

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE: JOSEFA MARIA DOS SANTOS, brasileira, viúva, pensionista, residente e domiciliada no Conjunto Frei Damião, Rua Projetada, bairro Catolezinho, município de São José de Piranhas – PB., portadora do RG.nº 1.751.173-2ªvia-SSDS-PB., CPF.nº 033.079.914-26.

OUTORGADO: Bel. ANDRÉ COSTA BARROS NÉTO, brasileiro, casado, advogado, CPF. Nº 160.398.824-68, **OAB-PB. 3718**, **Bel. ANDRÉ COSTA BARROS JUNIOR**, brasileiro, casado, advogado, CPF. Nº. 033.396.424-19, **OAB-PB. 14678**, e o **Bel. ALYSSON DE ABREU BARROS**, brasileiro, casado, advogado, CPF. n 036.230.744-03, **OAB-PB. 19718**, ambos com escritório profissional na Av. Padre Rolim, 723 - centro - Cajazeiras – Paraíba, E-mail: barros.advogados@hotmail.com

Pelo presente instrumento particular de procuração o(a) outorgante, confere amplos, gerais e ilimitados poderes, com cláusula “ad judicium et extra”, para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais, municipais, autarquias e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou privado, inclusive e especialmente perante o INSS – Instituto Nacional do Seguro Social, ou outras entidades do SIMPAS – Seguridade ou Assistência Social, para tratar de assuntos de seu interesse, assinando livros, requerimentos e outros papéis, guias, livros e documentos, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, reafirmações de protocolo, requerimentos, parcelamentos, confissões, alterações de dados, espécies, cadastros, fichas, obter vistas em procedimentos administrativos ou fiscais, concordar ou recorrer de decisões administrativas, apresentar razões, contra-razões, réplicas e acompanhar os recursos e procedimentos em quaisquer instâncias, anexar documentos, tudo requerendo para defesa dos citados interesses, receber benefícios previdenciários e suas revisões, transformações, desistências, reafirmações de protocolo, requerimentos, concordar e recorrer de decisões administrativas, bem como usar de todos os meios legais para o fiel cumprimento: conferindo-lhe, ainda, poderes para, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propor Ação Ordinária de Aposentadoria por Idade, Pensão por Morte, auxílio doença, salário maternidade, mandado de segurança, Interdição, Trabalhista, Danos Morais, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, renunciar ao valor excedente na ação de execução quando o valor for maior do estabelecido em Lei, receber e dar quitação, levantar valores existentes em contas judiciais e benefícios previdenciários (aposentadorias, amparo assistenciais ou por doença) ou provenientes de guias, precatórios, cheques ou depósitos judiciais, receber intimações, citações administrativas ou Judiciais, autorizadas o substabelecimento total ou parcial a outrem.

Cajazeiras – PB, 21 de junho de 2018.

Josefa maria dos Santos



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.751.173 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 09/06/2008

NOME JOSEFA MARIA DOS SANTOS

FILIAÇÃO MANOEL DOS SANTOS
IZAURA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SAO JOSE DE PIRANHAS-PB 29/06/1959

DOC ORIGEM NASC.N.1.923 FLS.123 LIV.A-3

CPF CARTORIO SÃO JOSÉ PIRANHAS-PB
033.079.914-26

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS
SERVIÇO REGISTRAR "LUIZ GONZAGA"

SAMARA CAVALCANTI V. E MELO - Bel.^a FRANCISCA ABRANTES PEREIRA
Oficiala Escrevente encarregada

CASAMENTO Nº 2374

Certifico que, à fl. 164 e verso do Livro B-8 de REGISTRO DE CASAMENTO, foi lavrado hoje o assento do matrimônio de **JOÃO BOSCO e JOSEFA MARIA DOS SANTOS**, perante o(a) Sr(a) juiz(a) (titular/substituto(a)) de casamento em exercício e as testemunhas constantes no termo.

O CONTRAENTE nascido em São José de Piranhas, Estado da Paraíba a 22 de março de 1947, profissão agricultor, residente no Sítio Catolézinho, deste município, filho de ABEL VIANA DA SILVA, e de MARINA VIANA DE ASSIS, AMBOS FALECIDOS, ;

e a CONTRAENTE nascida em São José de Piranhas, Estado da Paraíba a 29 de junho de 1959, profissão agricultora, residente no Sítio Catolézinho, deste município, filha de MANOEL DOS SANTOS e de IZAURA MARIA DA CONCEIÇÃO residentes no Sítio Catolézinho, deste município, passando a chamar-se: **JOSEFA MARIA DOS SANTOS - O MESMO NOME DE SOLTEIRA.**

Tendo sido apresentados os documentos a que se refere o artigo, então vigente, incisos I, III, IV e V do Código Civil Pátrio; sendo adotado, o regime da Separação de Bens

O referido é verdade; dou fé.

São José de Piranhas-PB, 18 de setembro de 2009.

Samara Cavalcanti V. e Melo
Oficiala.

