

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Gustavo Esdras de Sá Cavalcante
Qualificação: solteiro, autônomo
CPF/MF: 702 403 404.18 RG: 4050 997-598/PB
Endereço: Rua Marta Pacheco N° 1004
Citizino CEP. 58088520 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 agosto de 2017.

Gustavo Esdras de Sá Cavalcante
Outorgante



CONFERIDO COM O ORIGINAL



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

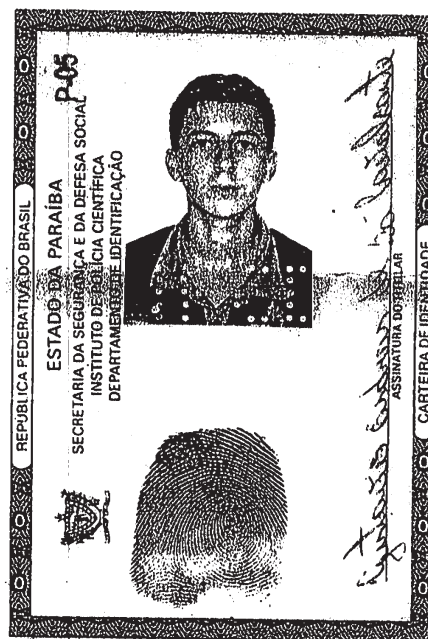
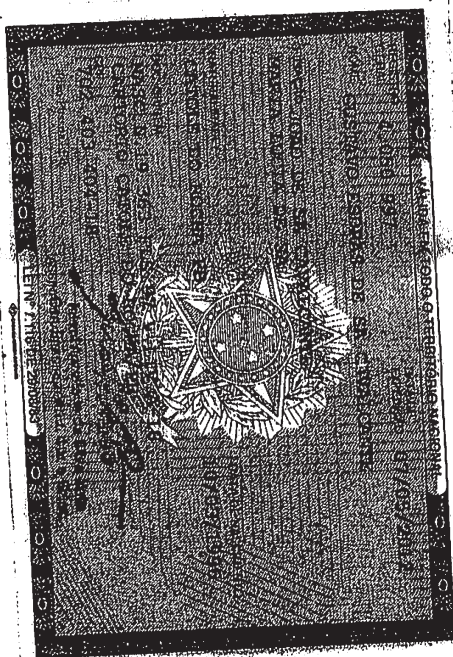
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
702.403.404-18

Nome
GUSTAVO ESBRAS DE SA CAVALCANTE

Nascimento
10/03/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





POLÍCIA 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	Hora 21:20	Bairro Cruz das Armas	Município: João Pessoa	U F 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 N.º 012650813875	Renavan N.º 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 Bptan no dia 31-07-2017 às 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 N.º 012816516877	Renavan N.º 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 Nº 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
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA 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

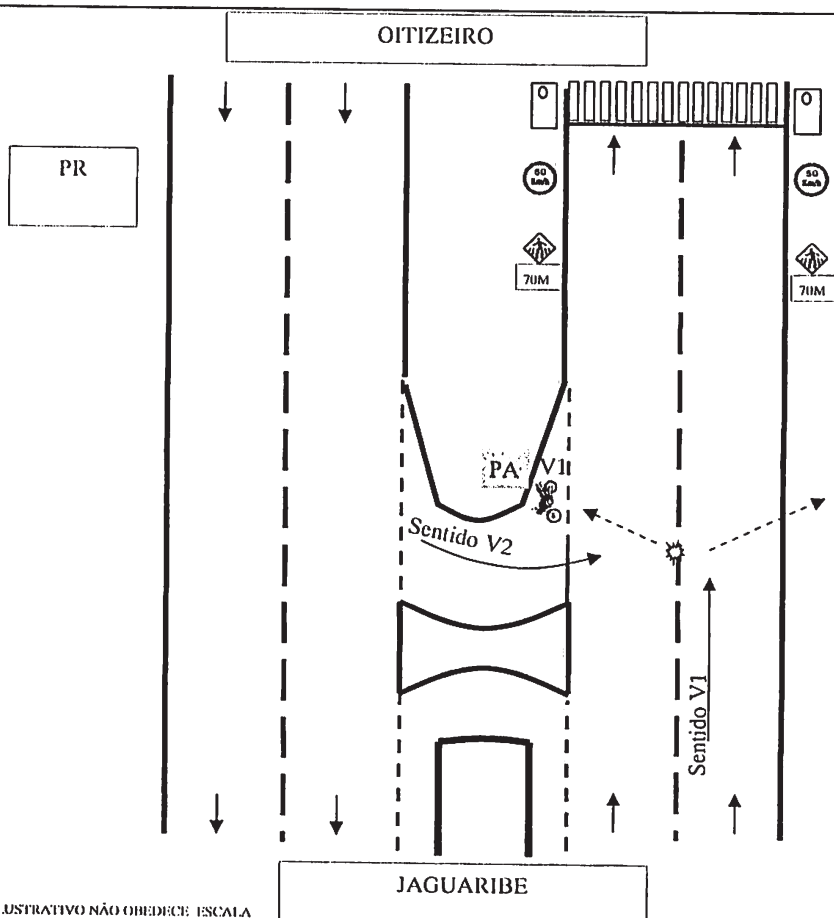
VIA "A" - Avenida Cruz das Armas 08,20metros

