

## PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

### OUTORGANTE(S):

Nome: Corne Barroso de Oliveira,  
Identidade: 92475. SSP/PB, CPF: 910.215.374-20,  
endereço: Rua Luiz de Souza Primo, s/nº,  
Casa, município Maracá PB, CEP: 58.935-000,  
Tel: (83) 9 9934-6952; (83) 9 9938-6214

### OUTORGADO(S):

OUTORGADOS: THALITA PIMENTEL DE SOUSA, brasileira, inscrita na OAB/PB sob o número 23.687, com endereço profissional na Av. Bossuet Wanderley, 916, Patos-PB. (83) 9 9651-8077 e DEJAIR QUEIROZ DE ARAÚJO, brasileiro, acadêmico de Direito, CPF: 041.095.504-32, com escritório localizado na Rua Titico Gomes, 405, Belo Horizonte, Patos/PB;

### PODERES:

A quem confere(m) amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad iudicia", para representá-lo (la) e defender os interesses e Direitos do (a) OUTORGANTE (s) nas Ações e Processos em seus nomes, notadamente, na presente ação até sentença, onde se apresentar como autores, réus, assistentes, em qualquer instância judicial e ou nas extrajudiciais, podendo variar ações, recorrer, requerer e habilitar-se em seu nome e por conta, tomar vistas em outros processos, transferir, modificar e/ou extinguir direitos, desistir, transigir, efetuar e assinar acordos e cessões de crédito, renunciar, ajuizar ações, representá-lo (la) em audiência de conciliação e julgamento, dar e receber alvarás como se presente fosse, nos termos do art. 477 e 488, do CPC, bem como, praticar todos os atos inerentes ao bom desempenho do presente mandato, podendo, ainda, praticar todos os atos "ad negotia" de interesse do OUTORGANTE(s), agindo para tanto em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer os poderes que lhes foram outorgados especialmente, na pessoa de outro profissional, com ou sem reservas, tudo com o fim de levar a bom termo seus interesses, em especial para representar o outorgante no requerimento do seguro DPVAT. E dando tudo por bom, firme e valioso firma a presente procuração.

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA:

Declaram para fins de Direito, sob as penas da Lei nº. 1.060/50, que não possui condições de arcar com as custas processuais, sem comprometer o próprio sustento e de sua família.

### AUTORIZAÇÃO:

Custas e despesas processuais ficam à cargo do(a) Outorgante. Válido como contrato entre as partes. Fica estipulado os honorários contratuais em 30% sob todos os valores líquidos recebidos em caso de sucesso na demanda. Os documentos foram apresentados digitalizados e não em originais, não tendo responsabilidade o outorgado sobre os documentos do outorgante.

Maracá (PB), 02 de Julho de 2018.

Corne Barroso de Oliveira  
OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

