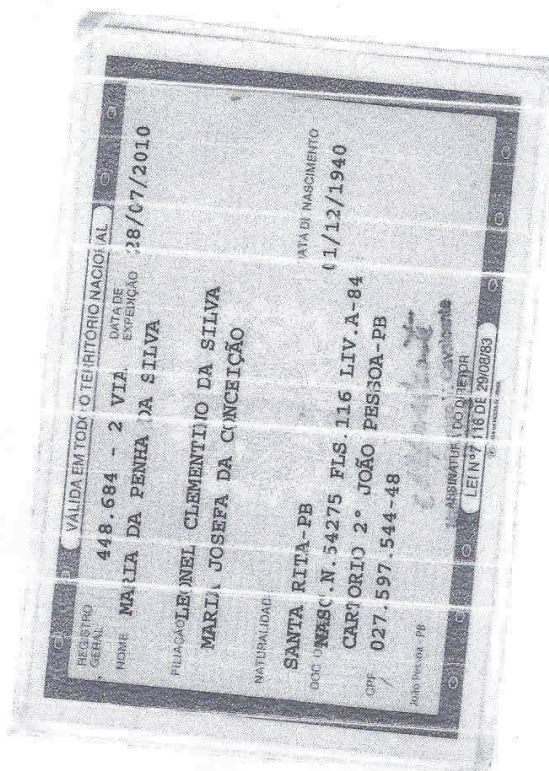




Hipercard



CTC RECIFE IIA PIS
GERLANIA MARIA DA CRUZ
AV MARIA DA LUZ 174
NOVAIS
58088-500 JOAO PESSOA PB

PC-15



Postagem: 05/05/2016
Validade: 15/05/2016
Emissão: 04/05/2016
32110412: 0386690000200435 0305 6 Fechamento: última fatura: 10/06/2016

*CELIA - 1.111.33
LUCIA - 311.68-665-1
GERLANIA
ATACADO - 220.00*

Resumo da fatura em R\$	
Total da fatura anterior	1.916,29
Pagamentos efetuados	(920,00)
Saldo a receber	- 3,80
Ferenciamento (financiamento + multa) (total)	81,88
Pagamentos atuais	(233,97)
Total da fatura	2.332,05

Titular **GERLANIA MARIA DA CRUZ**
Cartão **6062.1 XXXX.XXXX.0262**

Para que esperar a fatura? Pressione a tecla 1 para a fatura de 30 dias e a tecla 2 para a fatura de 60 dias.

15/05/2016

2.332,05

128,26

258,36

294,61



Facilite sua vida.

Deixe em qualquer ponto de atendimento a sua fatura digitalizada e receba a fatura em e-mail e SMS.

Limites de crédito R\$
Limite total de crédito 8.500,00
Limite utilizado no mês 2.245,92
Limite de crédito disponível 6.254,08
Regra de recursos: Parcial (pre)

Pagamentos efetuados	
DVIA	VENCIMENTO R\$
18/01	PAGAMENTO FICHA CC MPENS 620,00
18/01	PAGAMENTO FICHA CC MPENS 600,00
18/01	PAGAMENTO FICHA CC MPENS 700,00
Total	1.920,00

Lancamentos, compras e saques

GERLANIA MARIA CRUZ (fmr: 10262)	
DVIA	VENCIMENTO R\$
01/05	MERCADOPAGO 12,12
01/05	SANTANA DE PA 14,76 X
01/05	MERCADOPAGO 12,12
01/05	SANTANA DE PA 16,01 X
07/08	ATACADO DOS ELETT 09/10 69,91
07/08	ATACADO DOS ELETT 09/10 77,61

Compre presencialmente de crédito com chip e senha pessoal intrínseca.