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 ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2

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

ASSINATURA

José Augusto Fernandes CB PM
Responsável pelo Levantamento



RECEBIDO
EM: 11/10/17
27

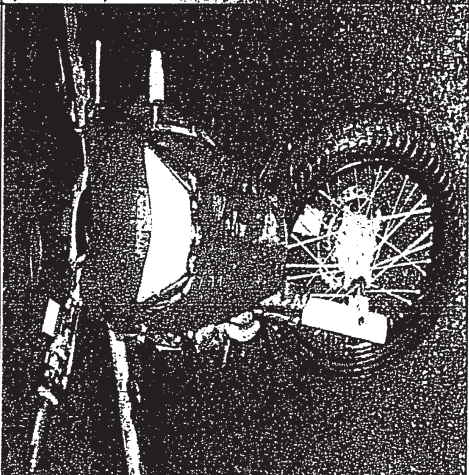
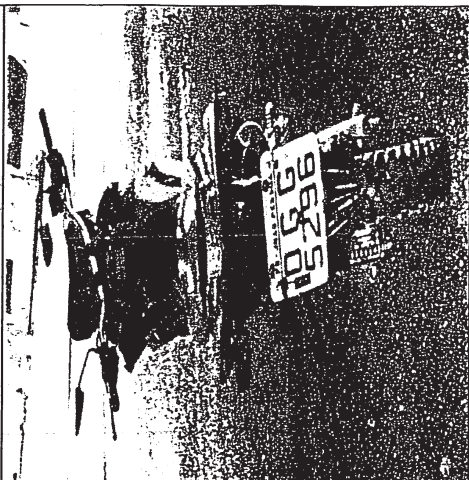

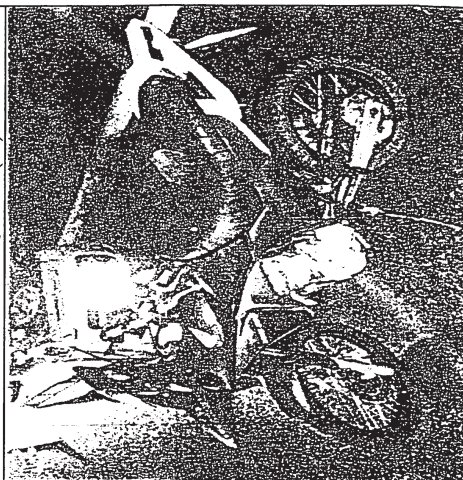




POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0508/ 2017

FOTOS DO VI

FRONTE (VI)	TRASEIRA (VI)
	
LATERAL DIREITA (VI)	LATERAL ESQUERDA (VI)
	

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
ENC. 1110113

José Augusto Fernandes CPM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA 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: 11/20/17

ASSINATURA

José Augusto Fernandes CB PM
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA 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	NA
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 (tríciclos)			
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	NA
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 E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Orig:
EM: 21/10/17

ASSINATURA

João pessoa-PB, 16 de Agosto de 2017.

