



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.381.413

EXPEDIDO POR SSDS - PB

EM 07/08/12

CPF 0147966194-93 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO RECUSOU

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joelson Pedro José da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO FRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no meio do segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (mícro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SisDPVAT-Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3348 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2179-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Lessa, 02 de Agosto de 2017  
LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.  
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA

RG nº 3.881.413, data de expedição 07/08/12, Órgão SSDS - PB,

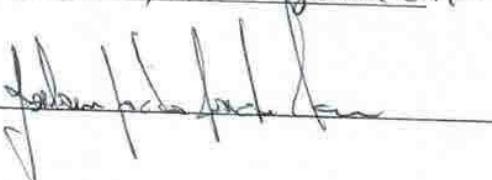
CPF nº 017.966.194-93, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua João Gomes Vieira</u>
Número	<u>178</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>VARZEA NOVA</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58300-970</u>
Telefone de Contato	<u>83-98630-1130</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 02 do Agosto de 2017

Assinatura do Declarante: X



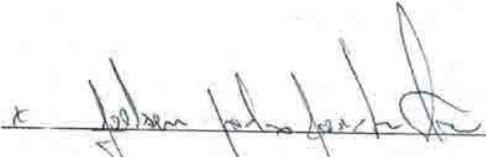
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOEISON PEDRO SOÉ DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.881 413 e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.966.194-93, residente e domiciliado na RUA JOSÉ GOMES VERA, N° 178, VARZEA NOVA, Cidade SANTA RITA, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legai - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa, 02 de Agosto de 2017

Local e data



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSUE PEDRO JOSE NETO,  
RG nº00485010717, data de expedição 17/07/15,  
Órgão DETRAN-PB, portador do CPF nº 917.043.324-00, com  
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA JOSÉ GOMES VIEIRA, VILA NOVA, nº 178,  
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 JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA, cujo o condutor era  
Joelson Pedro José da Silva.

Veículo: SHINERAY XY

Modelo: 50Q PHOENIX

Ano: 2012/2013

Placa: QFI 7514 - PB

Chassi: LXYXCBL01527885

Data do Acidente: 24/08/2016

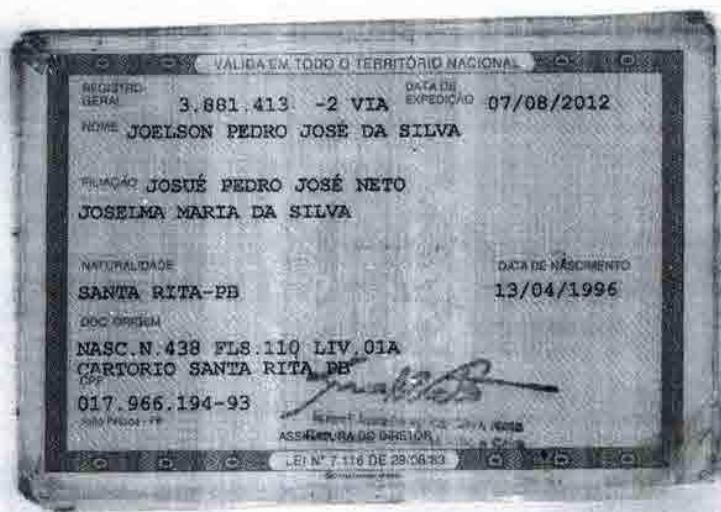
Local e Data: João Pessoa, 02 de Agosto de 2017

X Josue Pedro José Neto  
Assinatura do Declarante

TOSCANO DE BRITO  
2º Ofício de Notas

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





24-08-15

942736

97138

mofo



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 12/01/2018 16:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011216321857400000011814543>  
Número do documento: 18011216321857400000011814543

Num. 12082901 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 12/01/2018 16:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011216321857400000011814543>  
Número do documento: 18011216321857400000011814543

Num. 12082901 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 12/01/2018 16:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011216321857400000011814543>  
Número do documento: 18011216321857400000011814543

Num. 12082901 - Pág. 7

REMETENTE	028049		
INSS			
AG DA PREVIDENCIA SOCIAL SANTA RITA/PB			
ROA FLAVIO RIBEIRO COUTINHO S/N			
CENTRO			
SANTA RITA - PB			
58300-220			
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE	<input type="checkbox"/> RECUSADO	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO	
<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE	<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO	<input type="checkbox"/> FALECIDO	<input type="checkbox"/>	
REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: / /			
EM:	RESPONSÁVEL	VISTO	