1º REGISTRO CIVIL
Comarca de S.J. de Piranhas - PB
SAMARA CAVALCANTI V. E MELO
Oficiala
Bel.^a FRANCISCA A. PEREIRA
Escrevente encarregada

Samara Cavalcanti V. e Melo
OFICIALA

Rua Inacio Lira, 322 - centro - tel.(fax): 0(XX) 83 3552-1283
***** MAIS DE 100 ANOS DE SERVICOS *****

FARPEN


Apoio Social: Prefeitura Municipal de São José de Piranhas
"Respeito por Você"

FARPEN

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO


521899





Certório Registral
Luiz Gonzaga
MARA CAVALCANTI VIEIRA E MELO
Oficiala
Bela - Francisca Abrantes Pereira
Escrivente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO



NOME:
JOÃO BOSCO

CNPJ
414.316.004-82

MATRÍCULA:
069716 01 55 2018 4 00006 415 0004670 65

SEXO Masculino	COR Branca	ESTADO CIVIL E IDADE Casado, 71 anos
NATURALIDADE São José de Piranhas-PB	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG Nº 5.122.934 SSP/SP	ELEITOR Sim
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filho de ABEL VIANA DA SILVA e de MARINA VIANA DE ASSIS, ambos falecidos. Residência do falecido: na Rua Projetada s/n, desta cidade, Frei Damião, São José de Piranhas-PB		
DATA E HORA DE FALECIMENTO Vinte e sete de abril de dois mil e dezoito, às 19h00min.		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>DIA 27</div> <div>MÊS 04</div> <div>ANO 2018</div> </div>
LOCAL DE FALECIMENTO PB 400, São José de Piranhas-PB		
CAUSA DA MORTE Traumatismo Crâneo Emcefalico, Trauma		
SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO Cemitério Coração de Maria, em Cajazeiras-PB		DECLARANTE JOSEFA MARIA DOS SANTOS, nacionalidade Brasileira, CPF/MF Nº 033.079.914-26, profissão agricultora, estado civil casada, residente na Rua Projetada s/n, desta cidade, cônjuge do falecido
NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO Davi Leal Landim Cruz, CRM 11380		
OBSERVAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCER registrado no livro C-6, às folhas 415, sob o nº 4670. Data do registro: 30 de abril de 2018. Data do óbito: 27 de abril de 2018. Profissão falecido: aposentado. Data de nascimento do falecido: 22 de março de 1947. Era portador do título de eleitor nº 008500851210, Zona 040, seção 0018. Casado com JOSEFA MARIA DOS SANTOS aos 18/09/2009, em São José de Piranhas-PB, Livro B 8, folha 164v, nº 2374. O falecido deixou bens, deixou 5 filhos de nomes: Catia, Cricia, Kedma, Rayane e Kedson. Nada mais declarou; Dou fé. Lido e achado conforme assina o declarante. Não constam averbações à margem do termo.		
OBSERVAÇÕES DE CADASTRO Nº 5.122.934 SSP/SP emitido em 21/10/1969, CPF Nº 414.316.004-82, Título de eleitor Nº 008500851210 zona 040 seção 0018 da cidade de São José de Piranhas-PB emitido em 03/08/2017 As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.		

Cartório Registral "LUIZ GONZAGA"
MARA CAVALCANTI VIEIRA E MELO
JOÃO JOSÉ DE PIRANHAS-PB
Rua Inácio Lira, 322 - Centro - (83) 3552-1283
MAIL: abrantescavalcanti@bol.com.br

Selo digital AFI97931-OU7Z
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
SÃO JOSÉ DE PIRANHAS, 30 de abril de 2018.

Francisca Abrantes Pereira
Oficiala
Bela - Francisca Abrantes Pereira
ESCREVENTE

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DINAMIS ANDRIOLA"


A presente fotocópia confere com o original exibida nestas notas. CONFIRMADO () DOU FE.

CAJAZEIRAS - Paraíba, 08/05/2018.

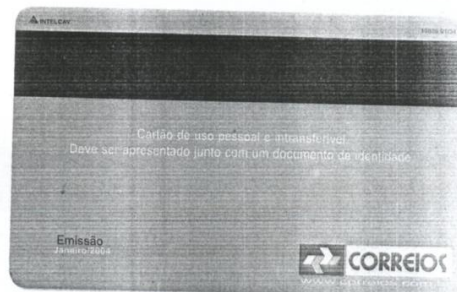
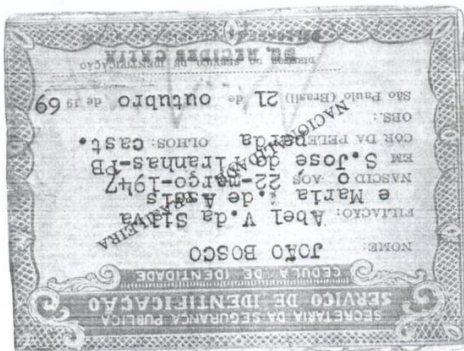
RECEBUTA DA PROCURADORIA
Selo Digital de Autenticidade do ato em https://selodigital.tjpb.jus.br
ENCLUM: RF 241 FAPEN RF 028 FEP RF 058

