | | |
| MARIA TEREZA DA SILVA | | | |
| RIBEIRÃO-PE | | | |
| CPF / CNPJ | PLACA | PLACA | |
| 352.290.474-53 | KGE1603 | KGE1603 | |
| PLACA ANT./UF | CHASSI | CHASSI | |
| PE | 980155253T5725203 | 980155253T5725203 | |
| ESPECIE TIPO | COMBUSTIVEL | COMBUSTIVEL | |
| /MOTOCICLETA | GASOL/GNV | GASOL/GNV | |
| MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MOD. | MARCA / MODELO |
| FATY/ELBA WEEKEND IE | 1995 | 1995 | FATY/ELBA WEEKEND IE |
| CAP / POT / CIL | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE | NR CHASSI |
| 59/57CV | PARTIC | VERMELHA | 980155253T5725203 |
| COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC / COTAS | |
| P | FEV/2013 QUITADO | 1 ^a | |
| V | FAIXA IRVA | PARCELAMENTO / COTAS | 2 ^a |
| A | ***** | ***** | 3 ^a |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) | IOF (R\$) | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| SEGUNDO BISGOS | | | |
| CONTROLE | | | |
| RESERVA | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-----------------------|
| SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO SEGURO DPVAT | | | |
| PE Nº 9913706330 BILHETE DE SEGURO DPVAT | | | |
| DESTAQUE 3 GUARDE O BILHETE DPVAT. | EXERCÍCIO | 2013 | |
| ELA NÃO É DE PLATES PAGELATORIO. | CPF / CNPJ | KGE1603 | |
| 352.290.474-53 | PLACA | | |
| MARIA TEREZA DA SILVA | | | |
| C3 RIBEIRÃO-PE 55520-000 BILHETE DE SEGURO DPVAT | | | |
| PE Nº 9913706330 BILHETE DE SEGURO DPVAT | EXERCÍCIO | 2013 | DATA EMISSÃO |
| 1 352.290.474-53 | CPF / CNPJ | KGE1603 | PLACA |
| RENAVAM — | ANO FAB. | 1995 | MARCA / MODELO |
| 590705319 | CAT. TARE | 01 | FATY/ELBA WEEKEND IE |
| 980155253T5725203 | | | NR CHASSI |
| PRÉMIO TARIFÁRIO | FINS (R\$) | DETRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$) |
| | | | |
| CUSTO DO BILHETE (R\$) | IOF (R\$) | TOTAL SERVICO PAGO (R\$) | |
| SEGUEJO PAGO | PAGAMENTO | PARCELAÇÃO | DATA DE QUITAÇÃO |
| | | | |
| CONTROLE | | | |
| RESERVA | | | |
| OBSERVAÇÕES | | | |

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04

DATA
 25/01/13
 Ribeirão
 Maria de Fátima Bezerra R. Costa
 Diretora Executiva
 Detran/PE





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde

DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **1152526** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento a **Sra. Josiane Maria Vital da Silva** no dia 11 de março de 2015, às 11:00 min ,na BR – 101 nova,próximo ao Hospital Dom Helder Câmara ,vítima de capotamento.

A mesma foi atendida no local e posteriormente removida para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 22 de outubro de 2015.

Atenciosamente,



Krishnamurti Cabral Junior
Coordenador Geral do SAMU
Mat. 41446

Endereço: BR -101 km 34 – Centro – Cabo de Santo Agostinho/PE – CEP: 54.510-000
Fone: 3521 – 5108 E-MAILS: samucabope@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:36
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263631100000045438468>
Número do documento: 19060322263631100000045438468

Num. 46139704 - Pág. 1

Irene

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Irene da Silva,

RG nº _____, data de expedição ____ / ____ / ____,

Órgão _____, portador do CPF nº 352.290.441-53, com

domicílio na cidade de Ribeirão, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