José Augusto Fernandes Cb PM
Responsável pelo Levantamento



RECEBIDO
EM: 25/03/17
C2





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:

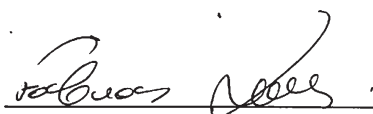
Local: Av. Cruz das Armas, Em Frente Ao Posto Frei Damião, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/07/17 21:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

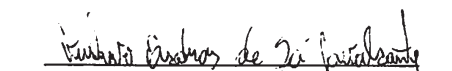
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

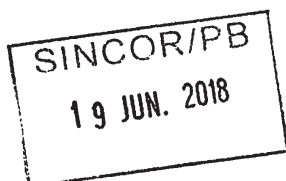
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/XRE 300, PRETA, 2013/2013, PLACA OGG5296/PB, CHASSI 9C2ND1110DR019111, registrada em nome de VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA, pela faixa esquerda da Av. Cruz das Armas, sentido Jaguaribe/Oitizeiro, quando estava passando pelo retorno da mesma via foi surpreendido pelo VEÍCULO 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 veio a colidir na lateral traseira do PEUGEOT; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1504/2017, EXPEDIDA PELA DRª 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





**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 709/081, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo 1766295, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE**, idade 27 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

João Pessoa, 21 de Setembro de 2017.

SAME

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico

SAMU 192 JP

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

CONFERIDO 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.

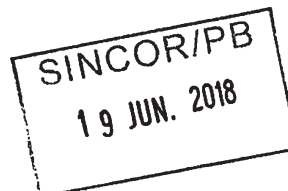
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 21/07/2017 com alta médica dia 30/07/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato 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



CONFERIDO COM O ORIGINAL



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

Ficha Nr: 46214

Atc: Nao Regular

Data: 21/07/2017

Horas: 09:06:22

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

Num. de vezes atendido: 1

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

Pré-dia: 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

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Choçado

Vem encaminhado do HETSHL conforme praxe
Q. Principal Observacao

Vomit

Observacao

Q. Principal

Plano de traumas múltiplos com consequente
fratura exposta puntiforme dos ossos do antebraço
039 Trauma ocorrido em 21h de 20/07/17 (12h de evolução)
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Sem relatos de limpeza curiosa na tentativa de
evitar mais administração de antibióticos, sig
Diagnostico foi feito SAT (sem documentação comprobatória)

Prescrição Encaminhado ao centro cirúrgico para lim
cura e desbridamento, sem possibilidade de
osteossíntese neste tempo de vida e evolução de

DR. Gerson Augusto Santa Cruz
Ortopedia
CRM-PB 572



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

25/07/2017 - Psicologia

Realizado atendimento + suporte psic. e orient.

Ana Nery de Medeiros
Psicóloga Clínica e Hospitalar
357228.004-49
CRP 1312958

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Gustavo Eudes de S.</u>		Data da Admissão: <u>21/07/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: <u>20</u>	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1/</u>	
QPD: <u>Unidade de Uti em dor no fêmur e mão D.</u>			
HDA: <u>Acidente de trânsito de automóvel motorizado, encaminhado ao Hospital de Trauma conforme protocolo apresentando múltiplas fraturas de fêmur do membro D. a 21h de am 26/07/18, Mandato de comparecimento</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudore <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoco: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrímento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposu <input type="checkbox"/> Deformidade <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> 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: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] 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: *Exames de sangue e urina para diabetes e hipertensão*

Hipóteses Diagnósticas: *pat. de ossos do antebraço D +*

pat. de ossos do braço D. Exérese.

Conduta: *Intervenção pl. Exérese*

LNC + reeducação + fisioterapia.