Impresso pela Dataprev

FORW: CON39A

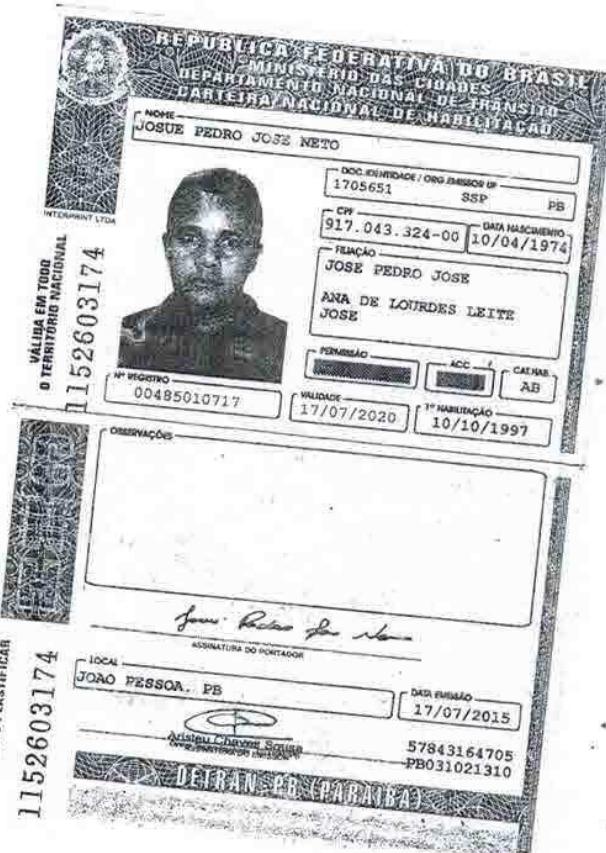


JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA  
JOAO GOMES VIEIRA 178  
V NOVA  
SANTA RITA PB  
58300-970



5013196987425590000002756330030117





Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 12/01/2018 16:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011216321857400000011814543>  
Número do documento: 18011216321857400000011814543

Num. 12082901 - Pág. 9



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
Superintendência Regional De Polícia Civil  
Delegacia Seccional De Polícia Civil  
6ª Delegacia Distrital de Santa Rita



POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA

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

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00083.01.2017.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00083.01.2017.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:17 horas do dia 13 de janeiro de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Antônio Alvares de Farias, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Joelson Pedro José da Silva**, RG nº 3881413 SSDS/PB, CPF nº 017.966.194-93, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Refrigeração, filho(a) de Joselma Maria da Silva e Josué Pedro José Neto, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 13/04/1996 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Gomes Vieira, Nº 178, complemento CASA, bairro Varzea Nova, tendo como ponto de referência Perto da Igreja Católica, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98607-3097.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida João Machado, Perto da Novo Rumo Honda., João Pessoa/PB; ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/08/16 18:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE voltava do trabalho de moto, pela Avenida João Machado, quando foi surpreendido por um indivíduo numa outra moto, que fazia uma manobra na contra mão e entrou na sua frente; QUE não conseguiu desviar e colidiu com a moto que fazia a manobra errada; QUE caiu e foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB; QUE foi diagnosticado com Fratura do colo do fêmur esquerdo, CID 10 S 72.0, conforme Laudo Médico do hospital, assinado pelo médico Dr. Eerton Noronha Teixeira, CRM 2516/PB; QUE a moto que pilotava era do tipo SHINERAY XY 50Q PHOENIX, de placa Nº QFI 7514/PB, de cor preta, ano/modelo 2012/2013, chassi Nº LXYXCBL01D0527885, em nome de JOSUÉ PEDRO JOSÉ NETO, CPF 917.043.324-00.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



JANE CLEIDE G. DE O. C. DANTAS  
Agente de Investigação

Santa Rita/PB, 13 de janeiro de 2017.

JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00083.01.2017.1.05.006

1/1



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 12/01/2018 16:33:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011216321857400000011814543>  
Número do documento: 18011216321857400000011814543

Num. 12082901 - Pág. 10



VISTO EM: 13/06/17

  
Comandante do BAPH  
Katty Sabrina do Nascimento Silva

TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 12 de junho de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 212/2017**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 24/08/2016, conforme requerimento nº 201/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 18h20min o/a Sr.(a) JOELSON PEDRO DA SILVA CPF: 017.966.194-93, vítima de acidente (colisão(moto x moto)), ocorrido na Av João Machado, Centro - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44 tendo como chefe o SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA, Matrícula: 520.037-7. Ao chegar ao local constatou que a vítima conduzia a moto usando capacete, consciente e orientado, com dores na região pélvica. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu André Vieira de Souza - SD BM Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josinete B. S. dos Santos  
TEN QOABM 517240-1  
Chefe da 3ª Seção



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB.  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO 13/04/96  
NOME DA MÃE JOSELMA MARIA DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 942.736  
Nº PRONTUÁRIO 97.138  
DATA DO ATENDIMENTO 24/08/16  
HORA DO ATENDIMENTO 18:52  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO COLO DO FEMUR E  
CID 10 S 72.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), apresentando dor intensa em quadril E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da bacia  
RX da bacia - AP  
RX do quadril E - AP

### TRATAMENTO:

Fratura do colo do femur E à TC e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rafael Lara.

ALTA HOSPITALAR: 04/09/16  
DATA DA EMISSÃO: 21/12/16

*Ewerton Noronha Teixeira*  
DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MEDICO CRBM/NETSHL  
CRM - 2516  
Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, an - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 942736

RX



#### Identificação do paciente

ID 1073969	Nome JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA			Sexo: Masculino
Data de nascimento 13/04/1996	Idade 20 anos 4 meses 11 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Profissão
Mãe JOSELMA MARIA DA SILVA				Pai JOSUE PEDRO JOSE NETO
Escolaridade NAO INFORMADO				Responsável (Parentesco) O MESMO > O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986073097	DDD Fijo	Fone Fixa	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Crs		
Local de procedência JAGUARIBE				Tipo BAIRRO UF CBQR PB
Email	Naturalidade SANTA RITA			

#### Endereço

CEP 58303195	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Loteamento JOÃO VIEIRA
Número 178	Complemento	Bairro MUNICÍPIOS	

#### Admissão

Data e Hora 24/08/2015 18:52:33	Número da pulseira 1000005488901	Convenio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL
--------------------------------	-----------------------------------

Classificação de risco	Origem do paciente RUA
------------------------	---------------------------

Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO
------------------------------------	--	------------------------------------

#### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vaga de ambulância Não	Trauma Não
----------------------	-----------------------	---------------------------	---------------

Meio de transporte RESCATE - BOMBEIROS	Quem transportou
---	------------------

#### Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

#### Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasomografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos  
*Yours  
02/09  
NS  
TW*

Diagnóstico CID

Atendido por  
ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA

tempo  
02min 49seg

Imprimir

**TOMOGRAFIA**

*Braço*

*DATA 25/08/16*

24/08/2016 18:52



**EXAME SECUNDÁRIO**

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

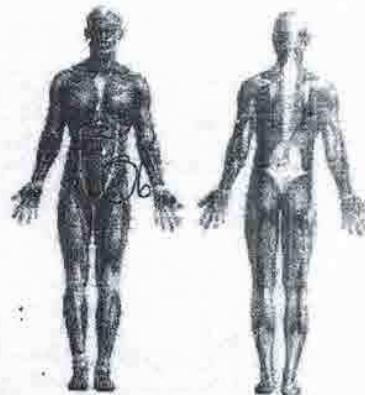
IMUNIZAÇÃO:

PATOLOGIA:

AUMENTOS INGERIDOS:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado:



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ligamentamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Lacerção                     |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendinea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Eftema subcutâneo    | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encaixado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Quemadura                    |
| 16 F. Contuso-Cortante | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.:

**QUEIMADURA:**

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

( ) 1º grau

( ) 2º grau

( ) 3º grau

**EXAMES SOLICITADOS**

Rx Radiografias

Ultrassonografia (FAST)

Tomografia computadorizada

Bocio; Bradicardia E, Févere, E

( ) Lavado peritoneal

( ) Gasometria arterial

( ) Tinagem sanguínea

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Brunnus Atendimento.		
2	Pirometria - Cap + AD - IV (2 Non abusiva)		Bruno N. Andrade Médico Residente CRM-PB 6357
3	Tiotil - 20mg 4 AD - IV.		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO**
Solicito parecer da Ortopedia.