ARPENRRASII 11 008015256 RRP



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
<div>POLEGAR DIREITO</div> <div></div> <div> ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR</div>	<div>TÍTULO ELEITORAL</div> <div>IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA</div> <div>NOME DO ELEITOR JOÃO BOSCO</div> <div>DATA DE NASCIMENTO 22/03/1947</div> <div>Nº INSCRIÇÃO 0085 0085 1210</div> <div>D.V. 040</div> <div>ZONA 0018</div> <div>SEÇÃO 03/08/2017</div> <div>MUNICÍPIO / UF SÃO JOSÉ DE PIRANHAS/PB</div> <div>DATA DE EMISSÃO</div> <div>JUIZ ELEITORAL</div> <div>VALIDO DES. Maria das Graças Mendes Guedes</div>





JOSEFA MARIA DOS SANTOS
RUA REI DAMIAO, S/N - CATOLEZINHO
SÃO JOSE DO BONFIM - PB CEP: 58940000 (AG 212)

Emissão: 17/04/2018 Referência: Abr / 2018
Classe/Subcl: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MÓDULO
Roteiro: 9 - 220 - 545 - 7120 Nº medidor: 00000741843

energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 08.095.183/0001-40, INSC E-1 15.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 005.128.363
Cód. par. Reb. Automático: 000086.13127

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 096 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2018	17/04/2018	17/05/2018	3307991426

UC (Unidade Consumidora): 5/861312-7

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos:
Conforme previsto na Lei 12.007 de 26 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano que se refere, e dos anos anteriores.
Foi um fio caído no chão? Não toque ou se aproxime. Ligue imediatamente para a Energisa e peça auxílio para isolar o local.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
16/03/18	18925	17/04/18	17039	1	114	32

Demonstrativo

Cl	Descrição	Quantidade	Tarifa / Valor Base Calc	Alq.	ICMS(R\$)	Base Calc	Pis(R\$)	Cofins(R\$)
			Triutos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Cofins(R\$)	(0,9161%)	(4,2186%)
801	Consumo em kWh	114,000	0,707930	80,70	80,70	25	20,17	80,70
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
807	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		14,96	0,00	0	0,00	0,00	0,00
804	JURCS DE MORA 03/2018		0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00
805	MULTA 03/2018		1,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00
TOTAL			97,08	80,70	20,17	80,70	0,73	3,40

Cl Código de Classificação do Item

Cl	Descrição	Quantidade	Tarifa / Valor Base Calc	Alq.	ICMS(R\$)	Base Calc	Pis(R\$)	Cofins(R\$)
96	Consumo em kWh	114,000	0,707930	80,70	80,70	25	20,17	80,70

VENCIMENTO 24/04/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 97,08

Histórico de Consumo (kWh)

95	93	106	82	98	97	107	98	92	99	105	84
Abr/17	Mai/17	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18

RESERVADO AO FISCO
f3ef.6614.27a1.96a2.9971.9c45.3930.5f2d.

Indicadores de Qualidade 2/2018 - Cajazeiras

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
SEMESTRAL	1,53	NOMINAL 220
TRIMESTRAL	1,53	
ANUAL	3,00	CONTRATADA 202
SEMESTRAL	1,53	LIMITE INFERIOR 221
TRIMESTRAL	1,53	
ANUAL	1,53	

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	21,59	22,24
Compra de Energia	25,52	26,29
Serviço de Transmissão	2,45	2,51
Encargos Setoriais	4,88	5,01
Impostos Diretos e Encargos	40,68	41,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	97,08	100,00

Valor do EUSD (Ref 2/2018) R\$ 27,83

ATENÇÃO

Faturas em atraso





LAUDO DE EXAME CADAVERÍCO
(por perito compromissado)

CIDADE: SÃO JOSÉ DE PIRANHAS – PB

DATA: 27/04/2018

LOCAL ONDE SE REALIZOU O EXAME: HOSPITAL MUN SÃO JOSE DE PIRANHAS-PB

HORA EM QUE FOI REALIZADO O EXAME: 08:00

AUTORIDADE REQUISITANTE: CRISTIANA ROBERTA BATISTA PIRES E CAVALCANTE.
EXAME CADAVERÍCO REALIZADA NA PESSOA DE: JOÃO BOSCO, RG não apresentado, brasileiro, casado, aposentado, natural de São José de Piranhas/PB, nascido aos 22/03/1947, filho de Abel Viana da Silva e Marina Viana de Assis, residente no Conjunto Frei Damião, São José de Piranhas/PB.

QUESITOS

1º) HOUVE MORTE? Sim

2º) QUAL A SUA CAUSA? Infarto miocárdico

3º) QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE A PRODUZIU?

Desconhecido

4º) POR SUA NATUREZA E SEDE, A LESÃO FOI CAUSA EFICIENTE DA MORTE?

Sim

5º) FOI PRODUZIDA POR VENENO, FOGO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTURA OU POR OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL?

Não

5º) OBSERVAÇÕES DO PERITO: Paciente apresenta pele friável, com presença de edema e escoriações em face. Ao exame não foi observado presença de pulso radial, poplíteo e carotídeo, ausência de ausculta cardíaca.