Banco Itaú S.A. 341-7
Número de documento
Nome do beneficiário (CPF)
Nome do beneficiário (CPF)
Endereço do beneficiário

34191.75371.5961.9.512047.00173.091.0028.000
00 37596095/0197819
GERLANIA MARIA DA CRUZ - 593.111.674-87
Hipercard Itaú S.A. - 01.01.2.0/00148
Av. Itaipava, 211, Pa. Grande, Recife - PE

recebido do pagador
Número do documento
Valor do documento
Versão
Assinatura do pagador

PROCURAÇÃO

Por este instrumento particular de procuração, o **OUTORGANTE** abaixo qualificado, nomeia e constitui suas bastantes procuradoras **JAQUELINE FIGUEIREDO VIANA**, brasileira, casada, advogada, inscrita sob o número 22056 na OAB/PB e **JACIANA SUENNE BATISTA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita sob o número 22028 na OAB/PB, ambas com escritório à Rua Presidente Ranieri Mazilli, nº 2010, Bairro Cristo Redentor - em João Pessoa-PB, outorgando-lhes todos os poderes contidos na cláusula "ad judicium" e extra judiciais, para que proceda todos os atos necessários à defesa dos seus direitos e interesses, em qualquer foro ou instância ou onde se fizer necessário, transigir, desistir, firmar compromisso, levantar, receber, dar quitação, requerer execução de sentença e substabelecer.

NOME:

Gerlânia M^a da Cruz

QUALIFICAÇÃO CIVIL:

Cooperadora

CPF:

89311167487

ENDEREÇO:

R: Cruzzeiro do Sul nº 173
Cruz das Armas

CEP:

58071-680

Gerlânia M^a da Cruz

Outorgante

João Pessoa-PB, 31 de julho de 2017.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Gerlânia M^a da Cruz
brasileira, solteira, copieira, residente à
rua Brazuca do sul, Cruz das Armas.

declaro que não posso suportar com as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos do novo Código de Processo Civil Art. 98 e ss e da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção. Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal. '

Por ser verdade, firmo o presente.

João Pessoa, 31/07/2017

Gerlânia M^a da Cruz





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa - PB, CEP: 58076-005



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 036/2016

Aos seis dias do mês de janeiro do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 10:05h, compareceu o (a) Senhor (a): **GERLÂNIA MARIA DA CRUZ**, brasileira, natural de João Pessoa/PB, solteira, com 42 anos de idade, Copeira, Ensino Médio, filha de Francisco da Cruz e de Maria da Penha da Silva, RG. 1.697.485-SSP/PB, residente na Rua Marta da Luz, nº 174, Bairro dos Novais, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 17/10/15, por volta das 17:00h, quando sua genitora de nome **MARIA DA PENHA DA SILVA**, brasileira, natural de Santa Rita/PB, solteira, com 76 anos de idade, Pensionista, Alfabetizada, filha de Leonel Clementino da Silva e de Maria Josefa da Conceição, RG. 448.684-SSP/PB, atravessava a Rua Cel. Adolfo Massa, no Bairro dos Novais, nesta cidade de João Pessoa/PB, foi atropelada por um veículo de placa não identificada, tendo esta sofrido trauma na perna esquerda e pé esquerdo, sendo conduzida ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 06 de janeiro de 2016.

Gerlânia M. da Cruz
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão da Polícia Civil
Mat. 195.692-3
Escrivão

Serviço Registral Marques Costa - IIº Ofício
Autentico esta fotocópia reprodução fiel do original. Dou fé.
25/10/16
Selo Digital ADA22603-EYC3 #
João Pessoa
AA194452
Autentico a autenticidade em <https://eolodigital.tjpb.jus.br>
Av. Cruz das Armas, 5142 - SL 02 - T. Id. Funcionários - CEP: 58087-000 - João Pessoa - PB
Fone: (83) 3238-5689 - e-mail: srml11@hotmail.com - CNPJ: 11.903.335/0001-93





CERTIDÃO

Nº. 2798/2015

Atendendo solicitação de **MARIA DA PENHA DA SILVA** 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 nº 799034 e Prontuário Nº 2014.07.003022 pertencente a requerente que foi atendida no dia 17/10/2015 às 18h20min, vítima de atropelamento, apresentando trauma na perna e pé esquerdo.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de halux esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 17/10/2015 com alta dia 18/10/2015

E para constar eu, **SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA**, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 23 de novembro de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





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



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Cajuana, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 605/119, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 994887, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARIA DA PENHA DA SILVA** idade 75 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Atropelamento)** no dia 17/10/2015, na Rua Coronel Adolfo Massa, Bairro: Novais - João Pessoa - aproximadamente às 17:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 31 de Maio de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Coordenador
CNS 548.805.10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