Solicito parecer da

às 19:10 do dia 24/08/16

às : do dia / /

DESTINO DO PACIENTE

( ) Centro cirúrgico

( ) Transferência (unidade de saúde)

( ) Internado (setor)

( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revisão

( ) Desistência

DATA: / /

SAÍDA:

HORAS: : :

( ) Jóbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs.

( ) Família ( ) IML ( ) SVA

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

FNG)00.001-1



CRUZADA, S.L.H.A.  
BRASILEIRA

## Primeiro Atendimento Médico

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

JOSELMAR PEDRO JOSÉ DA SILVA  
DT. NASC.: 13/04/1968  
MRE: JOSELMA MOREIRA DA SILVA  
BE: 842738

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

END.: R. AD. VIEIRA  
N. 178 - MUNIC. IPITOS  
SANTA RITA  
FONE: (11)  
CELULAR: (11) 986870882  
IDADE: 28  
DT. ENTRADA:

Paciente com história acidente motociclista (colisão automóvel),  
 em uso de capacete. Nego perda de consciente e vómitos. Fere da mala  
 tra seu anel de ouro. Nego outras queixas.

## EXAME PRIMÁRIO

MAS:  Púrias  ObstruídasCERVICAL IMOBILIZADA:  Sim  Não

## VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA:  Sim  NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA:  Sem dificuldade  
 Com dificuldade

## VENTILAÇÃO MECÂNICA

 APNEIA

## AUSCULTA PULMONAR:

## 1- MURMURÍO VESICULAR

<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal	<input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal
HTD: <input type="checkbox"/> Rude	HTE: <input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

## 2- RUIDOS

<input type="checkbox"/> sim	HTD: <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores	HTE: <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores
------------------------------	---	---

PR: \_\_\_\_\_

SaO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ %

## CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:  Normal  Pálida  Clamórica  
 Flutuária  IctéricaTEMPERATURA DA PELE:  Normal  Quente  FriaPULSO:  Normal  Aumentado  
 Fino  Ausente \*

## AUSCUTA CARDÍACA

RÍTMO:  Regular  Irregular  AusenteBULHAS:  Normatonéticas  Hipotonéticas  
 Hipofonéticas  AusenteSOPRO:  Presente  AusenteBE OU B4:  Sim  Não

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: 106 X 512 mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

ECG:

ABDOMEN: *Hérdo médio e palpável suave e firme*

## Déficit Neurológico

Pupilas:  Fotorreatente  Paralisadas  Isocônicas  Anisocônicas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (casos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
	Spontânea	A solicitação verbal	Ao contínuo estímulo	Nenhuma
<input checked="" type="checkbox"/>	Consciente / Palavras apropriadas, sentido social, fixa e segue objetos	Confuso / Chora, mas é compreensível	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	Sons incompreensíveis / Inquieto
				Nenhuma / Nenhuma
TOTAL: <b>15</b>				

FINO DE 01/01/2018



REVUE INTERNATIONALE

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPNE**

11

Número: 00 - Paciente: Taylor Pedro José da Silva - Procedimento: Teste Cirurgico de proveras de colo - SUS: ( ) Nao SUS ( ) Médico: Dra - Prof. Dra. Ana. Data: 02/09/16 - Prontuario: 942736. Data: 02/09/16 - Reposição: \_\_\_\_\_ Caixa Pronta: \_\_\_\_\_

*Milano, 21 gennaio*  
ASSISTENZA CIRCONDARIALE RESPONSABILE

Mémoires de l'Académie

MASSNAT [MASSNAT] [MASSNAT]

P/N/CIVAPC\_0132

P(NC) APC 0132





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JOSÉSON PEGO 2050 BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 02/09/16  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: \_\_\_\_\_  
Cirurgião: DR. RICARDO LIMA 1º Assistente: DR. FELIPE SOUZA  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: DR. MARCOS  
Tipo de Anestesia: GA Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FRACTURA COXA DE FÉMUR (E) (GRADO II)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>OSTEOTOMIA COM PARAFIOS</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Rafael Lobo de Freitas  
Dr. Odile e Traumatologia  
- PB 8784 TEC 5693

João Pessoa, 02/09/16

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

F(NG)ASCIR.009-1





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

- (1) Pos + waxm plást  
(2) maoz des + desodor

## Incisão:

cortad ligeirinho + 4cm

## Achados:

- (3) Bursas de 1000 son activo (comunica no. 12)

