

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Gustavo Esdras de Sá Cavalcante
Qualificação: Advogado, autônomo
CPF/MF: 702 403 404-18 RG: 4050 997 - SSP/PB
Endereço: Rua Maria Pacheco nº 1.004
Oitizeiro CEP: 580 88520 J. Pessoa - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

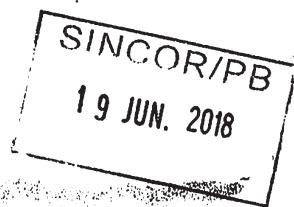
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 20 de dezembro de 2017.

Gustavo Esdras de Sá Cavalcante
Outorgante



CONFERIDO COM O ORIGINAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

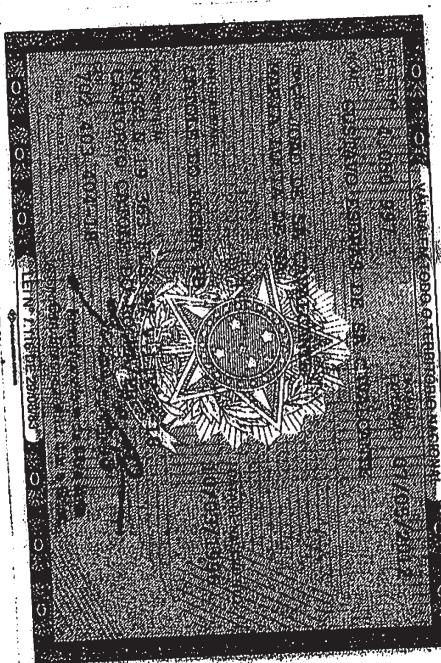
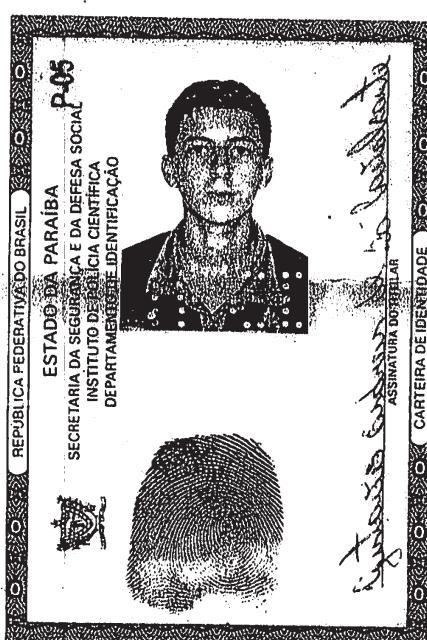
Número

- 702 403 204-18

Nome

GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

Nascimento
10/03/1996
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0508-2017		Responsável pelo Levantamento do Acidente: JOSÉ AUGUSTO FERNANDES				Posto/Graduação: CB/PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Avenida Cruz das Armas			Horas 21:20	Bairro Cruz das Armas		Município: João Pessoa	UF PB
Data/Ocorrência 20-07-2017	Dia da Semana Quinta-Feira	C/S Vítima (QT) Com	Natureza do Acidente Colisão	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Boa	Tempo Chuva	

Envolvidos no acidente (Quantidade)
02 veículos Controle do tráfego no local
Pista composta de semáforo duplo

CONDUTOR 01

Nome Gustavo Esdras de Sá Cavalcante		Sexo Masculino	Nascimento 10-03-1996	RG 4050997
--	--	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

Rua Marta Pacheco, 1004, Bairro dos Novais, João Pessoa, PB – Tel.(083)99647-6765

1ª Habilitação	Categoria	Registro CNH N.º	U.F.	Ex.méd./Dia	Data Vencimento	Usava cinto	Usava Capacete
----------------	-----------	------------------	------	-------------	-----------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Socorrido ao Hospital de Trauma					
---	--	---	--	--	--	--	--

VEÍCULO 01

Marca Honda XRE 300	Espécie Motocicleta	Placa OGG - 5296	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
-------------------------------	-------------------------------	----------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Vinicius Rodolfo Silva Souza

Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012650813875	Renavan Nº 0059855510-2	Data da Emissão 19-07-2016
----------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

Defeitos

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: Trafegava na via A, faixa da esquerda, sentido Jaguaribe/Oitizeiro, quando estava passando pelo retorno da mesma via foi surpreendido pelo V2 que interceptou sua passagem, sendo assim não foi possível evitar o acidente. Ouvido na sala do setor de boat do Bptran no dia 31-07-2017 ás 10:30hs.