PERITOS AD-HOC

- primeiro perito – carimbo e assinatura

Dr. Davi Leal Landim Cruz
Medicina do Trabalho
CREMEC: 17.716 CRM-PB/11.380



- segundo perito – carimbo e assinatura -





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 240/2018

Aos DOIS dias de MAIO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SÃO JOSE DE PIRANHAS/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **CRISTIANA ROBERTA BATISTA PIRES E CAVALCANTE**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSEFA MARIA DOS SANTOS, conhecido(a) por ***, Identidade nº 1.751.173-SSP/PB, CPF nº 033.079.914-26, nacionalidade brasileira, estado civil: viúva, profissão: agricultora, filho(a) de Manoel Dos Santos E Izaura Maria Da Conceição, natural de São José De Piranhas/PB, nascido(a) em 29/06/1959 (58 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Conjunto Frei Damião, S/N, tendo como ponto de referência: ****, na cidade de SÃO JOSÉ DE PIRANHAS/PB, fone(s) para contato: 83 99630-4091.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 27 de abril de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 18h:10min;
- 4) **Local do fato:** RODOVIA PB 400, CONJUNTO FREI DAMIÃO, SÃO JOSÉ DE PIRANHAS/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** NÃO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** PREJUDICADO;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** ****

6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS NÃO IDENTIFICADAS - Motociclista foragiu do local

7) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

NÃO INFORMADO.

8) **Breve resumo do fato:**

QUE afirma a comunicante ser esposa do Sr. JOÃO BOSCO, RG 5.122.934 SSP/SP, brasileiro, casado, aposentado, natural de São José de Piranhas/PB, nascido aos 22/03/1947 (71 anos), filho de Abel Viana de Assis e Marina Viana de Assis; QUE na data de 27/04/2018 o seu esposo caminhava nas margens da RODOVIA PB 400, imediações do Conjunto Frei Damião, quando por volta das 18:10 horas foi atropelado por um motociclista, o qual conduzia uma motocicleta de cor preta e características desconhecidas, já que o mesmo evadiu do local sem prestar qualquer tipo de socorro à vítima; QUE populares acionaram o SAMU, o qual de pronto compareceu no local e ainda tentou socorrer o JOÃO BOSCO, no entanto o mesmo veio a óbito durante o trajeto para o Hospital; QUE o corpo foi levado para o Hospital Municipal de São José de Piranhas/PB, onde o médico plantonista constatou o óbito; QUE posteriormente a comunicante tomou conhecimento de que o autor do fato teria sido o Sr. JOSINALDO PESSOA DE SENA, populamente conhecido por GINA, o qual encontra-se foragido até a presente data.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

BOLETIM EMITIDO PARA FINS DE AÇIONAMENTO DO SEGURO D.P.V.A.T.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Josefa Maria dos Santos

JOSEFA MARIA DOS SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente





COMPROMISSO DE PERITO AD HOC

Aos VINTE E SETE (27) dias do mês de ABRIL do ano de DOIS MIL E DEZOITO(2018), nesta cidade de SÃO JOSÉ DE PIRANHAS, Estado da Paraíba, no(a) DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, presente o Delegado de Polícia Civil CRISTIANA ROBERTA BATISTA PIRES E CAVALCANTE, comigo, Escrivão de Polícia Civil, ai, compareceram, por volta das 07h30min, o(a)s Sr(a)s Davi Leal Landim Cruz, CRM 11380 e _____, ambos profissionais, aqui nomeados peritos, aos quais a autoridade policial, no âmbito de suas qualificações profissionais, deferiu o compromisso de bem e fielmente desempenharem suas funções, descrevendo com verdade e todas as circunstâncias o que encontrarem, descobrirem e assim observarem em(no) Sr. JOÃO BOSCO, RG não apresentado, brasileiro, casado, aposentado, natural de São José de Piranhas/PB, nascido aos 22/03/1947, filho de Abel Viana da Silva e Marina Viana de Assis, residente no Conjunto Frei Damião, São José de Piranhas/PB.

Sobre o que deverão responder aos quesitos formulados. E como aceitaram o encargo e prometeram bem e fielmente cumpri-lo, manda que se encerre este termo, que lido e achado conforme, segue devidamente assinado por todos, inclusive por mim, Francisco Danilo L. Assis, Escrivão de Polícia Civil, que o digitei.

AUTORIDADE POLICIAL:

1º PERITO:

Davi Leal Landim Cruz

Dr. Davi Leal Landim Cruz
Medicina do Trabalho
CREMEC: 17.716 CRM-PB 11.380

2º PERITO: _____



Renata da Rocha Morais
ESCRIVÃO
AUTORIZADA



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos 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 indenização.

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 3180225336 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO BOSCO
COBERTURA Morte
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JOSEFA MARIA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 03307991426

Posição em 15-06-2018 08:52:43

Seu pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder DPVAT. O prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para verificarmos informações adicionais, conforme carta enviada para seu endereço. Esse é um procedimento de rotina, previsto na legislação (Resolução CNSP 332/2015). Nosso objetivo é garantir o correto pagamento da indenização e, assim que tivermos finalizado todas as verificações necessárias, o prazo regulamentar voltará a seguir normalmente. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

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 3180225336 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO BOSCO
COBERTURA Morte
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JOSEFA MARIA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 03307991426

Posição em 20-06-2018 09:13:11

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/06/2018	R\$ 6.750,00	R\$ 0,00	R\$ 6.750,00