## Conduta:

- (4) osteo + artroso  
(5) maoz expone dente  
(6) fixad nervos cl pia K 2.5mm  
(7) Fixad c/ 2 parafus mprimo 6.5mm  
nroce 16mm no 80° Dwn corporis  
interfragmentaria (mais proxima a face de  
fratura)  
(8) hontole no AD + perfil son jardins  
pneumotor e son articulat  
(9) tampon coxie e soluf selva  
(10) sutura por plan

## Fechamento:

- (11) outas selas

## Observação:

- (12) Fimut son reto em maceta sem  
estado por frature n/ prononciada  
microc e evita sozinhos secaando.

Dr. R. P. Lira de Freitas  
- Urologia  
- Urologia Test. Genit.

João Pessoa. 02/09/16

Médico/CRM:

PINOLASCIR.009-1





2020-2021

## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 02/09/2016

PRONTOARIO

942736

8





### Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE:		<i>Pelson Endro 1º se da sifilis</i>			
IDADE: 20	PRONTUÁRIO: 9737	DATA: 02/08/16	ANESTESIA: Nárt.	CRURÍGIO: Dr. Roraima	ANESTHESISTA: Dr. Andrei
INSTRUMENTADOR:	PERÍODO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 14:30 CIRURGIA: INÍCIO: 14:30 FIM: 17:30				TEMPO CIRÚRGICO: 17:30
ÍNDICE DE RISCO DE CRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)					
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPIDA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALPENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUTIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUTIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE ACO N°	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE ACO N°	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 3-0	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍlico 70%	OK	LÂMINA BISTURI Nº15	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	PVP/DEGERMANTE	OK	LÂMINA BISTURI Nº23	FIO POLIGLACTINA N°	
FLUMAZENIL	PVP/TINTURA	OK	LÂMINA BISTURI Nº24	FIO POLIGLACTINA N°	
DIFLURANO	PVP/TÓPICO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIGLACTINA N°	
EVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO N°	
EVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO N°	
IDECAíNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	FIO POLIPROPILENO N°	
IDECAíNA S/ VASO	AGULHA 25X0,7		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	FIO POLIGLACRONE N°	
MIDAZOLAN	AGULHA 25X0,8		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	FITA CARDÍACA	
NIMBium	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTIVIAS	CATETER DE PIC	
PETDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº25G		SCALP Nº19	GIMP TITÂNIO LIGADUSA	
RAMPENTANILA	AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER N°	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI Nº27G		SERINGA EML	FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODÃO CRIPTOPÉDICO		SERINGA SMI	FIO STEINMAN N°	
SUXAMETONIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA PI COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°	HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA PI TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	KIT. DÍRRIVA VENTRÍGULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	KIT. PAM	
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	FIXADOR EXTERNO	
SEAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		
DIPRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICais	
FEDRINA		COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICais	
PUROSENIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL N°	PARAFUSOS LISONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONHOso	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MAISOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PARAFUSOS MAISOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	PLACA	
ONJASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVC	FIOS	QTD.	
TENOIXCAN		ESPARADRAFO	OK	FIO ALGODÃO S/A N°	X ASPIRADOR
		GAZES	OK	FIO ALGODÃO S/A N°	X RESTO ELETRICO
		GAZES ALGOUDADAS	OK	FIO ALGODÃO C/A N°	X CORDOGRAP
		GRL ELETROLÍTICO	OK	FIO ALGODÃO C/A N°	X CARDIOMONITOR
		JELCO Nº14			X DESFRIEADOR
		JELCO Nº15			X FOCO AUXILIAR
					X FOCO CENTRAL
					X MICROSCOPIO
					X OXÍMETRO DE PULSOS
					X P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA
					X PRESSURIZADOR ELETRÔNICO
					X SERRA
					CIRCULANTE

*02 Parafusos  
6,5 nosca  
6,5 espontaneo  
16 espontaneo*

*Patrón*

Anexo II

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>HTOP</i>		4 - CNES		
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Jackson Pechô José da Silva</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>942736</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>		9 - SEXO <i>MASC X 1 FEM 3</i>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>(066)</i>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE, MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDARIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - CTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - CTDE
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>O2 Parafusos 6,5 Mexa 16 fijos em face.</i>				
<i>Carta de Referência</i>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>02/08/16</i>		
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ORGÃO EMISOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>02/08/16</i>
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