CONDUTOR 02

Nome Maisa Larissa Vilar Mendes		Sexo Feminino	Nascimento 06-06-1988	RG 3410951
---	--	-------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço

Rua dos Cristais, 101, Res. Suassuna, Bairro das Industrias, João Pessoa, PB – (83)98631-1086/98824-0379

1ª Habilitação 01-12-2015	Categoria B	Registro CNH N.º 06518124377	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 14-04-2020	Usava cinto	Usava Capacete
-------------------------------------	-----------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica Sim (0,00)		Destino do Condutor Permaneceu no local					
--	--	---	--	--	--	--	--

VEÍCULO 02

Marca Peugeot 206	Espécie Automóvel	Placa MNN-2581	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Maisa Larissa Vilar Mendes

Seguradora DPVAT	Bilhete Nº 012816516877	Renavan Nº 0045100193	Data da Emissão 27-01-2017
----------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------

Defeitos

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: Transitava na via A, na faixa da esquerda, sentido Oitizeiro/Jaguaribe, quando foi retornar para entrar no posto de abastecimento no momento que tentou cruzar a via foi surpreendida pelo impacto na traseira do V2 provocado pelo V1. Declarou ainda que no momento que cruzou a via não viu o V1.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO

Cópia de Conformidade

EM: 11/10/17



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0508 - 2017

VÍTIMA 01

Nome Gustavo Esdras de Sá Cavalcante	Sexo Masculino	Nascimento 10-03-1996
--	--------------------------	---------------------------------

Endereço

Rua Marta Pacheco, 1004, Bairro dos Novais, João Pessoa, PB

Viajava no Veículo Nº 01	Usava Cinto
------------------------------------	-------------

Condição da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma
---------------------------------------	---

TESTEMUNHA 01

Nome Manoel José dos Santos	Sexo Masculino	Nascimento 01-02-1970
---------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

Endereço

Rua Trajano Lopes de Souza, 74, Funcionários IV, João Pessoa, PB – Tel.(083)98858-8471

Identidade 3260830	Órgão Emissor SSP	U. F. PB
------------------------------	-----------------------------	--------------------

VERSÃO DA TESTEMUNHA 01

Disse que trafegava na via A, sentido Jaguaribe/Oitizeiro na faixa da esquerda, quando o V1 passou pelo seu veículo metros mais a frente o V2 tentou cruzar a via e ocorreu o impacto, onde o V1 foi arremessado para o lado esquerdo da via.

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: O Impacto ocorreu no lado esquerdo da via A de acordo com os vestígios das sedes de impacto dos veículos envolvidos no acidente. No local foi constatado uma faixa para retornar em ambos os sentidos da via. A vítima foi socorrida pelo SAMU USB 01 que tem como enfermeiro Willames de COREN 473755 que socorreu a vítima para o Hospital de Trauma. O sinistro foi registrado na delegacia, ficha em anexo.

João Pessoa – PB, 16 de Agosto de 2017.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/10/17

Assinatura

José Augusto Fernandes Cb PM
José Augusto Fernandes Cb PM
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0508/ 2017

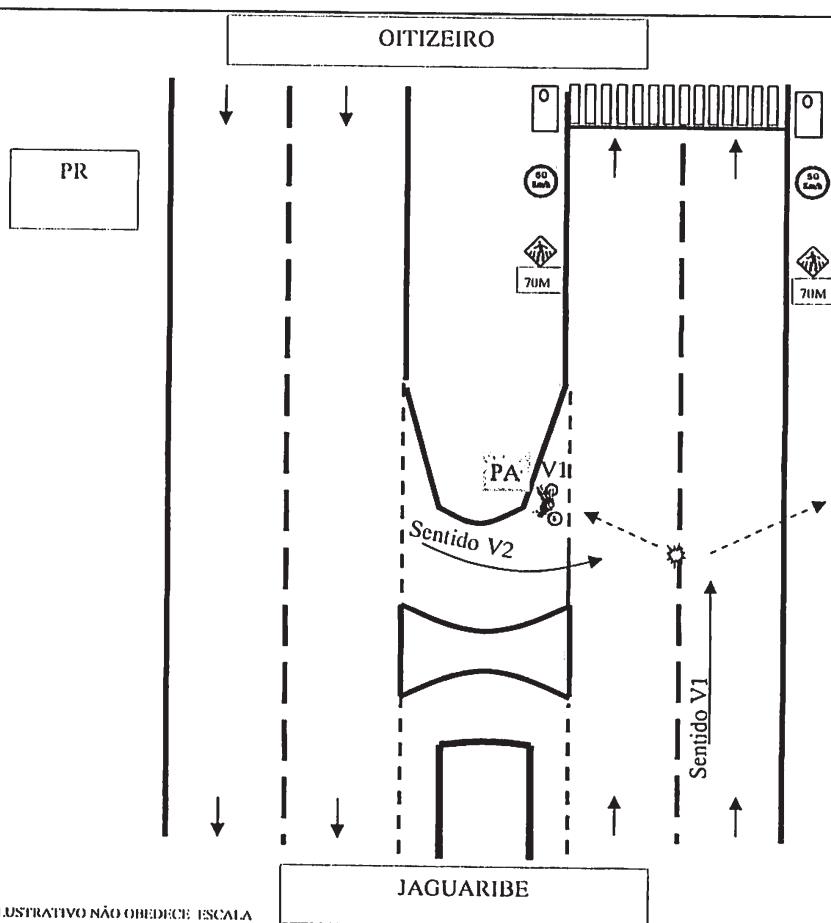
AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Cruz das Armas 08,20metros

PR (Ponto de Referência) Maternidade Frei Damião
PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Esquerdo 03.80 e Traseiro Esquerdo 02.50 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Retirado do local