SINISTRO 3180225336 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO BOSCO

COBERTURA Morte

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA

LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOSEFA MARIA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 03307991426

Posição em 04-06-2018 08:34:52

Seu pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder DPVAT. O prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para verificarmos informações adicionais, conforme carta enviada para seu endereço. Esse é um procedimento de rotina, previsto na legislação (Resolução CNSP 332/2015). Nosso objetivo é garantir o correto pagamento da indenização e, assim que tivermos finalizado todas as verificações necessárias, o prazo regulamentar voltará a seguir normalmente. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

USA / USB 05

DATA 27.04.18	HORA 18.30	Nº OC 03	PACIENTE / USUÁRIO João Bosco	IDADE 71	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA 38 400 saída para horrebe			BAIRRO S. J. Piranhas	MÉDICO REGULADOR Eduardo	
APOIO NO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> OUTROS					

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRANSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA	<input type="checkbox"/> OUTROS <u>Atropelamento</u>
<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA DE FOGO QUAL: <input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA BRANCA QUAL: <input type="checkbox"/>			

AValiação PRIMARIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> PÉRVIAS	EXPANSIBILIDADE	PULSO	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE
<input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE
<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL	<input type="checkbox"/> SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> FINO	<input type="checkbox"/> ORIENTADO
<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> CHETO	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO
<input type="checkbox"/> EUPNEIA	<input type="checkbox"/> IRREGULAR	<input type="checkbox"/> RÍTMICO	<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO
<input type="checkbox"/> DISPNÉIA	MURMÚRIOS VESICULARES	<input type="checkbox"/> ARRÍTMICO	<input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA
<input type="checkbox"/> BRADIPNEIA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MIOSE
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA	<input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	PERFUSÃO	<input type="checkbox"/> MIDRIASE
<input type="checkbox"/> APNEIA	<input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES
	<input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO	<input type="checkbox"/> RETARDADA	<input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES
	<input type="checkbox"/> MACICEZ	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
			<input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA

SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO	SINAIS VITAIS					GLASGOW				GLICEMIA CAPILAR mg/dl
	P. A. mm/Hg	F. C. bpm	F. R. lpm	Temp. Cº	Sat. O2%	A. O.	R. V.	R. M.	Total	
INICIAL	—	84	—	—	34	1	4	1	3	—
FINAL										

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	OUTROS
<input checked="" type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO V.A.	<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO	<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA
<input checked="" type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO V.A.	<input checked="" type="checkbox"/> PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/> PULÇÃO PLEURAL
<input checked="" type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL	<input type="checkbox"/> CENTRAL	<input type="checkbox"/> Sonda VESICAL
<input checked="" type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO l/mm	<input type="checkbox"/> DISSECÇÃO	<input type="checkbox"/> S. O. GÁSTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> MÁSCARA	<input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/> S. N. GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> CATETER	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> OUTROS:
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MANUAL	<input checked="" type="checkbox"/> MASSAGEM CARDÍACA	
<input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRIA	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO TRAQUEAL	<input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO	
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	

AValiação SECUNDÁRIA E EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

18.30, paciente JB, 71 anos, sexo masculino, inconsciente, vítima de atropelamento por moto (SK). Apresenta do sinal de guaxin + hematoma no olho direito, possível fratura de mandíbula, Glasgow 3, FC: 84, SpO2 34. Foi realizado imobilização CPT, acesso venoso periférico, aspiração orofaríngea e solicitação da USA 03 via rádio. Paciente entrou em parada cardíaca, foi iniciado protocolo de RCP, instalação do DEA, o qual não indicou o choque, pupilas em miose, ausência de SSV e remoção para o MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO: hospital local de São José de Piranhas. Depto.
03 soro fisiológico, colar cervical, cânula guedel, sonda de aspiração, seringa 20
03 gelo 20, álcool, algodão, esparadrapo, prancha, cachins, tirantes, DEA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> ANSIEDADE	<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA
<input type="checkbox"/> ESTADO DE CONSCIÊNCIA NORMAL	<input type="checkbox"/> DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACA DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> FERIDA POR ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> TRAUMA GRAVE NA CABEÇA	<input type="checkbox"/> MEDO
<input type="checkbox"/> PERDA SANGÜÍNEA POTENCIAL	<input type="checkbox"/> HIPOTERMIA	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> ABUSO DE ÁLCOOL	<input type="checkbox"/> HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
<input type="checkbox"/> FERIDA TRAUMÁTICA POR FACA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR PREJUDICADA
<input checked="" type="checkbox"/> FRATURA <i>mandíbula</i>	<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO MODERADA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> EPISÓDIO DE VÔMITO DURANTE O TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
<input checked="" type="checkbox"/> ESTADO DE CONSCIÊNCIA DIMINUIDO	<input type="checkbox"/> VOLUME EXCESSIVO DE LÍQUIDOS	<input type="checkbox"/> NÁUSEA
<input type="checkbox"/> ESCORIAÇÃO LEVE	<input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA	<input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO SOCIAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL EFETIVA	<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO
OUTROS: _____		