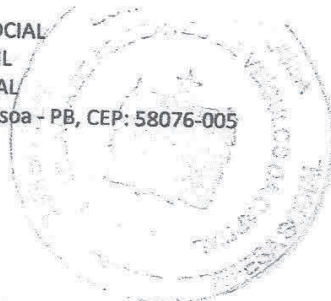
Jefferson da Rocha Augusto - 1º Oficial
Cláudia Cristina Lima Marinho
Téc. de Saúde
25/10/16
Assinatura e autenticação eletrônica: https://selodigital.tjpb.jus.br
AA194451
Fone: (33) 3333-3333 - CNPJ: 11.933.333/0001-03

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa - PB, CEP: 58076-005



Requisição de exame nº 040/2016

Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO

Autoridade requisitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital
João Pessoa (PB), 28 de janeiro de 2016.

OBS:

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

- ❖ Nome: MARIA DA PENHA DA SILVA
- ❖ Nacionalidade: Brasileira
- ❖ Naturalidade: Santa Rita/PB
- ❖ Estado civil: solteira
- ❖ Idade: 76 anos
- ❖ Profissão: Pensionista
- ❖ Escolaridade: Alfabetizada
- ❖ Filiação: Leonel Clementino da Silva e de Maria Josefa da Conceição
- ❖ Documento de Identidade: 448.684-SSP/PB
- ❖ Endereço: Rua Marta da Luz, nº 174, Bairro dos Novais, nesta capital
- ❖ Telefone: (83)

Histórico: Vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 17/10/15, por volta das 17:00h, na Rua Cel. Adolfo Massa, no Bairro dos Novais, nesta cidade de João Pessoa/PB.


Francisco Deusdedit Leitão Filho
Delegado de Polícia Civil

Ilustríssimo Senhor
Dr. Fábio de Almeida Gomes
MD. Gerente Executivo de Medicina e
Odontologia Legal/GEMOL/SEDS.





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: M^o da Penha Silva

B

via oral

1) Ciprofloxacina - 01 x
500mg

tomar 01 comp. de
12/12h por 10 dias.

2) Paracetamol - 01 x
100mg

tomar 01 comp. de
12/12h

Dr. Alexandre Galvão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9128 SBT 9603

Assinatura e Carimbo

ANT. N.º 100 DISPENSADO	
EXIBINDO IMPOSTOS PAGUE MENOS	
CNPJ 06.626.253/0149-80	
R. Cruz das Armas, 2802 - Cruz das Armas - João Pessoa - PB	
AD. NOME - IDADE: <u>74</u>	SEXO: <u>FEM</u>
MEDICAMENTO: <u>Ciprofloxacina</u>	
QUANT. <u>300</u>	LOTE <u>914</u>
DATA <u>29/10/15</u>	
VENDEDOR	FARMACÊUTICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 799034

Atd: Nao Regular

Data: 17/10/2015

Hora: 18:20:43

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARIA DA PENHA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 5

Num. Prontuario: 2014.07.003022

CNS: 898000508140783 Sexo: F IDENTIDADE: 448684 Fone: 88081027

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/12/1940 Id: 74 ano(s)

End.: RUA MARTA DA LUZ = CASA = PX. PONTO FINAL DE ONIBUS JD. PLANALTO, 174 FILHAS - GEILZA =

Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: LEONEL CLEMENTINO DA SILVA

Mae: MARIA JOSEFA DA CONCEICAO

Ocupação: PENSIONISTA

INFORMACOES DE ENTRADA

sp.: FILHA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO; SD

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

rc. Abd: O2%:

Queixa Principal

FRATURA EXPOSTA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM PERCA DE SUBSTANCIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA DESMAIO E VOMITO. TRAZIDO PELO SAMU PROTOCOLO 994887

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

fratura exposta no membro inferior esquerdo com perda de substancia

Diagnostico

| Conduta

Prescrição

| Horario da medicacao

av. analgesico



test / Haly
ndy / ead
essent
Ciblo en gel

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

18:45 0170.

pt cl histórico de otopneumonia
no ± 1h. presente extenso flúmen
no pt esquerdo com perda de
substância