DESENHO ILUSTRAITIVO NÃO OBEDIENCE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/10/17

ASSINATURA

José Augusto Fernandes CB PM
Responsável pelo Levantamento



RECEBIDO
EM: 11/10/17
C1



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 20/11/2018 11:38:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112011362140100000017386749>
Número do documento: 18112011362140100000017386749

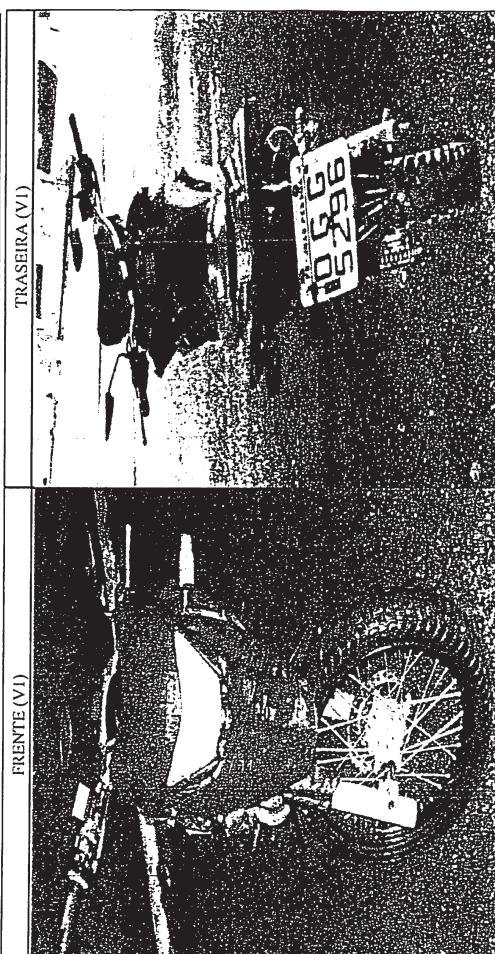
Num. 17861719 - Pág. 4



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPRJ / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0508/2017

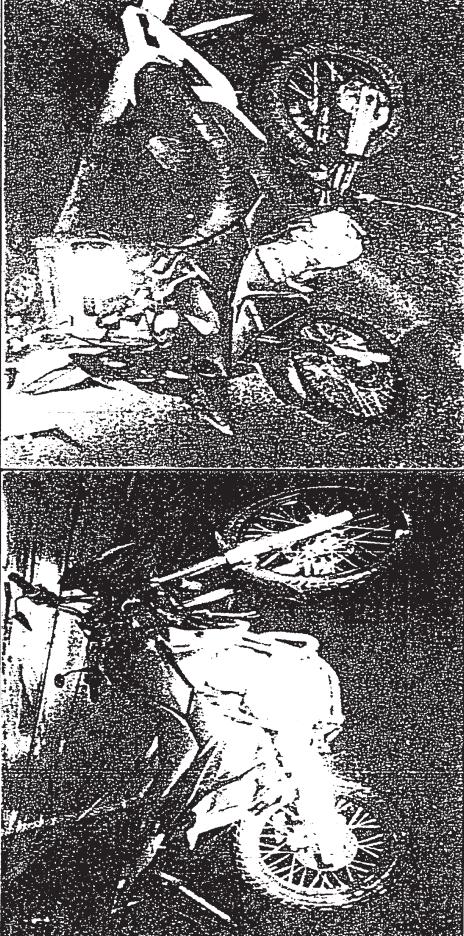
FOTOS DO V1



FRENTE (V1)

TRASEIRA (V1)

LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Copia de Conformidade com o Original
EM: 10/10/2018

2

José Augusto Fernandes
Responsável pelo Levantamento
Assinatura





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



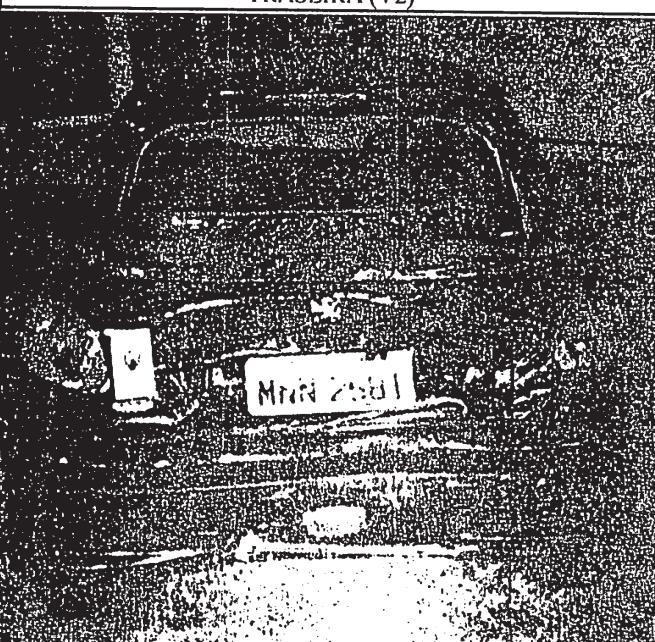
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0508/ 2017