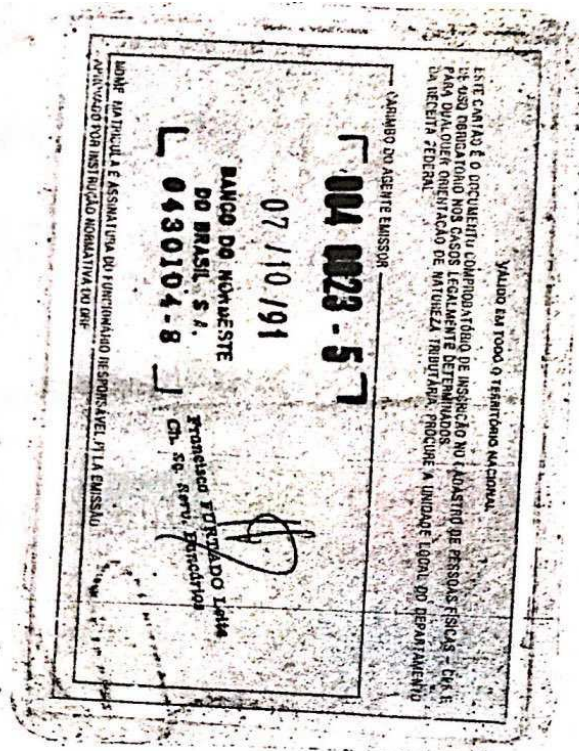
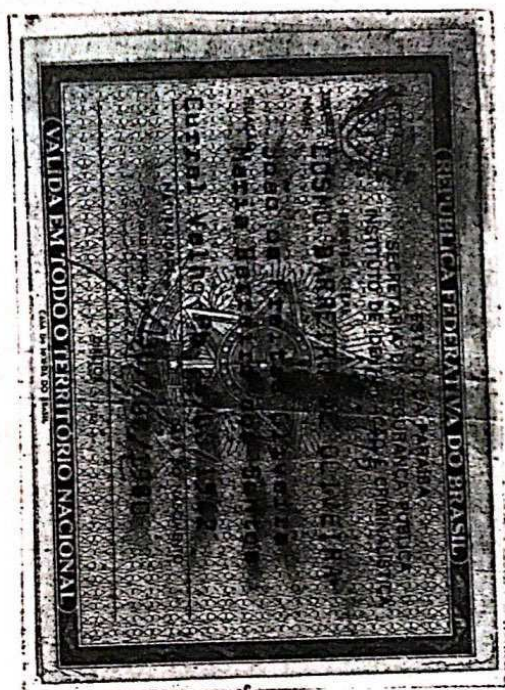
Eu, Cosme Barreiro de Oliveira,  
DECLARO, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

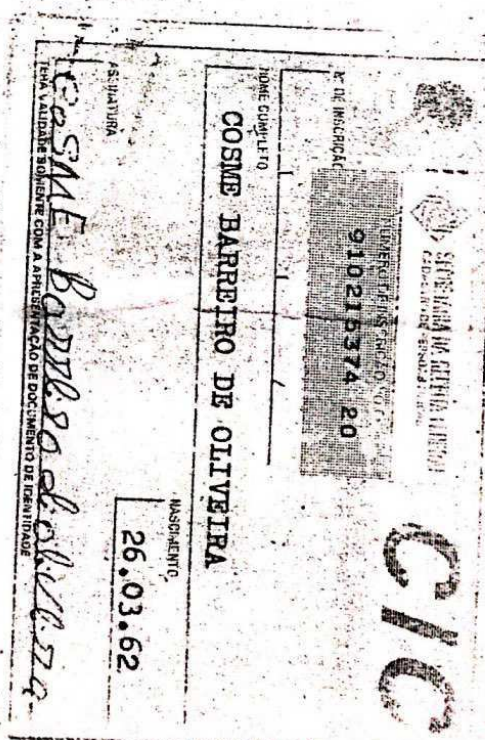
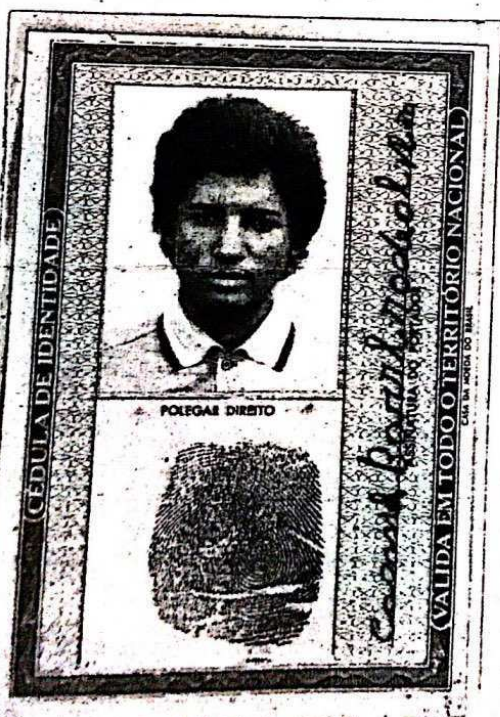
Roraima, 02 de setembro de 2018.