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Médico

CRM 10933-PA

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



Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

Biópsia de Congelamento: 1 () Sim 2 () Não

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 () Não

Descreva:

Int. multi cirurgia

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

2

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Int. no abd. 0

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Anestesia:

Tipo Anestesia:

Horário:

Instrumentador:

3º Assistente:

Cirurgião:

Data: 29/03/12

Idade:

Sexo:

Cor:

Clinica:

EMP:

LR:

Registro:

RELATÓRIO DE CIRURGIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GOVERNADOR TARCÍSIO RUFINO
MANGABEIRA
Complexo Hospitalar

JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE SAÚDE



Posição e Preparo:

- Pouente em deslito dond no oventu
- Anepi / stisip
- Agor, de comp stisip
- Isen em psc dond e nbn de

Incisão:

- Durch per glas
- Restyl red ante de puter

Achados:

1. H_2O H_2O H_2O c/ H_2O DCP
 2. H_2O H_2O H_2O H_2O H_2O H_2O
 - Realizado sobre o nível do terreno do
 nível D H_2O H_2O c/ H_2O DCP 6
 3. H_2O H_2O H_2O H_2O H_2O H_2O
 - Verificar o nível c/ H_2O 9%.

Conduta:

- Daten für Planung
- Contin...

Fechamento:

OBS:

Data: 24 / 07 / 23

Jr Carlos Frederico W de Miranda Jr
CRM - PB 10.039
TEOD 10.039
Pela Anamniotologia

MÉDICO/CRM

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 DDH sob anestesia (2) antiseptia + drapejo (3) abertura de grupos estômicos
Incisão:	
Achados:	(1) frnt. de ossos da cavidade D + frnt. de ossos da cavidade D
Conduta:	(1) lavagem mecânica das cavidades com solução fisiológica a 0,9% (2) hemostase do tecido desvascularizado (3) sutura do pele + limbo
Fechamento:	(1) fechamento do ferimento com gaze estéril (2) atalaia para imobilização (3) aplicação de curativo
OBS:	

Data: 21/02/17

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM 10933-PB
MÉDICO/CRM

Rit D

Alcides

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Emiliano Mendes de M</u>				Registro:	
Idade: <u>22a</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>21/07/17</u>	Cirurgião: <u>Dr. André</u>			1º Assistente: <u>T. apol</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Jomar</u>		Tipo Anestesia: <u>Bloqueio</u>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Ex. apendicite do ceco do quadrante D</u>					
<u>+ hist. Bico da mão D.</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Ótimo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>LAC + Desbridamento</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) 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 <u>Guilherme Farias de A.</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO

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

DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Ext. em ortopedia</u>	CID
--	-----

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

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

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

PROCEDIMENTO REALIZADO:	
-------------------------	--

<u>Tratamento cirúrgico</u>	
-----------------------------	--

TERAPÊUTICA 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, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)	
--	--

<u>Paciente submetido a tratamento cirúrgico</u>	
--	--

--	--

--	--

--	--

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: <u>livre</u>	
---------------------	--

REPOUSO: Relativo em casa por <u>30</u> dias.	
---	--

Retorno às atividades sem esforço físico em <u>60</u> dias.	
---	--

Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>90</u> dias e com esforço maior em <u>120</u> 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 _____.	
--	--

30/03/22	DATA
----------	------


Ass. MÉDICO / CRM	
-------------------	--

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





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Convênios do Seguro DPVAT

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: 702 403 404-18 CPF da Vítima: 702 403 404-18 Nome completo da vítima: Gustavo E. de Sá Cabaleante

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Gustavo Eodras de Sá Cabaleante CPF titular da conta: 702 403 404-18 Profissão: autônomo
Endereço: Rua Maria Pacheco Número: 1.004 Complemento:
Bairro: Citizinho Cidade: São Paulo - PB Estado: Paraíba CEP: 58088520
Email: 996476765

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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
NRQ:

0036

D/V

CONTA
NRQ:

87976

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome:

SINCOR/PB

AGÊNCIA
NRQ:

19 JUN. 2018

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a 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.

São Paulo, 30 de maio de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



SINCOR/PB
19 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

CAIXA
CAIXA TECNOLÓGICA FEDERAL

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,DQC HISTÓRICO	
	SALDO ANTERIOR	0,00
RESUMO EM 29/05		
	SALDO	0,00
RESUMO DO DIA		
	SALDO BLOQUEADO	0,00
	SALDO DISPONÍVEL	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

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gustavo Esdras de Sá Cavaleante

RG nº 4050997, data de expedição 07/05/12, Órgão SSP/PB

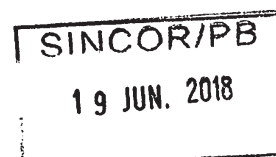
CPF nº 702403040-1 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Marta Pacheco</u>
Número	<u>Nº 1004</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Quitzeiro</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58088520</u>
Telefone de Contato	<u>926476765</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 30/05/2018