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO:
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/12/2018

ASSINATURA

3

José Augusto Fernandes CB PM
Responsável pelo Levantamento





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0508 - 2017

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda XRE 300	Placa: OGG 5296 PB	Responsável pelo Preenchimento: Cb Fernandes	Data: 20-07-2017
---------------------------------------	------------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	N/A
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (tricíclos)			
04	Coluna de direção		x			Total Geral (Sim + NA)		00	

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: Peugeot 206	Placa: MNN – 2581 PB	Responsável pelo Preenchimento: Cb Fernandes	Data: 20-07-2017
-------------------------------------	--------------------------------	--	----------------------------

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	N/A
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
						Total Geral (Sim + NA)		00	

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6	-> DANO DE GRANDE MONTA

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO F. 2017
Cópia de Conformidade com o Orig.
EM: 71170194

ASSINATURA

João pessoa-PB, 16 de Agosto de 2017.

José Augusto Fernandes Cb PM
Responsável pelo Levantamento



RECEBIDO
EM: 25/08/11
C2



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 20/11/2018 11:38:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112011362140100000017386749>
Número do documento: 18112011362140100000017386749

Num. 17861719 - Pág. 8

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



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02039.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02039.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:21 horas do dia 08 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Gustavo Esdras de Sá Cavalcante, CPF nº 702.403.404-18, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria Lúcia de Sá e João de Sá Cavalcante, natural de Catolé do Rocha/PB, nascido(a) em 10/03/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Marta Pacheco, Nº 1004, bairro Oitizeiro, tendo como ponto de referência Oficina do Mazinho, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99647-6765.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Cruz das Armas, Em Frente Ao Posto Frei Damião, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/07/17 21:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/XRE 300, PRETA, 2013/2013, PLACA OGG5296/PB, CHASSI 9C2ND1110DR019111, registrada em nome de VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA, pela faixa esquerda da Av. Cruz das Armas, sentido Jaguaribe/Oitizeiro, quando estava passando pelo retorno da mesma via foi surpreendido pelo VEÍCULO PEUGEOT 206, PLACA MNN2581/PB, conduzido por MAISA LARISSA VILAR MENDES, que interceptou sua passagem, sendo assim não foi possível evitar o acidente e o noticiante e veio a colidir na lateral traseira do PEUGEOT; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1504/2017, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 13.10.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

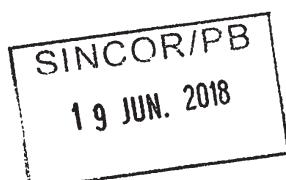
João Pessoa/PB, 08 de novembro de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

GUSTAVO ESDRAS DE SÁ CAVALCANTE

Noticiante



CONFERIDO COM O ORIGINAL

Procedimento Policial: 02039.01.2017.1.00.420

1/1





**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO ESTÁ

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inserido sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 709/081, DEGEARA para os devidos fins que constam em nossos registros, sob protocolo nº 1766295, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GUSTAVO ESDRAS DE SÁ CAVALCANTI**, idade 21 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 20/07/2017, na Av. Cruz das Armas, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 21:25 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

SINCOR/PB
19 JUN. 2018

SAME

~~Jefferson da Rocha Augusto
Estadística~~

~~ESCHENSTEIN~~
~~GREIFENBERG~~

REAR GUARD.

lesson da Rod

Matrícula: 6

Matrícula: 8

Coordenação

F2 REGIONAL

77 - Água Fria -

CONFIRMADO COM O ORIGINAL

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





CERTIDÃO

Nº. 1504/2017

Atendendo solicitação de **GUSTAVO ESDRAS DE SÁ CAVALCANTE** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº46214 e Prontuário Nº 2017.07.02724 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 21/07/2017 às 09H06min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em antebraço direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 21/07/2017 com alta médica dia 30/07/2017.

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

João Pessoa, 13 de outubro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

SINCOR/PB
19 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



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

Ficha Nr: 46214 Atd: Nao Regula
Data: 21/07/2017
Hora: 09:06:22
Repcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

Num. Prontuario: 2017.07.002724

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987074898

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/07/1995 Id: 22 ano(s)

End.: RUA ZULMIRA NOVAIS, 268 PACIENTE SEM DOCUMENTOS

Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA LUCIA DE SA

Pai: JOAO DE SA CAVALCANTE

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: CUNHA KAROLINE CHAVIER DE ABREU

Tel/Doc. Responsavel: '00 / SEM DOCUMENTO: SD

Pr dencia: HOSPITAL DO TRAUMA DA BR

Transporte utilizado: VEIO DE AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO XCARRO EM CRUZ DAS ARMAS

Vitima de violência por: PROX DA FREI DAMIAO DIA 20/07/2017 CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

VEIO ENFERMIGADO AO HETSH
Q: Principal

Vomito Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Sem relato de limpeza, curvace na hospital de
siem, never administrado de antibioticos, dia
Diagnostico feito SAT (sem documentos e impossivel de
verificar se o paciente é alergico a medicamentos)*

*Prescricao Encaminho ao centro cirurgico para liga
curvace e desbridamento, sem possibilidade de
operar-se neste tempo de vida = evolucao de 1:*

DR. Gerson Andrade Santa Cruz
Ortopedia
CRM-PB 572



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

25/07/2017 - Psicologa

Realizado atendimento + suporte psic. e orient.