Cosmo Barreiro de Oliveira





**Assessoria**  
**SEGURO DPVAT**  
FONE: (83) 3421-8003  
**Dejair Queiroz**  
ACADÊMICO DE DIREITO



Scanned with CamScanner

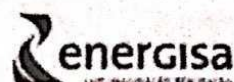


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via do conta.

Basta para completo pagamento da nota fiscal de energia elétrica Nº 001.272.143



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.995.193 / 0001-40 Ins. Est. 16.815.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DO CARMO DE FREITAS  
RUA LUIZ DE SOUZA PRIMO S/N CASA  
MANAIRA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1523903-1

## REFERÊNCIA

NOV/2017

## APRESENTAÇÃO

28/11/2017

## CONSUMO

24

## VENCIMENTO

05/12/2017

## TOTAL A PAGAR

R\$ 17,58

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ESTIQUETE AQUI

MARIA DO CARMO DE FREITAS

Rotelero: 16-169-450-6185

83630000000-4 17580054000-7 15239032017-3 11000169019-4

## VENCIMENTO

05/12/2017

## TOTAL A PAGAR

R\$ 17,58

## MATRÍCULA

1523903-2017-11-0



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: THALITA PIMENTEL DE SOUSA - 17/08/2018 18:01:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18081718002574500000015620055>

Número do documento: 18081718002574500000015620055

Num. 16023480 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



## CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro de Registro de Ocorrências desta Delegacia, nº **002/2015**, encontrei uma **Ocorrência Policial Nº 481/2015**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos 09 dias do mês de **SETEMBRO** do ano de **DOIS MIL E QUINZE**, nesta cidade de Princesa Isabel/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Dr. **Darcinaura Alves de Assis**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado. Ai por volta das 09h00min compareceu **COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA**, brasileiro, casado, agricultor, nascido aos 26.03.1962, com 53 anos de idade, filho de João de Freitas Oliveira e de Maria Barreiro dos Santos, RG Nº 792.775 – SSP/PB, residente na Rua Luiz de Sousa Primo, s/n, centro, Manaíra/PB, a fim de prestar a seguinte ocorrência: **QUE no dia de 14 (quatorze) de fevereiro do corrente ano, encontrava-se trafegando na garupa de uma motocicleta, conduzida por LEANDRO ALVES DE FREITAS, quando nas proximidades do Sítio Catolé, rodovia que liga a cidade de Manaíra a Santana de Mangueira, o condutor perdeu o controle da moto em uma curva e veio a cair no chão; QUE o noticiante encontrava-se na garupa da motocicleta de PLACA MOI 9004/PB, chassi 9C2JC30708R249660, cor PRETA, MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN, em nome de Cirlândia Viturino da Silva; QUE fora socorrido pelo Samu e levado para o HRPI, mas que devido aos ferimentos fora levado para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB. O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).**

Notificante: *Cosmo Barreiro de Oliveira*

*[Assinatura]* 160.004-4



Scanned with CamScanner



## DENATRAN

VIA	COD. RENDIMENTO	701-400006553A	75x80clit.
	1-0011903201-HS	00X000000000	201

CPH/CNPS PLACA  
08098618447  
-MOI9004/CPH

PLACA ANTIFURTO CHASSI  
NOVO 1-25 9035030700R2456600

ESPECIE	COMBUSTIVEL
FAE/MOTOCICLETA/NAO APITO	GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN		2008	2006
------------------	--	------	------

CAH / OI / CLE	2	P / 124 / CT	PARTE	CON FREDOMMANE
CAH / OI / CLE	2	P / 124 / CT	PARTE	CON FREDOMMANE

11	TPVA - PAGO EM	28/04/2014	1
	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS

FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 106 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) 106 (R\$)  
 \*\*\* \*\* SÉGURO 1 P A G O 28/04/2015

OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	

MANA PA PB LOCAL

05574346

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
/ AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU MAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011.46091.9747  
 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dprivatsegurodetransito.com.br](http://www.dprivatsegurodetransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 0221 204