CARACTERÍSTICAS EXTERNAS DO TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO			
ACIDENTE DE TRÂNSITO		POSIÇÃO DA VÍTIMA	
<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO
<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> MOTORISTA	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO TRASEIRO
<input type="checkbox"/> QUEDA	OUTROS: _____	USO DO CINTO DE SEGURANÇA	
VEÍCULO DA VÍTIMA		USO DO CAPACETE	
<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> EJETADA	<input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO
<input type="checkbox"/> MOTO	OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO	<input type="checkbox"/> PRESA AS FERRAGENS
		<input type="checkbox"/> SENTADA	OUTROS: _____

MORTALIDADE

- ☒ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO NO LOCAL
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE
☐ ÓBITO NO HOSPITAL APÓS O ATENDIMENTO

DESTINO DO PACIENTE:

<input type="checkbox"/> HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS	<input type="checkbox"/> INSTITUTO MATERNO INFANTIL DR. JÚLIO MARIA BANDEIRA DE MELO
<input type="checkbox"/> MATERNIDADE DOUTOR DEODATO CARTAXO	<input type="checkbox"/> FAHSJP
<input type="checkbox"/> UPA - CAJAZEIRAS	OUTROS: <i>Hospital de São José de Piranhas</i>

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE:

Dr. Dani Leal Landim Cruz
 Medicina do Trabalho
 CREMEC 17.716 CRM-PB 11.590

TERMO DE RECUSA: Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo **SAMU** de São José de Piranhas-PB, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente ou Responsável

DIAGNÓSTICO MR: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico Regulador: *Edvaldo* CRM: _____
 Enfermeiro (a): *Daniella Oliveira* COREN: *376.485*
 Téc. de Enfermagem *Felipe Camargo* COREN: *935950*
 Condutor: *GOYNO DE MORAES ROSSO* CNH: *038251042*



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 27.04.18	HORA 18:30	Nº OC 03	PACIENTE / USUÁRIO João Bosco	USA / USB 05
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA 38 400 saída para horbe		BAIRRO S. J. Piranhas	IDADE 71	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
APOIO NO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> OUTROS		MÉDICO REGULADOR Edvaldo		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRANSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA	<input type="checkbox"/> OUTROS <u>Atropelamento</u>
<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA DE FOGO QUAL: _____		<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA BRANCA QUAL: _____	

AValiação PRIMARIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAl. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> PÉRVIAS	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE
<input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA	<input type="checkbox"/> SUPERFICIAL	<input type="checkbox"/> FINO	<input type="checkbox"/> INCONSCIENTE
<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> ORIENTADO
<input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL	<input type="checkbox"/> IRREGULAR	<input type="checkbox"/> RÍTMICO	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO
<input type="checkbox"/> EUPNEIA	<input type="checkbox"/> MURMÚRIOS VESICULARES	<input type="checkbox"/> ARRÍTMICO	<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO
<input type="checkbox"/> DISPNEIA	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA
<input type="checkbox"/> BRADIPNEIA	<input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO	<input type="checkbox"/> TORPOR
<input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA	<input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> COMA
<input type="checkbox"/> APNEIA	<input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO	<input type="checkbox"/> RETARDADA	<input type="checkbox"/> CONVULSÃO
	<input type="checkbox"/> MACICEZ	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> RIGIDEZ
			<input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA
			PUPILAS
			<input checked="" type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
			<input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
			<input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
			<input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
			<input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO	SINAIS VITAIS					GLASGOW				GLICEMIA CAPILAR mg/dl
	P. A. mm/Hg	F. C. bpm	F. R. lpm	Temp. Cº	Sat. 02%	A. O.	R. V.	R. M.	Total	
INICIAL	—	84	—	—	34	1	4	1	3	—
FINAL										

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	OUTROS
<input checked="" type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO V.A.	<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO	<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁXICA
<input checked="" type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO V.A.	<input checked="" type="checkbox"/> PERIFÉRICO	<input type="checkbox"/> PULÇÃO PLEURAL
<input checked="" type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL	<input type="checkbox"/> CENTRAL	<input type="checkbox"/> Sonda VESICAL
<input checked="" type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO _____ l/min	<input type="checkbox"/> DISSECÇÃO	<input type="checkbox"/> S. O. GÁSTRICA
<input checked="" type="checkbox"/> MÁSCARA	<input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/> S. N. GÁSTRICA
<input type="checkbox"/> CATETER	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MANUAL	<input checked="" type="checkbox"/> MASSAGEM CARDÍACA	
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRIA	<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO TRAQUEAL	<input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO	
<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	

AVAliação SECUNDÁRIA E EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

18:30, paciente JB, 71 anos, sexo masculino, inconsciente, vítima de atropelamento por moto (sic). Apresenta lesão de guaxin + hematoma no lado direito, possível fratura de mandíbula, Glasgow 3, FC: 84, SpO2 34. Foi realizado imobilização CPT, acesso venoso periférico, aspiração profunda e solitação da USA 21 via rádio. Paciente entrou em parada cardíaca, foi iniciado protocolo de RCP, instalação do DEA, o qual não indicou o choque, pupilas em miose, ausência de SSV e remoção para o hospital local de São José de Piranhas. Def.