Ana Nery de Medeiros
Psicóloga Clínica e Hospitalar
351228.004-49
CRP 13/2958

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Dr. Raquel de Souza Coutinho

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Gustavo Edson de So^o **Data da Admissão:** 21/11/18
Prontuário: _____ **Idade:** 22a **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** _____ / / _____

QPD: _____
HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudore []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náusea []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidade []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♥ _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *hemograma com leucocitose neutrofilica + fagocitose de eosinofilo (não evidenciado)*Hipóteses Diagnósticas: *infecção aguda de origem autoimune + infecção de origem bacteriana - febre alta*Conduta: *Internação p/ trat. empírico*
*LNC + reavaliação + exames complementares**Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro**Médico**CRM 10933-PB*

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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- Anestesiado tórax
- Apesar de campos estériles
- Isolamento por dorso dorsal e sobre de

Incisão:

- Dorsal por gloso
- Resgata sobre omento da fáscia

Achados:

- relevo (fásica e/ou pleura DCP)
- lungs (pneumonia contínua)
- relevo sobre omento da fáscia da
- músculo D (fásica e/ou pleura DCP e
- lungs (pneumonia contínua)
- Enigma dilatado c/ 500,9%.

Conduta:

- Detonação por gloso
- Continuar

Fechamento:

OBS:

Data: 27/07/18

MÉDICO/CRM

Jr. Carlos Frederico W. da Mota Jr.
CRM-PB 10239
TGP
Cirurgião Geral
Endocrinologista

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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DIXIT sobre maca
- (2) Antibiótico + anestesia
- (3) Aproximação da Glândula salivar

Incisão:

Achados: (3) fist. de ero de cistônio D + fist. ole.
mas da glâ D.

Conduta: (6) lavagem mecânica com soro fisiológico e sangue

(7) desbridamento da tec. devitalizada

(8) sutura de pele + lipo

Fechamento: (9) Fechamento da ferida com gaze estéril
10 fita bala não traçável
11 escova de cerúlo

OBS:

Data: 11/02/17

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro

Médico

CRM 10933-PB

MÉDICO/CRM

RIT 2

Hospital

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Guilherme Estevam de Mello</u>				Registro:
Idade: <u>22</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Cor:	Clínica:	EMP: _____ LR: _____
Data: <u>21/10/2017</u>	Cirurgião: <u>Dra. Paula</u>	1º Assistente: <u>Tiago</u>		
2º Assistente:		3º Assistente:	Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dra. Paula</u>	Tipo Anestesia: <u>Blugas</u>		Horário: I: _____	T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<u>Exagerada secreção de suor do antebraço D</u> <u>+ fadiga. Endossa novo D.</u>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<u>Oliveira</u>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<u>LAC + Desbridamento</u>				
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME	Gustavo Endres de A.			PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO

DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA	TEMPO DE PERMANÊNCIA
------------------	--------------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL	Fist. nos artelhos D	CID
---------------------	----------------------	-----

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		
------------------------	--	--

OUTROS DIAGNÓSTICOS		
---------------------	--	--

PRINCIPAIS EXAMES		
-------------------	--	--

PROCEDIMENTO REALIZADO:	Treatmente cirúrgico
-------------------------	----------------------

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	
---------------------------	--

ANATOMIA PATOLÓGICA	
---------------------	--

INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---------------	------------------------------	------------------------------	--------------------	------------------------------	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA	
-------------------------	--

CONDIÇÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
-------------------	-----------	----------	----------	--------	-------

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)	Prest. abordado à tratamento cirúrgico s/ introm.
--	---

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: leite

REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 90 dias e com esforço maior em 120 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para reavaliação.

30/03/2018

DATA

ADM. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 20/11/2018 11:38:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112011363327600000017386757>
Número do documento: 18112011363327600000017386757

Num. 17861728 - Pág. 11

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218062/18

Vítima: GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

CPF: 702.403.404-18

Data do Acidente: 20/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE : 702.403.404-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A Indenização por Invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/06/2018
Nome: GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE
CPF/CNPJ: 702.403.404-18

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

Sandra Maria Accioly Pedrosa





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal")

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

702403404-18

Gustavo E. de Sá Caldeante

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Gustavo Eudras de Sá Caldeante

CPF titular da conta

702403404-18

Profissão

vulnéravel

Endereço

Rua Maria Pacheco

Número

1.004

Complemento

Bairro

Oitizeiro

Cidade

Jacaraí PB Paraíba

Estado

58088520

Email

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

CONFERIDO COM O ORIGINAL

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0036

D/V

CONTA

NRO.