, nº _____, 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

Jovane Maria Vital da Silva

Veículo: Ano: Fiat Elba Weekend ie - 1996

Modelo: Elba Weekend

Placa: KGF 1903

Chassi: 9B0 155253 T5725203

Data do Acidente: 11/03/2015

Local e Data: Ribeirão, 02/10/2016

* Maria Irene da Silva
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Franice Maria Vital da Silva,

RG nº 7.657.615, data de expedição / /, Órgão SOS-PE,

CPF nº 102.510.244-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Avenida João Cardoso Ayres Filho</u> |
| Número | <u>555</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Centro</u> |
| Cidade | <u>Recife</u> |
| Estado | <u>PE</u> |
| CEP | <u>55520-000</u> |
| Telefone de Contato | |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 08 de março de 2018.

Assinatura do Declarante: Franice Maria Vital da Silva



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 248207

Usuário do Atendimento: MARACS

Data e Hora do Atendimento: 12/03/2015 10:01

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSEANE VITAL DA SILVA

Prontuário: 69698

Nome da Mãe: MARIA NAO IDENTIFICADO

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 01/01/1982

Idade: 33 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA CARDOSO ALVES FILHO

538 CENTRO

Cidade: RIBEIRAO

PE CEP: 55520000

Fone: 85338574

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTII CRM: 14418

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acomodação: SALA AMARELA - TRAUMATOLOGIA Leito: LEITO 11-D

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 12/03/2015

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Médico e C.R.M: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G: _____

Assinatura: _____
Data: _____
Em: _____
23 MAR. 2015



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

IMIP HOSPITALAR (SUS)

Data e hora retirada da senha: 11/03/2015 12:55

| | |
|---------------------|------------------------|
| Nome Paciente: | JOSEANE VITAL DA SILVA |
| Cód. Paciente: | 69698 |
| Data de Nascimento: | 01/01/1982 |
| Sexo: | Feminino |
| Idade: | 33 |
| Senha: | 0023 |
| Convênio: | 2 - SUS/SIA AMB/URG |
| Atendimento: | 247928 |
| SAME: | |

Período: 11/03/2015 12:55 - 11/03/2015 13:00

NATALIA SALES DE ALCANTARA MELO - COREN: 8023 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: VERMELHO - EMERGÊNCIA

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO COM RELATO DE DOR EM REGIÃO LOMBAR

Fluxograma sintoma: TRAUMA GRAVE

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Coluna vertebral APP
Bacia AP. Traumática

11/03/15 Coluna lombosacra APP

Acolhido(a) por: NATALIA SALES DE ALCANTARA MELO - COREN: 8023 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/03/2015 13:00





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendente: 247928

Senha da Classificação:

0023

Data e Hora: 11/03/2015 12:58

Paciente: 69698 JOSEANE VITAL DA SILVA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 01/01/1982 Idade: 33 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe:: MARIA NAO IDENTIFICADO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: MEDICO PLANTONISTA 1

CRM: 1

Endereço: RUA NAO IDENTIFICADO

-- CENTRO 0

Bairro:

Cidade/UF: RIBEIRAO PE

Usuário Atendimento: MICHELLINESM

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 31830000

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

PCT DEU ENTRADA SEM RG. VITIMA DE CAPOTAMENTO A MESMA FOI PRA AREA VERMELHA. FAVOR CONFERIR DADOS

RH - Hospital Dom Helder Câmara
Evângelia C. Dias de Souza
Faturamento/SAME

Fm: 12/03/2015

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Plt vítima de capotamento no teto com dor comum e um abalo raramente.
Dor intensa (dolorosa)
Nas pernas de coceira e dormir.

Exame Físico

Plt consciência e orientada, brancos, claros, 600 ml.