Assinatura do Declarante: Gustavo Esdras de Sá Cavaleante



CONFERIDO COM O ORIGINAL





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.016-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

498831

N.º OSP

17301310

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
001 017 030 0010 000 000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A964013085	06/05/1996	JARDIM	1.147A170	1.147A170	IBRAIM NATA	

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 a 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



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

82690000004 1 61950010001 8 00049883101 5 73013101215 7



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 027 1234 (horário de atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 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 pelo 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 Edson de Sá Cavalcante (CPI da Vítima) 70240340418 Data do Acidente 21.07.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

(CPI do Representante Legal)

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias de prazo para o DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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 da avaliação da minha situação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, com a realização da perícia para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do Sistema de Seguro DPVAT (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.

TJA 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 1/1/, 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 Eschas de Sá Cavaleante,
cujo o condutor era Gustavo Eschas de Sá Cavaleante

Veículo.....: HONDA XRE-300
Ano.....: 2013
Modelo.....: 2013
Placa.....: 0 GG 5296/PB
Chassi.....: 9C2ND1110DRO19111
Data do acidente.: 20.07.2017
Local e data.....: João Pessoa, 30.05.2018

Vinicius Rodolfo Silva Souza
TOSCANO DE BRITO
2º OFÍCIO DE NOTAS
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Gustavo Eschas de Sá Cavaleante
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
www.toscanodebrito.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de
VINICIUS RODOLFO SILVA SOUZA
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 08/02/2018 13:54:17
Marcos Alfredo da Rocha Silva - Escrevente
[2018-001900] EMOL:R\$ 77,48 FAREN:R\$ 0,28 FEPD:R\$ 1,00 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AGE85399-0700
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.rs.br>



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

19 JUN. 2018





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 corto-contuso em 1/3 proximal de perna direita e com deformidade anatômica em antebraço direito. Presença de ferimento corto-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
RX de antebraço direito.

RESULTADOS DOS EXAMES:

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

SINCOR/PB

19 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

TRATAMENTO:

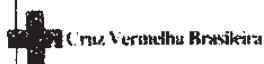
Sutura do ferimento. Devido as fraturas o paciente foi transferido para o Ortotrauma de Mangabeira para tratamento cirurgico das fraturas, conforme pactuação. Tala axilo-palmar direita.

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





12108

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, sn - 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
Mãe MARIA LUCIA DE SA	Pai JOAO DE SA CAVALCANTE	Religião
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO	Prontuário
DDD Móvel 84	Fone Móvel 00000000	DDD Fixo
Tipo documento	Número documento	Fone Fixo
Local de procedência CRUZ DAS ARMAS	Nº Cns	
Email	Naturalidade	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58088520	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro MARTA PACHECO
Número 1004	Complemento	Bairro OUTEIRO	

Admissão

Data e Hora 20/07/2017 22:27:40	Número da pulseira 1000004187782	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente SAMU	
Caráter 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
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos paciente vítima acidente moto consciente, orientado suspeito fratura M50 + M51 direita envolvido						
Diagnóstico Enfermeira CAREN R. 448902						CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA						Tempo 40seg

Imprimir

20/07/2017 22:27





GOVERNO DO PARANÁ



GOVERNO DO PARANÁ



GOVERNO DO PARANÁ

POSTO 14
Endereço INTERNO S/N - 1040 FESSOA - PB - 14114-141
CEP: 14114-141
CNES: 61546

Paciente	GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE	DATA	10/15/2018	DESCRIÇÃO	ACIDENTE DE TRAFEGO	DATA DO EXAME	10/15/2018
Data de nascimento	10/03/1985	Idade	33	Sexo	Masculino	Forma de contato	000000000
Mãe	MARIA LUCIA DE SA						
Endereço	MARIA RICHEDI 1040	Endereço	ORFENHO	Endereço	ORFENHO		
Acidente	VEICULO X MOTO	Local	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Local	MUNICÍPIO DE DOUGRIPOL		
Data de classificação	20/07/2018						

Anamnese
PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO (SIC) NEGA VOMITO, DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇAS DE BASE. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUNEICO, RES. SEM SANGUE EM VÔMITO, EMETATO, ACIDIADE VISUAL, EMETATO, ACIDIADE VISUAL E MANDIBULARES RESERVADOS, NAO DESEJA RESERVAIS DE RESERVAIS DOS DESSO DAFAGE. COE EXAME FISICO 2) SUPURA ORIENTAG OES SI ATABME.