87976

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

SINCOR/PB

AGÊNCIA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

19 JUN. 2018

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro autorizado, à Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

gustavo E. de Sá Caldeante, 30 de maio de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SINCOR/PB

19 JUN. 2018

CONFIRADO COM O ORIGINAL



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CABO BRANCO
DATA: 30/05/2018 HORA: 15:41:51
TERMINAL: 00361081 CONTROLE: 003610810205

AGÊNCIA: 0036 - CABO BRANCO
CONTA: 013.00087976-0
CLIENTE: GUSTAVO E DE SA CAVALCANT

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO		VALOR
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO
SALDO ANTERIOR		0,00
RESUMO EM 29/05		
SALDO		0,00
RESUMO DO DIA		
SALDO BLOQUEADO		0,00
SALDO DISPONIVEL		0,00
SALDO TOTAL		0,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHECA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://caixa.gov.br/voce)



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 20/11/2018 11:38:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112011363990700000017386766>
Número do documento: 18112011363990700000017386766

Num. 17861737 - Pág. 3

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

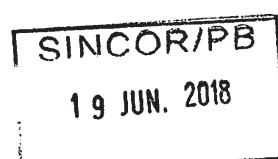
Eu, Gustavo Esdias de Sá Cavalcante,
RG nº 40 50997, data de expedição 07/05/12, Órgão SSP/PB
CPF nº 702 403 0401-8 venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Marta Pacheco</u>
Número	<u>Wº 1004</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Oitizeiro</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Pernambuco - PB</u>
CEP	<u>58088520</u>
Telefone de Contato	<u>996476765</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 30/05/2018

Assinatura do Declarante: Gustavo Esdias de Sá Cavalcante



CONFIRADO COM O ORIGINAL





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Címe, 228 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.016-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

498831

N.º OSP

17301310

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

IBRAIM NATA CAVALCANTE
AV MARTA PACHECO, 1004 - OTTIZIERO JOAO PESSOA PB
58088- 520

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável	
001.017.030.0010.000	000	1 0 0 0		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A967013085	06/05/1996	JARDIM LITTAZO	LACRADO	LACRADO

Consta(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel à suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

SINCOR/PB
19 JUN. 2018

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
NOV/2017	23/11/2017	235,18			
DEZ/2017	23/12/2017	226,77			

CONFERIDO COM O ORIGINAL

EMISSÃO:	11/01/2018	Total a Pagar:	R\$ 461,95
----------	------------	----------------	------------

CAGEPA	MATRÍCULA	N.º DO OSP	EMISSÃO	TOTAL A PAGAR
	498831	17301310	11/01/2018	R\$ 461,95

82690000004 | 61950010001 8 00049883101 5 73013101215 7






DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 322 1144 (disponível de segunda a sexta, das 8h às 18h)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Gustavo Endrás de Sá Ravalante CPF da Vítima: 702403407-18 Data do Acidente: 21.07-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone: (83) 3212-1111

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência;
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 30 dias úteis do respectivo pedido.
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 dias úteis 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 da cobertura médica e a realização sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, com a realização da perícia médica e a indicação da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º, 10º, art. 1º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SINCOR/PB
19 JUN. 2018

CONFIRMO COMO ORIGINAL

JPA , 19 de junho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Vinicius RODOLFO SILVA SOUZA,
RG nº _____, data de expedição / / , Órgão _____,
portador do CPF nº 701.507.74-42, com Domicílio na cidade
de _____, no Estado de _____, 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 Gustavo Esdras de Sá Cavalcante,
cujo o condutor era Gustavo Esdras de Sá Cavalcante

Veículo.....: HONDA XRE-300
Ano.....: 2013
Modelo.....: 2013
Placa.....: 0 GG 5296/1PB
Chassi.....: 9C2ND11101R01911
Data do acidente.: 20.07.2017
Local e data.....: João Pessoa, 30.05.2018

X Vinicius Rodolfo Silva Souza
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Gustavo Esdras de Sá Cavalcante
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58010-460
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB
www.toscanoodebrito.com.br

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA
Em testemunha da verdade, João Pessoa-PB 03/02/2018 13:34:17
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrivão
[2018-001900]EMOL-R\$ 49,48 FARPEM-R\$ 0,28 FEEFUT-R\$ 1,00 ISS-R\$ 0,17
SELO DIGITAL: A0885399-0700
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
19 JUN. 2018



DETRAN - PB		Nº 012650815397-9		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS				
L A G E B R O C O S T E S S O S 8	CCD PEABCO	PLT 20160000289370-9	PERÍODO	
1	8059855510-2	00/00000000	2016	
VINICIUS RODRIGO SILVA SOUZA				
CPF/CNPJ		PLACA		
70150777442		055296/PB		
PLACA ANTIGUA	DATA DE VENCIMENTO			
NOVO	PB	962MD1110DR19111		
TIPO DE VEÍCULO		ALCO/GASOLINA		
PAS/MONOCICLE/NÃO APLIC		Nº FABRICANTE		
MARCA/Modelo		ANO FABRICADO		
VODKA/XRS 300		2013 2013		
APROVAÇÃO		VALIDADE		
2 P/291 /C1		PERÍODO DE VENCIMENTO		
DATA DA F. V.		VENDEDOR/LOTE/EXCEÇÃO		
FVA PAGO EM 18/07/2016		12		
FVA PVA PARCELAMENTO C/12		2:		
A 0		3:		
VALOR TOTAL PAGO		PRÉVIA TOTAL PAGO		
SEGURO PAGO		DATA DE PAGAMENTO		
SEM RESERVA DE DEDIMIN		12/07/2016		
JURIS PESSOA FISICA		DATA		
14001		19/07/2016		
		14534		