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

01 soro fisiológico, colar cervical, cânula guedel, sonda de aspiração, seringa 20, 03 gelo 20, álcool, algodão, esparadrapo, prancha, coxins, tirantes, DEA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> ANSIEDADE	<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA
<input type="checkbox"/> ESTADO DE CONSCIÊNCIA NORMAL	<input type="checkbox"/> DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACA DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> FERIDA POR ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> TRAUMA GRAVE NA CABEÇA	<input type="checkbox"/> MEDO
<input type="checkbox"/> PERDA SANGÜÍNEA POTENCIAL	<input type="checkbox"/> HIPOTERMIA	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> ABUSO DE ALCOOL	<input type="checkbox"/> HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
<input type="checkbox"/> FERIDA TRAUMÁTICA POR FACA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR PREJUDICADA
<input checked="" type="checkbox"/> FRATURA <i>mandíbula</i>	<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO MODERADA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> EPISÓDIO DE VÔMITO DURANTE O TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
<input checked="" type="checkbox"/> ESTADO DE CONSCIÊNCIA DIMINUIDO	<input type="checkbox"/> VOLUME EXCESSIVO DE LÍQUIDOS	<input type="checkbox"/> NÁUSEA
<input type="checkbox"/> ESCORIAÇÃO LEVE	<input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA	<input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO SOCIAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL EFETIVA	<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO
OUTROS: _____		

CARACTERÍSTICAS EXTERNAS DO TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO			
ACIDENTE DE TRÂNSITO		POSIÇÃO DA VÍTIMA	
<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO
<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> MOTORISTA	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO TRASEIRO
<input type="checkbox"/> QUEDA	OUTROS: _____	USO DO CINTO DE SEGURANÇA	
VEÍCULO DA VÍTIMA		USO DO CAPACETE	
<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> EJETADA	<input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO
<input type="checkbox"/> MOTO	OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO	<input type="checkbox"/> PRESA AS FERRAGENS
		<input type="checkbox"/> SENTADA	OUTROS: _____

MORTALIDADE

☒ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO NO LOCAL

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE
☐ ÓBITO NO HOSPITAL APÓS O ATENDIMENTO

DESTINO DO PACIENTE:

<input type="checkbox"/> HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS	<input type="checkbox"/> INSTITUTO MATERNO INFANTIL DR. JÚLIO MARIA BANDEIRA DE MELO
<input type="checkbox"/> MATERNIDADE DOUTOR DEODATO CARTAXO	<input type="checkbox"/> FAHSJP
<input type="checkbox"/> UPA - CAJAZEIRAS	OUTROS: <i>Hospital de São José de Piranhas</i>

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE:

Dr. Davi Leal Landim Cruz
 Medicina do Trabalho
 CREMED. 11.716 CRM-PB 11.590

TERMO DE RECUSA: Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo **SAMU** de São José de Piranhas-PB, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente ou Responsável

DIAGNÓSTICO NR: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico Regulador: *Edvaldo* CRM: _____
 Enfermeiro (a): *Daniella Oliveira* COREN: *376.485*
 Téc. de Enfermagem: *Felipe Camargo* COREN: *935950*
 Condutor: *AYSSON DE ABREU BARROS* CNH: *038251042*



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOÃO ROSCO, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 27 / 04 / 2018, faleceu em 27 / 04 / 2018, no estado civil de CASADO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. JOSEFA MARIA DOS SANTOS	CASADA	1751173-SSDS-83	033.073.91426
2.			
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima () não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros / beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

LOCAL E DATA

Josefa Maria dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. ALYSSON DE ABREU BARROS	8568376-83	03663074405	<u>Alysson de A. Barros</u>
2. Amanda de Lacerda Araújo	330734-1	07120765480	<u>Amanda D. Araújo</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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 por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima <u>JOÃO BOSCO</u>	CPF da Vítima <u>414.316.004-82</u>	Data do Acidente <u>27/04/2018</u>
--	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>JOSEFA MARIA DOS SANTOS</u>	CPF do Representante legal <u>033.099.914-26</u>
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

CARZIAS-PB, 08 de MAIO de 2018

Local e Data

JOSEFA MARIA DOS SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE

JOSEFA MARIA DOS SANTOS, portador / a da Carteira de
Identidade / RG nº 1.751.173-2 ^{REUIA} _{SEB-PB}, CPF nº 033.079.914-26,
residente na Rua FEEL DAMIANO, S/N - SÃO JOSÉ DE PIRANHAS-PB
declaro em sã consciência que convivia, na condição de **cônjuge**, com
JOÃO BOSCO (nome da vítima de acidente coberto
pelo Seguro Dpvt), até a data do seu falecimento.

Declaro ainda que o / a mesmo / a FALECIDO (deixou / não deixou) 05
(quantidade) descendentes, entre filhos naturais e adotivos.

Esta declaração é a expressão da verdade, pela qual me responsabilizo perante a lei
(Artigo 299 do Código Penal).

Cidade e data: CAJAZEIRAS-PB. 08/05/2018.