()

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A 0

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### CÓMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas  
[\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente  
[\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte  
[\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

### PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Pague-Seguro.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados  
[\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)

### ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

### SINISTRO 3170477874 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

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

**BENEFICIÁRIO** JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 01796619493

**Posição em 10-01-2018 15:54:42**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/09/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/09/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
09/09/2017	Interrupção de Prazo	
06/09/2017	Aviso de Sinistro	

### ASSINE NOSSA NEWSLETTER



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 12/01/2018 16:33:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011216323305600000011814548>  
 Número do documento: 18011216323305600000011814548

2018-01-10 14:55

Num. 12082906 - Pág. 1

<input type="text" value="Nome"/>	
<input type="text" value="E-mail"/>	
AC <input type="button" value="▼"/>	<input type="text" value="Cidade"/>
<input type="button" value="Enviar"/>	



(<https://novosite.seguradoralider.com.br/>)  
 (<https://www.linkedin.com/company/seguradora-lider-dpvat-oficial/>)  
 1-  
 2-  
 (<https://www.facebook.com/seguradoralideroficial/>)  
 (<https://www.youtube.com/channel/UCyfJLcOOGXzqjwvDyBzVQSw>)  
 (<https://www.instagram.com/seguradoralideroficial/>)

### Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
- › Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
- › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento.aspx>)
- › Como Pedir Indenização (</Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)

### Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
- › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
- › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-O-Pagamento.aspx>)
- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Autoatendimento (</Seguro-DPVAT/autoatendimento>)

### Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacc-Sugestoes>)
- › SAC DPVAT (</Contato/Sac-DP>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidori>)
- › Denúncia de Fraudes (</Contato/Denuncia-de-Fraud>)

### Assine nossa Newsletter

<input type="text" value="Nome"/>	<input type="text" value="E-mail"/>
AC <input type="button" value="▼"/>	<input type="text" value="Cidade"/>
<input type="button" value="Enviar"/>	

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Terms-de-Uso.aspx>)



Assinado eletronicamente por: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA - 12/01/2018 16:33:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011216323305600000011814548>  
 Número do documento: 18011216323305600000011814548

2018-01-10 14:55

Num. 12082906 - Pág. 2

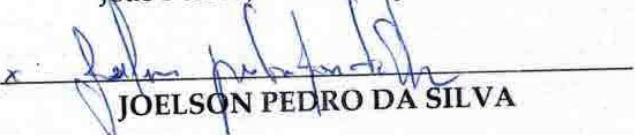
## PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**Outorgante:** JOELSON PEDRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, auxiliar de refrigeração, RG 3881413 SSDS - PB, CPF 017.966.194-93, residente e domiciliado na Rua João Gomes Vieira, nº 178, Varzea Nova, Santa Rita - PB.

**Outorgado:** DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065, com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Centro, João Pessoa- PB.

Poderes: gerais e de cláusula "Ad Judicia", a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Empresa Privada, Autarquia ou Entidade Paraestatal, propondo a ação competente em que figure como o autor o outorgante e defendendo-o quando for o réu, ofendido, reclamado ou interessado, podendo conciliar, decidir, transigir, reclamar, fazer acordo, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromisso, prestar compromisso, prestar declarações, receber citação, receber alvarás, impetrar, mandados de segurança e habeas corpus, agravar regimentalmente, receber alvará, bem como substabelecer a presente, com ou sem reserva de iguais poderes, se assim lhe convier, enfim, praticar, todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando por bom, firme e valioso.

João Pessoa, 10 de Março de 2017.

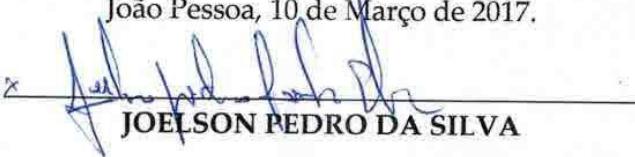
  
JOELSON PEDRO DA SILVA



## **DECLARAÇÃO DE POBREZA PARA FINS JUDICIAIS**

**JOELSON PEDRO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, auxiliar de refrigeração, RG 3881413 SSDS - PB, CPF 017.966.194-93, residente e domiciliado na Rua João Gomes Vieira, nº 178, Varzea Nova, Santa Rita – PB. Declara, nos termos do Art. 1º da Lei nº. 7.115 de 29 de Agosto de 1993 (dispõe sobre a prova documental) e Lei 1060/50, para o fim de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, que o mesmo é hipossuficiente financeiramente não lhe permite arcar com as custas processuais e honorários Advocatícios, sem prejuízos de seu próprio sustento e de sua família.