SINGOR/PB

19 JUN. 2018

CONFIRMO COM O ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
 HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
 DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	GUSTAVO ESDRAS DE SÁ CAVALCANTE
DATA DE NASCIMENTO	10/03/96
NOME DA MÃE	MARIA LUCIA DE SÁ

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.015.048
DATA DO ATENDIMENTO	20/07/17
HORA DO ATENDIMENTO	22:27
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO + FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO + FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO MÃO DIREITA
CID 10	S52.9 + S62.3 + S62.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente e orientado, apresentando ferimento contuso em 1/3 proximal de perna direita e com deformidade anatômica em antebraço direito. Presença de ferimento contuso no mento, sem sinais de fraturas dos ossos da face. Sutura do ferimento. Presença de fratura fechada de membro superior direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna direita	
RX de joelho direito	SINCOR/PB
RX de antebraço direito.	

RESULTADOS DOS EXAMES: 19 JUN. 2018

Fratura dos ossos do antebraço direito.	
Fratura de 5º metacarpo direito.	
Fratura de falange proximal do 5º dedo da mão direita.	CONFERIDO COM O ORIGINAL

TRATAMENTO:

Sutura do ferimento. Devido as fraturas o paciente foi transferido para o Ortotrauma de Mangabeira para tratamento cirúrgico das fraturas, conforme pactuação. Tala axilo-palmar direita.

ALTA HOSPITALAR:	21/07/17
DATA DA EMISSÃO:	16/11/17

Dr. José de Almeida Braga
 CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



A2108

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332186700

Boletim de Atendimento: 1015048



Identificação do paciente

ID 1192189	Nome GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE			Sexo Masculino	
Data de nascimento 10/03/1986	Idade 21 anos 4 meses 10 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mae MARIA LUCIA DE SA				Pai JOAO DE SA CAVALCANTE	
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO	
DDD Móvel 00	Fone Móvel 00000000		DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento			Nº Crns	
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS				Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade			CBOR	

Endereço

CEP 58088520	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradoiro MARTA PACHECO
Número 1004	Complemento		Bairro OTIZEIRO

Admissão

Data e Hora 20/07/2017 22:27:40	Número da pulseira 1000004187782	Convênio SUS
------------------------------------	--	-----------------

Especialidade CURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente SAMU
Cárater de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA
	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Método de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>paciente vítima acidente moto consciente orientado suspeito fraturo MSO + NSO regres des enviado</i>						

Diagnóstico	<i>Enfermeiro Silveira 02072017 1448902</i>	CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA		Tempo 40seg

Imprimir

20/07/2017 22:



POSTO
Endereço: INTERNAO SANTO AGOSTINHO - PB - 58000-000

CNES: HC-156

Nome:	GUSTAVO ESDRAS DE S	PAE:	00000000000000000000000000000000
Data de nascimento:	10/03/1986	Sexo:	Masculino
Mae:	MARIA LUCIA DE SA	Pai:	EDSON COUTINHO
Endereço:	MANAUS RICHE COHAB	CPF:	00000000000
Acidente:	ACIDENTE DE VELOCICELTA	Local:	TRABALHOS DOL
Veículo:	MOTO	Horário:	13:00
Datas da Classificação:	2000/00/0000	Assunto:	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTOCARRO SICOU VOMITO, FESTEJO, PERDEU MEDICAMENTOS ANTES DO ACIDENTE, NAO PRESENTE NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO DURANTE O CORPO SEM SANGRAMENTO ATINGIMENTO AVULSO FERIDA ENTRE OS PONTO
MENTO, BOVIDADE VISUAL E MANDIBULAR PRESERVADOS, NAO PRESENTE DIFERENCA ENTRE AS DIFERENTES CONSTATAÇÕES, CONTAZATE FISICO

2) SUTURA, ORIENTACAO ESTETICA, TENSÃO

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seccao

MURILLO MENDES DA SILVA
15/08/2018

GUSTAVO ESDRAS DE S CAVALCANTE



Endereço de e-mail para envio de e-mail:	
Nome completo:	
CPF:	
RG:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	
Estado Civil:	
Profissão:	
Número da carteira profissional:	
Data de emissão da carteira profissional:	
Data de validade da carteira profissional:	
Cidade:	
Bairro:	
Número:	
Complemento:	
CEP:	
UF:	
Número de telefone:	
Número de celular:	
E-mail:	
Anamnese:	
Histórico de doenças crônicas:	
Colesterol alto, hipertensão arterial:	
CID-10:	
Código:	Descrição:
148	Transtorno do sono/fadiga
Consulta:	
Paciente encaminhado para consulta médica:	
Assinatura:	
Francisco Odilio de Melo Coutinho 17861774	