EXERCÍCIO 7

2014

28/04/20

DA EMISSÃO

08098618447

00119032015 HONDA/CG 125 FAN

2008 9 9020630708R249660

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

[illegible]

SEGURO P A G O

**PARCELADO** **COTA ÚNICA**

**SEGUROADORA LIDER - DPVAT**

CNPJ: 09.248.608/0001-04  
 www.reguladoralder.com.br

388579422447040428

*[The page contains faint, illegible markings.]*

Número do documento: 18081718005368400000015620067

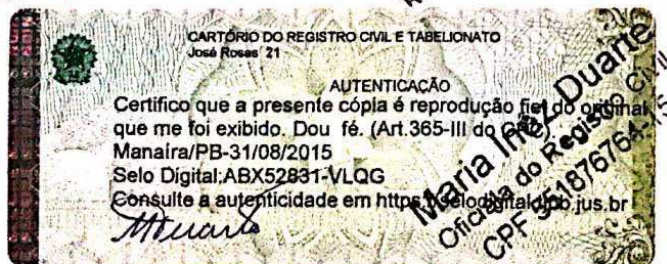
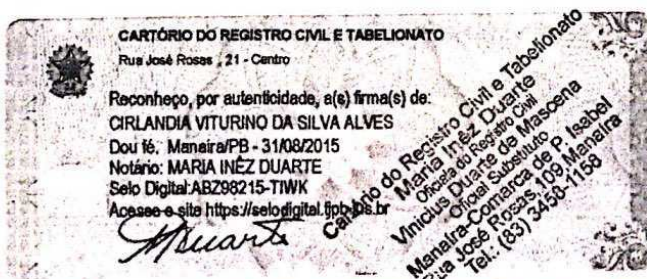
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CIRLANDIA VITURINO DA SILVA ALVES,  
RG nº 3432321, data de expedição 08/08/2006  
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 080.986.184-47, com  
domicílio na cidade de MANAIRA, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
PROFESSORA MARIA VILMA ROSA SIMÃO, nº 177,  
complemento MANAIRA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ROSMO BARREIRO DE OLIVEIRA, cujo o condutor era  
LEANDRO ALVES DE FREITAS.

Veículo: LANCIA C6 125 FAN  
Modelo: 2008  
Ano: 2008  
Placa: MDI 9004  
Chassi: 9C2 JE3070 RE249660  
Data do Acidente: 13/02/2015  
Local e Data: \_\_\_\_\_

Cirlandia Viturino da Silva Alves  
Assinatura do Declarante  
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Leandro Alves de Freitas  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)  
(Sem reconhecimento de firma)



# DECLARAÇÃO

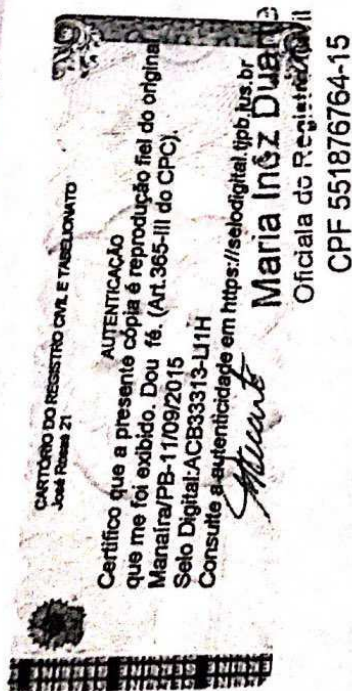
Declaro para os devidos fins, que a ficha original do (a)  
paciente **COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA**, portador (a) do  
RG de Nº **7.927.75 SDS-PB**, encontra-se em nossos arquivos.

Ficha de Atendimento Ambulatorial, Mês: **FEVEREIRO/2015**.

Princesa Isabel – PB, 04/09/2015.