Conduta
Paciente encaminhado com sucesso para a seção

ALBINO DE MONTAGNANO
CONCEICAO MATHIAS
10/15/2018

MURILO MENDES DURADO
(1540104)

GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE



Approved by ORES: _____

100

Conclusão:
 Paciente encaminhado com sucesso para o tratamento.

FRANCISCO ONILIO DE MELO E DIAS
15742 PB

G STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE



GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES
(9456/PB)

Dr. Matheus Mozart
Ortodontologia
CRM 9456

Alta médica

Conduta

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: DIREITA)

PROCEDIMENTO

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 1,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/SM)

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

CEFALGINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 G VIA E.V., AGORA

MEDICAÇÃO

ACIDENTE DE MOTO DOR + DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO DIREITO + ESCORIAÇÕES EM MEMB SUP. LESAÇÃO CORTO CONTUSA EM PERNA DIREITA. MECANISMO EXTENSOR DA PERNA DIREITA SEM ALTERAÇÕES. AO RX: FX DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO + FX DE 5ª METACARPO DIREITO + FX DE FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO MAO DIREITA. CD: ENCAMINHAMENTO AO ORTODONTIA CONFORME PACIFICAÇÃO

Anamnese

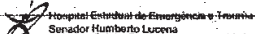
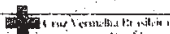
Paciente	GUSTAVO ESDRAS DE SA CAVALCANTE	BAE	1015048	Data/Hora Entrada	20/07/2017 22:27:40	Data/Baixa	
Data de nascimento	10/03/1996	Idade	21	Sexo	Masculino	CNS	
Endereço	MARIA LUCIA DE SA	Município	JOAO PESSOA	UF	PB	Prontuário	
Acidente	MARTA PACHECO, 1004	Bairro	OUTEIRO	Profissional	JOAO PESSOA	Nº Cons. Regional	9456/PB
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Motivo		Profissional	MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES	Nº Cons. Regional	9456/PB
Data/Hora Classificação	20/07/2017 22:27:40	Data/Hora Prescrição	21/07/2017 00:21:26				

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090
ÁREA AMARELA
Tel: 32165700
CNPES: 454554

GOVERNO DA PARAIBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Unidade Brasileira



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

MEDICAMENTOS PRESCRITOS


Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aproximado
1 CEFALOTINA 1G	2.0	G		EV.		AGORA		
2 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	1.0	ML		EV.		AGORA		
3 TETANOGAMMA	1.0	UI		INTRAMUSCULAR		AGORA		

MATHEUS MOZART SILVEIRA
CRM: 9456

Dr. Matheus Mozart Silveira
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura Profissional
21 de Julho de 2017




 Cruz Vermelha Brasileira


 Hospital Estadual de Emergência e Trauma
 Senador Humberto Lucena


 GOVERNO
 DA PARAIBA

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	CNS
Mãe MARIA LUCIA DE SA			Telefone de Contato (00) 00000000
Endereço MARTA PACHECO, 1004	Bairro OUTEIRO	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTO CICLISTA	Profissional GUSTAVO FARIAS 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 PERNA DIREITA E DEFORMIDADE ANATômICA EM ANTEBRAÇO IPSILATERAL ASSOCIADA A FERIMENTO SOLICITO RXS

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

Conduta

Em observação


 Dr. Gustavo Farias Mendonça
 033.006786

 GUSTAVO FARIAS 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 destacamento 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 inócua. 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.



João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara

Juíza de Direito



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: **BRDESCO 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 cópia. dou Fé.

João Pessoa, 23 de julho de 2019.

Antonio F. Albuquerque Matric. 474055-6

Oficial de justiça



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

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/](http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam)
[listView.seam](http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam)

ID do documento: 22827743



19071817184223500000022145104

Imprimir


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