João Pessoa, 10 de Março de 2017.

  
JOELSON PEDRO DA SILVA





**Poder Judiciário da Paraíba  
9ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0802037-57.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

De modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado no direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF).

**Cite-se e intime-se a parte ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis,** advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção).

Defiro o pedido de gratuidade judiciária.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 15 de fevereiro de 2018.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: IVANOSKA MARIA ESPERIA DA SILVA - 15/02/2018 15:47:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18021515473356500000012275815>  
Número do documento: 18021515473356500000012275815

Num. 12560577 - Pág. 1

**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível da Comarca da Capital**  
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR  
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

**MANDADO DE CITAÇÃO**

<b>Nº</b>	<b>DO</b>	<b>PROCESSO:</b>	<b>0802037-57.2018.8.15.2001</b>		
<b>CLASSE</b>	<b>DO</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>COMUM</b>	<b>CÍVEL</b>	<b>(7)</b>
<b>ASSUNTO(S)</b>	<b>DO</b>	<b>PROCESSO:</b>	<b>[SEGURÓ]</b>		
<b>AUTOR:</b>	<b>JOELSON</b>	<b>PEDRO</b>	<b>JOSE</b>	<b>DA</b>	<b>SILVA</b>
<b>RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A</b>					

**Nome:** BRADESCO **SEGUROS** **S/A**  
**Endereço:** PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 19 de julho de 2019

De ordem, ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO  
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO

"Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18011216333689400000011814508

PARA VISUALIZAR A DECISÃO ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO

"Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXX



Assinado eletronicamente por: ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO - 19/07/2019 12:05:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071912053437600000022163702>  
Número do documento: 19071912053437600000022163702

Num. 22848247 - Pág. 1

# C E R T I D Ã O

Certifico e dou fé, que em cumprimento a determinação judicial, EFETUEI A CITAÇÃO do BRADESCO SEGUROS S/A, na pessoa da Assistente Pessoal Rosimary Soares Costa, que após tomar conhecimento de todo conteúdo, assinou o seu nome e recebeu a contra fé.

João Pessoa, 23 de julho de 2019.

JAIR VICTOR DA SILVA

Oficial de Justiça

Mat: 471.930-1



Assinado eletronicamente por: JAIR VICTOR DA SILVA - 23/07/2019 09:53:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072309532551600000022220251>  
Número do documento: 19072309532551600000022220251

Num. 22908334 - Pág. 1

22/07/2019

Tribunal de Justiça da Paraíba - 1º Grau

Poder Judiciário da Paraíba  
9ª Vara Cível da Comarca da Capital  
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR  
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479

### MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0802037-57.2018.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito desta 9ª Vara Cível da Comarca da Capital, manda ao Oficial de Justiça, a quem este for entregue, que, em cumprimento a este, proceda a Citação e intimação (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC, fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC;

João Pessoa, em 19 de julho de 2019

De ordem, ROSANGELA HOLANDA DE ARAUJO  
Técnico Judiciário

-22-JUL-2019-14:25-177/48-5/

BraDESCo Ativo 2º Dia de Seguros.

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento"

INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18011216333689400000011814508

PARA VISUALIZAR A DECISÃO ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento"

INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXX

Assinado eletronicamente por: ROSANGELA HOLANDA DE  
ARAUJO

19/07/2019 12:05:36

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 22848247



19071912053437600000022163702

[imprimir]

Rosimary Soures Costa  
Assistente Operacional  
8337/Sucursal João Pessoa - PB

[https://pje.tjpb.jus.br/pje/painel\\_usuario/documentoHTML.seam?conversationPropagation=none&idBin=22163702&idProcessoDoc=22848...](https://pje.tjpb.jus.br/pje/painel_usuario/documentoHTML.seam?conversationPropagation=none&idBin=22163702&idProcessoDoc=22848...) 1/1



Assinado eletronicamente por: JAIR VICTOR DA SILVA - 23/07/2019 09:53:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907230953256500000022220492>

Número do documento: 1907230953256500000022220492

Num. 22908625 - Pág. 1