**RICARDO PEREIRA DO NASCIMENTO**  
**DIRETOR GERAL**  
**MAT. 152.713-4**

ALAMEDA DAS ACÁCIAS, Nº 1444 –  
ALTO DO CASCAVEL - PRINCESA ISABEL - PB



**HOSPITAL - REGIONAL** ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
**Dep. José Pereira Lima**  
**PRINCESA ISABEL-PB** FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

COD.UNID. 2512309 CNPJ: 08.778.266/0039-33  
 NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL  
 ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL  
 CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: COSMO BARREIRO DE OLIVEIRA  
 Mãe: MARIA BARREIRO DOS SANTOS  
 Nascimento: 26/03/1962 Idade: 52 Cor: PARDA Sexo: M  
 Profissão: AGRICULTOR(A)  
 Endereço: RUA PROFESSORA MARIA VIMA COSMO SIMAO Num.:  
 Bairro: MATADOURO Fone: (83)9960-3073  
 Cidade: MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008  
 CNS: 706-3037-9211-6775 Identidade: 792775 SSP PB  
 CPF: Reg. Nasc.:  
 Data / Hora: 14/02/2015 16:35:18 Recepcionista: MARLENE  
 Ficha Número: 34418 23035

**MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS**

*Do Dr. José Pereira Lima*

*Do Dr. José Pereira Lima*

*Do Dr. José Pereira Lima*

**CARACTER DO ATENDIMENTO**

☐ 01 - ELETIVO  
☐ 02 - URGÊNCIA  
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

**PROCEDIMENTO Descrição**

*Tratado*

**DIAGNÓSTICO**

*Politraumático*

CID-10

**MEDICAÇÃO**

☒ 1. PRESCRITA  
☒ 2. APLICADA

**ENCAMINHAMENTO**

☐ OBSERVAÇÃO  
☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ RESIDÊNCIA  
☐ ÓBITO  
☐ INTERNAR  
☐ OUTROS

**SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO**

1-	0	3	0	1	0	6	0	0	6	1
2-										
3-										

**Ass. dos Serviços Especializados - carimbos**

*Dr. José Pereira Lima*

*Dr. José Pereira Lima*

*Dr. José Pereira Lima*

**ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSÁVEL**

*JOSE BATISTA DA SILVA - 2045 - 705-0018-2255-9355*

*ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo*

**ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - c**

*Verônica Viana Rodrigues*

*CPM 40.481.664-68*

*SUS: 33.333.3345*

**ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)**

*história de acidente de trânsito*

*com lesões múltiplas*

*na cabeça, tórax, abdome e membros*

*inferiores.*

*em situação grave.*

*em tratamento em U.S. Superior, dia 12/8.*

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)**

*coerente.*

**CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BAHIROS"**

*PRINCESA ISABEL - PB*

*Autenticado a presente cópia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.*

*Princesa Isabel - PB 09/09/2015 09:33:43*

*Maria Rodrigues dos Santos - Substituto*

*[2015-004431] END: 08 1 94 PRINCESA 0,23 FEVER 0,06*

*SELO DIGITAL: AC028917-1272*

*Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>*

**Cartão de Autenticação**

*que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)*

*Manaira/PB-11/08/2015*

*Selo Digital: ACB33312-X453*

*Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>*

*Manaira/PB-11/08/2015*

*Manaira/PB-11/08/2015*



PREFEITURA MUNICIPAL DE MANAÍRA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192  
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USB15



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA <u>14.08.15</u>	OCORRÊNCIA Nº <u>056</u>	PACIENTE / USUÁRIO <u>Osório Barreiros</u>	IDADE <u>52 anos</u>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA <u>Rua das Lacharias</u>		Bairro <u>Zona Rural</u>	MÉDICO REGULADOR <u>Dr. Wellington</u>	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HTCG RESPONSÁVEL: Dr. José de Sousa Filho FUNÇÃO: Neurocirurgião

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMP

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >

PA: 180 x 90 FC: 62 TEMP: \_\_\_\_\_ °C - GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl - E. Com a: \_\_\_\_\_ SpO2s/O2: 94%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☒ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☒ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

INTERVENÇÕES

Imobilização, Curativos

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente do sexo masculino 52 anos, consciente, orientado, faz uso de bebida alcoólica, com corte contuso no MSD, e suspeita de TCE. Contato encaminhado para HTCG, para avaliação do quadro.