Rx: Fratura aberta Haly.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Otdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucão
				Col: 05 RL 600ml R. 2 ^a
				19:00 3 Eto colina 2amp + AD
				19:00 4 Trilofil 1 amp. + AD
				19:00 5 SAT 1 amp. 1ml
				19:00 6 Preparar p/ Bloco C

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Marcelo do Penha do Siqueira</i>		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>74</i>	SEXO <i>M</i>	COR	CLÍNICA
DATA DE ADMISSÃO <i>17-10-15</i>		DATA DE ALTA <i>18-10-15</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>Fratura pi. exposta @</i>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES <i>Exame físico pi @</i>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Procedimento cirúrgico fratura exposta</i>			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA <i>e exame físico pi @</i>			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO			
COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA			
☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias.
	Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
	Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ 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 revisão.

DATA <i>18-10-15</i>	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	
CRM: 1113 - TEOT 13401	



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2017

Carta nº: 10892642

A/C: MARIA DA PENHA DA SILVA

Sinistro: **3160687497 ASL-1152858/16**
Vítima: **MARIA DA PENHA DA SILVA**
Data Acidente: **17/10/2015**
Natureza: **INVALIDEZ**
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder-DPVAT x 10059587.pdf x

https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Apps Entrar Magazine Lsi Support Info Leandre Importar tudo aqui Certificação Profissional novo acordo ortográfico Outros favoritos

ACESSIBILIDADE

Nova Consulta

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documento Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados
Informações Gerais

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de

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

SINISTRO 3160687497 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DA PENHA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO MARIA DA PENHA DA SILVA
CPF/CNPJ: 02759754448

Posição em 18-01-2018 16:45:19
Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
2º Cartório Unificado de Família – Comarca da Capital
Juízo de Direito da 6ª Vara de Família da Capital

Fórum Cível Dês. Mário Moacyr Porto
Avenida João Machado, s/nº, Jaguaribe – João Pessoa Fone (83) 3208-2445/3208-2452 – Fax: (83) 3208-2446
Home page: <http://www.tjpb.jus.br> E-mail: jpa.6varafamilia@tjpb.jus.br

CERTIDÃO

CERTIFICO, por dever de ofício, e a requerimento verbal de pessoa interessada, que por este Juízo e Cartório da 6ª Vara de Família da Capital, tramitam os autos da Ação de Interdição, tombada sob o nº **0823817-58.2015.8.15.2001**, que move **GERLÂNIA MARIA DA CRUZ** em face de **MARIA DA PENHA DA SILVA**, distribuída em 24/09/2015, tendo o MM. Juiz titular deste Juízo deferido o pedido de curatela provisória do(a) interditando(a) em favor da parte autora em **06 de outubro de 2015** (ID 2162277, dos referidos autos), circunstância que se encontra ainda em voga, encontrando-se o sobredito feito no aguardo do cumprimento de diligências para fins de produção de prova pericial (exame de sanidade mental), pelo que lavro a presente certidão.

O referido é verdade. Dou fé.

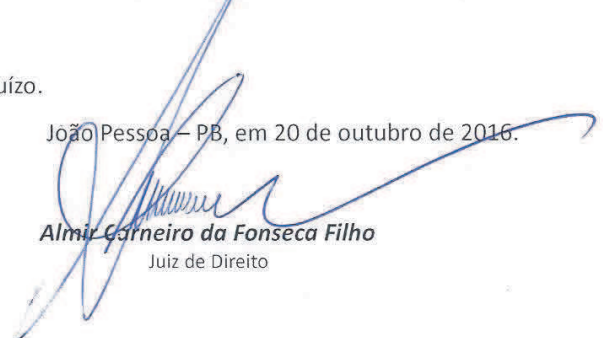
2º Cartório Unificado de Família da Comarca da Capital, em **20 de outubro de 2016**.


João Paulo Lins Ferreira

Técnico Judiciário – Matr. 474.204-4
2º Cartório Unificado de Família – Comarca da Capital

Visto do juízo.

João Pessoa – PB, em 20 de outubro de 2016.


Almir Carneiro da Fonseca Filho

Juiz de Direito



Nº do Processo: 0804518-90.2018.8.15.2001
 Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM (7)
 Assuntos: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
 AUTOR: MARIA DA PENHA DA SILVA
 RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A