065000/cjb/pages/prescricaoDoControlador?controlador=7&imprimirDadosAnteriores=N&ultimoImprimirID=66542&pesquisar=true&imprimirID=1





 Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA
RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090
PRSCRIÇÃO MÉDICA

Nome GUSTAVO EDRAS DE SA CAVALCANTE	Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data de 10/03/1996	Idade 21	Sexo MASCULINO	Nº 1015048	Nº Data Prescrição 21/07/2017 00:21:26
	Setor			Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 21/07/2017 00:21:26

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 CEFALOTINA 1G	2.0	G		E.V.		AGORA		02/08/2017
2 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	1.0	ML		E.V.		AGORA		
3 TETANOGAMMA	1.0	UI		INTRAMUSCULAR		AGORA		FALTA

21 de Julho de 2017

MATHEUS MOZART SILVEIRA
 CRM: 9456

Dr. Matheus Mozart Silveira
 Assinatura do Profissional
 Ortopedista - Cirurgião-Dentista
 Odontopediatra - Odontologista
 Especialista em Odontopediatria



Cruz Vermelha Brasileira


 Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Senator Humberto Lucena


 GOVERNO
 DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente GUSTAVO ESDRAS DE SÁ CAVALCANTE	BAE 1015048	Data/Hora Entrada 20/07/2017 22:27:40	Data Baixa
Data de nascimento 10/03/1996	Idade 21	Sexo Masculino	Telefone de Contato (00) 00000000
MARIA LUCIA DE SA			Prontuário
Endereço MARTA PACHECO, 1004	Bairro OTITIZERO	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE EM MOTOCICLETA	Profissional GUSTAVO FARIA MENDONÇA	Nº Cons. Regional 6786/PB
Data/Hora Classificação 20/07/2017 22:27:40		Data/Hora Prescrição 20/07/2017 22:54:11	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO APRESENTANDO FERIMENTO CORTO CONTUSO EM 1/3 PROXIMAL DA PERNAS DIREITA E DEFORMIDADE ANATOMICA EM ANTEBRAÇO IPSILATERAL ASSOCIADO A FERIMENTO SOLICITO RXS

EXAME DE IMAGEM**RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITA****RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)****RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO****Conduta**

Em observação

Dr. Gustavo Farias Mendonça
 033.006786
GUSTAVO FARIA MENDONÇA
 (6786/PB)

GUSTAVO ESDRAS DE SÁ CAVALCANTE



**Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital**

[SEGURO] 0865028-69.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Assumi jurisdição exclusivamente em fevereiro de 2017.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destaqueamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócuia. A experiência prática demonstra que nas ações em que se busca o pagamento do seguro obrigatório DPVAT, como é o caso, tentativas de acordo somente são viabilizadas em momento processual posterior a realização de prova pericial para apuração da debilidade alegada pelo Autor, razão pela qual torna-se infrutífera a designação de sessão para tentativa conciliatória.

Dessa forma, **deixo de agendar audiência de conciliação** nesta fase processual.

Assim, **cite-se** a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, **intime-se** a parte Promovente para, em 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação, nos termos do art. 351 do CPC/2015.

Por fim, **agende-se audiência para realização de perícia/conciliação**.

Ultimadas as providências anteriores, retornem-me os autos conclusos.



Assinado eletronicamente por: ANA AMELIA ANDRADE ALECRIM CAMARA - 29/11/2018 10:43:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112910431472600000017571788>
Número do documento: 18112910431472600000017571788

Num. 18055097 - Pág. 1

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: ANA AMELIA ANDRADE ALECRIM CAMARA - 29/11/2018 10:43:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1811291043147260000017571788>
Número do documento: 1811291043147260000017571788

Num. 18055097 - Pág. 2

**Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA**

Nº do processo: 0865028-69.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO

A MM. Juíza de Direito da 6^a Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte:
BRADESCO SEGUROS S/A, endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 18 de julho de 2019.

De ordem, DIANA SANTOS DE OLIVEIRA BERGER
Servidora

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:
18112011360274300000017386732



CERTIDÃO

Certifico que CITEI a parte especificada neste mandado o Bradesco Seguros S/A na pessoa de sua representante legal a Sra. Rosimary Soares Costa, e de todo o seu inteiro teor, que exarou seu ciente e recebeu copia. dou Fé.

João Pessoa, 23 de julho de 2019.

Antonio F. Albuquerque Matric. 474055-6

Oficial de justiça



Assinado eletronicamente por: ANTONIO FARIAS DE ALBUQUERQUE - 23/07/2019 20:38:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072320382486600000022248714>
Número do documento: 19072320382486600000022248714

Num. 22938481 - Pág. 1



Successfully created

Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

Nº do processo: 0865028-69.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte: BRADESCO SEGUROS S/A, endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 18 de julho de 2019.

De ordem, DIANA SANTOS DE OLIVEIRA BERGER
Servidora

-23-01-150-9-15-520-17748- /

Brasado
Processo Auto De Citação Seguro

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:
18112011360274300000017386732



Assinado eletronicamente por: DIANA SANTOS DE OLIVEIRA
BERGER
18/07/2019 17:18:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 22827748



19071817184223500000022145104

[imprimir](#)

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