CARTÃO DO REGISTRO CIVIL E TABELONATO  
José Elias 21

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)  
Manairá/PB-11/09/2015  
Selo Digital: ACB33310-WFAN  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Marlenez Duarte  
Oficial do Registro Civil

CPF: 551876764-15

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

**EXAME NEUROLÓGICO**

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

**EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS**

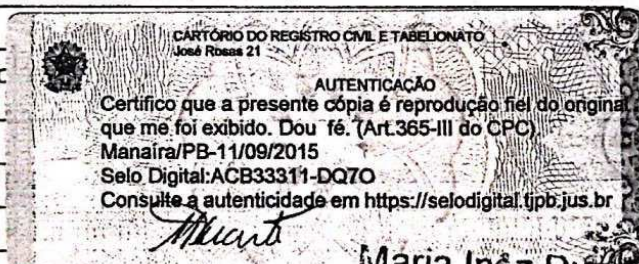
**DIAGNÓSTICOS**

**PROCEDIMENTOS**

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☒ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☒ CURATIVO  
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL  
☐ TALAS/TRACÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)**

**EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICO)**



**ENCAMINHAMENTO**

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

**POSIÇÃO DE TRANSPORTE**

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

**RECUSA**

NOME: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**

MÉDICO: Thalita Wytanney CRM: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): Simone Alexa COREN: 394233 MAT.: \_\_\_\_\_

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Eveline COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: Geovânio MAT.: \_\_\_\_\_



Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE



A A A

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Teclado.aspx)

Documentos Despesas Médicas

(/Pages/Documentacao-

Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente

(/Pages/Documentacao-

Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte

(/Pages/Documentacao-

Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(/Pages/Dicas-Indispensaveis-

Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

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

### SINISTRO 3160252687 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 91021537420

Posição em 04-12-2017 16:08:39

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

### PAGUE SEGURO

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

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

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

### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

### ASSINE NOSSA NEWSLETTE

Nome





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2016

Carta nº: 10091080

A/C: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160252687 ASL-0851433/16  
Vítima: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA  
Data Acidente: 14/02/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00369/00370 - carta\_04





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**2ª Vara Mista de Princesa Isabel**

**DESPACHO**

Vistos etc,

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800890-22.2018.8.15.031

Defiro o pedido de Justiça Gratuita, visto que preenchidos nos autos os requisitos formais exigidos pelo art. 98 do NCPC.

Em que pese a matéria discutida nos presentes autos admitir a autocomposição, verifica-se que a parte promovida, em demandas dessa natureza, só propõe eventual acordo após a realização de perícia judicial, de modo que se afigura desnecessária, desaconselhável e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional a designação de audiência inicial de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização. Nada impede, por sua vez, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar de eventual audiência de instrução (art. 359, NCPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3, §3, c/c art. 159, V, do NCPC).

**Cite-se** a parte promovida para, querendo, oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias.

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (NCPC, art. 344).

INTIMEM-SE E CUMPRA-SE.

Princesa Isabel/PB, 20 de agosto de 2017.

**Maria Eduarda Borges Araújo**



**Juiz de Direito**



ar



AR

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM DU RAISON SOCIAL DU DESTINATAIRE		DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE	
ENDEREÇO / ADRESSE		ENDEREÇO / ADRESSE	
Rua: <i>Senador Azevedo, s/n, Bairro: Centro</i> CEP / CODE POSTAL	Cidade / Localidade <i>At. Ribeirão</i>	UF	PAÍS / PAYS
Declaração de conteúdo (sujeito a verificação) / DISCRIMINATION <i>Rece. 000250-22. 013.3.15. 0800.409-89-0033. 0800.439-06. 2018.</i>	Natureza do envio / Nature de l'envoi <input type="checkbox"/> Prioritária / Prioritaire <input type="checkbox"/> Segurado / Valeur déclarée	Carimbo de entrega Unidade de destino Bureau de destination 12 MAR 2019	





( CÓDIGO DE BARRAS OU N° DE REGISTRO DO OBJETO )