S/ dor no paroxismo febre

Esse Diagnóstico

Ronquidão

Conduta Terapêutica

Sor. Ronquidão
Avaliação da Grel

Prescrição Médica

- Profeno 1000 + 900 ml SFR 0,9
- 13/31
PAK 100x90 ✓

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

Carimbo/Médico




ESTADO DE PERNAMBUCO
PODER JUDICIÁRIO
JUÍZO DE DIREITO DA COMARCA DO RECIFE
23ª Vara Cível da Capital – SEÇÃO B
PROCESSO N.º 0009855-39.2018.8.17.2001

TERMO DE AUDIÊNCIA

Aos 22 (vinte e dois) dias do mês de novembro do ano 2018, às 17h:20min na sala de audiências da 23ª Vara Cível, da Comarca da Capital, onde presente se encontrava a Dra. Maria Valéria Silva Santos de Melo, Juíza Titular da presente Vara, comigo, que abaixo subscrevo e o Dr. Marcos Fortunato Heringer Rosa, CRM/PE nº022350, teve lugar a audiência de conciliação nos autos do processo em epígrafe. Feito o pregão, compareceu a parte autora, acompanhada do advogado, Dr. Renato César Malheiros Cavalcanti, OAB/PE 31915. Presente a Ré SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A, representadas pelos prepostos Diego Helder de Souza Rosa, RG nº8696529 SDS/PE e José Elias Veras Castro, RG nº6990195 SDS/PE, acompanhado do advogado, Dr. Manoel Joaquim Polycarpo Lima Filho, OAB/PE 34668.

Declarada aberta a audiência, a parte autora foi submetida a exame, de acordo com o Médico Perito, conforme Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões permanentes, em anexo.

Dada a palavra ao advogado da parte autora, nada requereu.

Dada a palavra ao advogado da parte ré, este requereu o prazo de 05 (cinco) dias para se manifestar sobre o laudo pericial, o qual foi prontamente deferido pela MM. Juíza.

DESPACHO: Expeça-se alvará em favor do perito, Dr. Marcos Fortunato Heringer Rosa, CRM/PE nº022350, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme comprovante de depósito em ID. 37998115.

Nada mais havendo a registrar, dou a presente audiência por encerrada e intimados os presentes de todos os seus termos. Do que, para constar, foi lavrado o presente termo, que vai devidamente assinado pelas partes. Encerrada a presente, eu, Dra. Danielle Fugagnoli Gonçalves, lavro o presente termo, o qual digitei e subscrevi.


Dra. Maria Valéria Silva Santos de Melo
Juíza de Direito

posse de Maria Valéria Santos de Melo
Autor (a) _____
J. H. P. M. S. de Melo
Advogado do(a) Ré(u) _____
José Elias Veras Castro
Preposto do(a) Ré(u) _____
Perito Médico Dr. Marcos Heringer
CRM/PE 022350 / TECI 1619
Assinado eletronicamente por: DANIELLE FUGAGNOLI GONCALVES - 26/11/2018 08:35:11
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112608351100000000037764809
Número do documento: 18112608351100000000037764809

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: DANIELLE FUGAGNOLI GONCALVES - 26/11/2018 08:35:11
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112608351100000000037764809
Número do documento: 18112608351100000000037764809

Num. 38311203 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:37
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263759500000045438473
Número do documento: 19060322263759500000045438473

Num. 46139709 - Pág. 1

Processo: 9855-39 2018

Nome completo: Isiane Lúcio Vital da Silveira

CPF: 102 510 244-40

Vara: 23ª Vara Cível da Capital – Seção B

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Local do acidente:

Cabo de Santo Agostinho, PE.

Data do Acidente:

11/07/2015

Avaliação

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

a) Sim

b) Não

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

costas (D), coluna vertebral,

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Sim.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) Sim

b) Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) disfunções apenas temporárias
- b) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Dor crônica de origem (de limitação
de movimento lumbosacral, da lombar
mobilidade perineal inferior (G)).

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

a) Sim, em que prazo: _____

b) Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mas suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima.

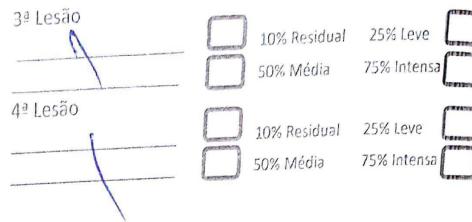
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima.



b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.



Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Segmento
Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

Ombro (D)

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|-------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 10% Residual | 25% Leve | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 50% Média | 75% Intensa | <input type="checkbox"/> |

2ª Lesão

Coluna vertebral
(Spondilolisthesis lombosacralis)

| | | | |
|-------------------------------------|--------------|-------------|--------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 10% Residual | 25% Leve | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | 50% Média | 75% Intensa | <input type="checkbox"/> |

Data da realização do exame médico legal:

22/11/18

22/11/18

Dr. Marcos Henrique
Jornalista - Oficializado médico legista perito

Espaço para assinatura do perito

Informações Complementares

Pág. 1/2.

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: DANIELLE FUGAGNOLI GONCALVES - 26/11/2018 08:35:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112608351100000000037764809>
Número do documento: 18112608351100000000037764809

Num. 38311203 - Pág. 3



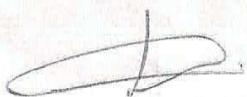
Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:37
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263759500000045438473>
Número do documento: 19060322263759500000045438473

Num. 46139709 - Pág. 3

+ TROT

Pacote com moais
elmoz ou redogóspio
de fruteira

C.D. Tramadol 100mg SF 500ml
ou Geir 1600
sobre opa de
otopedia



11/03/15

Hrs card

Uma de condonos 10-10h. Migo
Monto ou bens.

A uns odos perlos, um eslar levant.

B MIO bdi st. RA.

e RER - 25,3N, 33

D Glomus 45

E Se evanesc

Abso plaus depende, doloroso, um indaga

Obsej R ~~de~~ tosse e TAE de tosse e
doloroso.

Tramadol 100mg 16AG/1000

8=9Pm-10Aa 21/30/1

Dr. Emanuel Alencar
Churra Cesar
ETMA 13711




17/03/14

C6

Paciente permanece com dor em coluna lombar e abdome leves. Ex-discrimada pelo ortopedista.

Retornou TC e aguarda laudo da radiologista.

Abdome com pouca dor à palpação profunda sem sinais de irritação peritoneal.

D: Agoradão causa TC

Às 16:30h:

Paciente refere noite seco + vômitos.

1) Plesiot OS sup. \oplus dil + SF 0,91. 250 ml (SI)

16/03/14 \oplus
Dr. Nevaria G. Souza
Médica CRM 2187

13/03/2014 C 66MZ. N. cípsoa, apht., dor abdominal.
DS. LIDAMBALGIA DS. IUSC ① PLEITOS ④
A - Voz alterada, s. ch. C - Puls. frv., FC = 78bpm
B - Vr. m. A/H, s. m. D - G. pupilas inclusas, fárias
E - Abdome levo, pulso fr.

N. NCV TAC d. Abdome (não seco). Agoradão (não seco).
presumivelmente o paciente tem febre imposta).

Cd - Agoradão causa da TAC \oplus d.

? \oplus





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190306269 **Vítima: JOSIANE MARIA VITAL DA SILVA**

Data do Acidente: 11/03/2015 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSIANE MARIA VITAL DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00327/00328 - carta_04 - INVALIDEZ

00060164

Carta nº 14354780



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:26:38
<https://pje.tje.rj.gov.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322263805200000045438476>
Número do documento: 19060322263805200000045438476

Num. 46139712 - Pág. 1

JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:33:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322331062100000045438492>
Número do documento: 19060322331062100000045438492

Num. 46139728 - Pág. 1



**EXCELENTE SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 26ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.**

PROCESSO Nº: 0033397-52.2019.8.17.2001

Seção B

JOSIANE MARIA VITAL DA SILVA, já devidamente qualificada nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**: 09.248.608/0001-04 e **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, CNPJ 60.831.344/0001-74.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 03 de junho de 2019.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

OAB-PE 31915

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI - 03/06/2019 22:33:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060322331073900000045438493>
Número do documento: 19060322331073900000045438493

Num. 46139729 - Pág. 1