## AVISO DE

RECEBIMOS

**AVIS CN07**

RA

QUAIA DE POSTAGEM / DATA DE DEPÔT

1919

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

22

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVAS DE LIVRAISON

FORUM 210419  
ADV ANTONIO NOMINANDO DINIZ

Comandante da Brigada Isabel - PB.  
Rua: São Roque - S/N<sup>o</sup> Clárcid<sup>h</sup>

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

**NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR**

COMARCA DE PRINCESA ISABEL

CARTÓRIO DA 2ª VARA

**Fórum Antonio Nominando Dintz**

**Rua São Roque, s/nº - Bairro Maia**

CEP: 58.755-000

Princesa Isabel - PB

CIDADE / LOCALIDADE

UF

BRASIL  
BRÉSIL

ENDERECO PARA  
DEVOLUÇÃO  
RETURN

Assinado eletronicamente por: OLIVIA CLEY FERREIRA DE SOUSA - 10/04/2019 17:17:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041017173896900000019908834>

Número do documento: 19041017173896900000019908834

Num. 20466516 - Pág. 2

## CERTIDÃO

Certifico que **decorreu** o prazo legal sem manifestação da parte promovida.

PRINCESA ISABEL

6 de junho de 2019

OLIVIA CLEY FERREIRA DE SOUSA





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**2ª Vara Mista de Princesa Isabel**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800890-22.2018.8.15.0311

**DECISÃO**

Vistos etc.,

Tendo em vista a regular citação da parte ré, sem que tenha havido a competente defesa no prazo legal, decreto sua revelia, consoante termos do art. 344 do CPC.

1. Tendo em vista a imprescindibilidade da realização de perícia para o deslinde da controvérsia, **NOMEIO**, desde já, a Dra. **ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA**, médica previamente cadastrada perante o TJPB, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame, independentemente de compromisso.

2. Arbitro os honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais).

3. Comunique-se o(a) perito(a) acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Princesa Isabel/PB. Com a informação intime-se a parte autora para, no dia e hora indicados, comparecer a esta unidade judicial para fins de realização da perícia médica.

4. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos contidos nos autos, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão ou fratura nos membros superiores que causem debilidade no autor? b) As lesões comprometem as funções dos referidos membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas? d) As lesões porventura identificadas são compatíveis com sequelas decorrentes de acidentes como o narrado nos autos?

5. Intimem-se as partes, cientificando a parte acionada de que deverá arcar com os honorários periciais, a serem pagos em até 10 (dez) dias após a realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça.

6. As partes poderão indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso, no prazo legal.

7. Após a apresentação do laudo pericial, adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito e intimem-se as partes para se manifestar no prazo de 05 (cinco) dias sobre o laudo e, em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes necessários.

Princesa Isabel, data e assinatura eletrônicas.

Juíza de Direito em

Substituição





Certifico que fica agendado o **dia 04/12/2019, às 10h30**, no Tribunal de Júri da Comarca de Princesa Isabel-PB, para realização da perícia médica a ser realizada com a Dra. Rosana Bezerra de Paiva, perita do TJPB, motivo pelo qual **INTIMO** desde já as partes para comparecimento, devendo inclusive a parte autora levar consigo todos os exames e laudos que possuir em relação a presente ação.

Certifico finalmente que desde já, **INTIMO o(s) promovido(s)** para pagamento antecipado das despesas dos honorários no valor de R\$ 200,00, conforme convênio firmado com o TJPB, no prazo de 15 (quinze) dias.



Certifico que fica agendado o **dia 04/12/2019, às 10h30**, no Tribunal de Júri da Comarca de Princesa Isabel-PB, para realização da perícia médica a ser realizada com a Dra. Rosana Bezerra de Paiva, perita do TJPB, motivo pelo qual **INTIMO** desde já as partes para comparecimento, devendo inclusive a parte autora levar consigo todos os exames e laudos que possuir em relação a presente ação.

Certifico finalmente que desde já, **INTIMO o(s) promovido(s)** para pagamento antecipado das despesas dos honorários no valor de R\$ 200,00, conforme convênio firmado com o TJPB, no prazo de 15 (quinze) dias.





**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA**

---

**1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Rua São Roque, S/N, Centro, PRINCESA ISABEL - PB - CEP: 58755-000

**ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0800890-22.2018.8.15.0311**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos das Resoluções do Tribunal Pleno ns. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30/2019, **INTIMO** as partes, por seus advogados, quanto a conclusão do procedimento de redistribuição dos presentes autos, prazo de 05 (cinco) dias, para os fins previstos nos arts. 3º e 4º, conforme o caso, dos referidos normativos legais.

PRINCESA ISABEL, 11 de novembro de 2019.

LINDINALVA XAVIER DOS SANTOS  
Técnico Judiciário





**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA**

---

**1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Rua São Roque, S/N, Centro, PRINCESA ISABEL - PB - CEP: 58755-000

**ATO ORDINATÓRIO (ART. 349, CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAIS - CGJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0800890-22.2018.8.15.0311**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: COSME BARREIRO DE OLIVEIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De acordo com as prescrições do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, e nos termos das Resoluções do Tribunal Pleno ns. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30/2019, **INTIMO** as partes, por seus advogados, quanto a conclusão do procedimento de redistribuição dos presentes autos, prazo de 05 (cinco) dias, para os fins previstos nos arts. 3º e 4º, conforme o caso, dos referidos normativos legais.

PRINCESA ISABEL, 11 de novembro de 2019.

LINDINALVA XAVIER DOS SANTOS  
Técnico Judiciário



EM ANEXO LAUDO PERICIAL





**ESTADO DA PARAÍBA**

**PODER JUDICIÁRIO**

**1ª VARA MISTA DE PRINCESA IZABEL**

**LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL**

**PROCESSO: 0800890-22.2018.8.15.0311**

**AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM**

**AUTOR(A): COSME BARREIRO DE OLIVEIRA**

**PROMOVIDO: DPVAT**

**ESPECIALIDADE: PERÍCIA MÉDICA E ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**Avaliação Médica**

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

Sim

☒

Não

☐

Prejudicado

☐

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

**II) Descrever o quadro clínico atual informando:**

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

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Jovem  
CRM-PB 8087 / CRM-PE 24411  
TPO 14830



**Resp. : CRÂNIO**

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

**Resp. :** Paciente, com história de acidente automobilístico no dia 14/02/2015, na cidade de Manaíra-PB, foi diagnosticado com trauma cranioencefálico. Foi encaminhado para a cidade de Campina Grande-PB devido ao rebaixamento do nível de consciência. Permaneceu por um período de 2 dias em ambiente hospitalar.

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

☐ Sim ☒ Não

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

**Resp.:** Não se aplica.

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

a) ☐ disfunções apenas temporárias

b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

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

**Resp.:**

**Exame neurológico:**

**Apresenta perda de memória retrógrada de forma residual, cefaleia diária, alterações cognitivas residuais, apresenta ainda déficit de atenção de residual. Distúrbios do sono, com necessidade de indutores do sono.**

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

☐ Sim, em que prazo:  
☒ Não



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

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

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

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

b) ☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

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

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

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

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO ☒ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

2ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa



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

**Local e data da realização do exame médico:**

Princesa Isabel – PB , 04 de DEZEMBRO de 2019

**Tiago Martins Formiga**

CRM 8085/ PB /Médico Perito

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TEOT 14830

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TEOT 14830



Certifico que em cumprimento a decisão ID 21928649, tendo em vista a juntada do Laudo pericial, procedo a intimação das partes para se manifestarem sobre o laudo no prazo de 05 dias, bem como a intimação da promovida para depositar os honorários periciais..

Certifico que em cumprimento a decisão ID 21928649, tendo em vista a juntada do Laudo pericial, procedo a intimação das partes para se manifestarem sobre o laudo no prazo de 05 dias, bem como a intimação da promovida para depositar os honorários periciais..