Assinatura do Cônjuge: JOSEFA MARIA DOS SANTOS





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JOÃO BOSCO
DATA DO ACIDENTE 24/04/2018 CPF DA VITIMA 414.316.604-82
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSEFA MARIA DOS SANTOS
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☒ BENEFICIÁRIO, CUIO PARENTESCO COM A VITIMA É JOSEFA MARIA DOS SANTOS
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FÉLIX DAMIÃO
Nº 5/2 COMPLEMENTO BAIRRO ATOLEZINHA
CIDADE SÃO JOSÉ DE JIMENES UF RJ CEP 58940-000
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE - R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00
• DESPESAS MÉDICAS (DMS) - ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTERIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIRA DE TRABALHO OU CARTERIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CARTERIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIRA DE TRABALHO OU CARTERIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO CADAVÉRICO (LM) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFERMAM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PM, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS)
- ☐ CARTERIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIRA DE TRABALHO OU CARTERIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- ☒ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL) INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VITIMA ATÉ A DATA DE FALLECIMENTO, SEM COMO SE A VITIMA DEIXOU O NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHIERIA (A)

- ☐ PROVA DE COMPANHIERISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTERIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHIERO(A) E CÔNJUGUE

- ☐ PROVA DE COMPANHIERISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTERIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- ☐ TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHIERO(A) E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AMO(A) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VITIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/05/2018

IDENTIDADE 1751173-22-VIA-SSDS-83

ASSINATURA JOSEFA MARIA DOS SANTOS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____





**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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

414.316.004-82

JOÃO BOSCO.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSEFA MARIA DOS SANTOS		CPF titular da conta	033.019.919-26	Profissão	DO LAR
Endereço	RUA FREI DAMIÃO		Número	5/N	Complemento	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)		
CATOLEZINHO	SÃO JOSÉ DE PIANHAS	PB	58400-000			
Email						

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

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
Banco Nome		NRO	
AGÊNCIA NRO.		CONTA NRO.	
2644 D/V 1		17689 D/V 3	
(Informar dígito se existir)		(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.

CAJAZEIRAS, 08 de MAIO de 2018.

Local e Data

Josefa Maria dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Cliente

1º Titular

JOAO BOSCO

Agência

2644-1

Conta

17.689-3

Variação

51

Movimento

Data	Dia base	Histórico	Dep. origem	Documento	Valor
21/05/2018		Saldo Anterior		000000000000	4.047,05 C
22/05/2018	00	041-Saque Contra Recibo	99-7	15.303	2.999,99 D
23/05/2018	11	041-Saque Contra Recibo	99-7	16.230	1.047,06 D
21/06/2018	21	612-Crédito Conforme Instruções	2644-1	772	6.750,00 C
21/06/2018	21	041-Saque Contra Recibo	2644-1	39	2.999,99 D
SALDO					3.750,01 C
VALOR BLOQUEADO					0,00 D
DISPONÍVEL					3.750,01 C
RENDIMENTOS: SELIC igual/menor que 8,5% A.A. TR+70% da SELIC					
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.					

Saldos por dia base

Dia base	Saldo
21	3.750,01

OBS: FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB. NÃO DEIXE PARA DEPOIS. APLIQUE JÁ.

Impresso em 21.06.2018 às 10:58:01

Central de Atendimento BB - 4004 0001 ou 0800 729 0001
Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC - 0800 729 0722
Ouvidoria BB - 0800 729 5678
Deficientes Auditivos ou de Fala - 0800 729 0088

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

USA / USB 05

DATA 27.04.18	HORA 18:30	Nº OC 03	PACIENTE / USUÁRIO João Bosco	IDADE 71	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA 3B 400 saída para breje		BAIRRO S. J. Piranhas	CIDADE S. J. Piranhas	MÉDICO REGULADOR Eduardo	
APOIO NO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> OUTROS					

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRANSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA	<input type="checkbox"/> OUTROS <u>Atropelamento</u>
<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA DE FOGO QUAL: _____		<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA BRANCA QUAL: _____	

AValiação PRIMARIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL <input type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA	EXPANSIBILIDADE <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR MURMÚRIOS VESICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE PERFUSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA <input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> OTORRÉIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E

SINAIS VITAIS

EVOLUÇÃO	SINAIS VITAIS					GLASGOW				GLICEMIA CAPILAR mg/dl
	P. A. mm/Hg	F. C. bpm	F. R. Irpm	Temp. Co	Sat. O2%	A. O.	R. V.	R. M.	Total	
INICIAL	—	84	—	—	34	1	4	1	3	—
FINAL										

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	OUTROS
<input checked="" type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO V.A. <input checked="" type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO V.A. <input checked="" type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL <input checked="" type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO _____ l/mm <input checked="" type="checkbox"/> MÁSCARA <input type="checkbox"/> CATETER <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MANUAL <input type="checkbox"/> OXIMETRIA <input type="checkbox"/> ENTUBAÇÃO TRAQUEAL <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO <input checked="" type="checkbox"/> PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> DISSECÇÃO <input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> CURATIVO <input checked="" type="checkbox"/> MASSAGEM CARDIACA <input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO <input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA <input type="checkbox"/> PULÇÃO PLEURAL <input type="checkbox"/> Sonda VESICAL <input type="checkbox"/> S. O. GÁSTRICA <input type="checkbox"/> S. N. GÁSTRICA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____

AValiação SECUNDÁRIA E EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

18:30, paciente JB, 71 anos, sexo masculino, inconsciente, vítima de atropelamento por moto (516). Apresenta do sinal de guarin + hematoma no olho direito, possível fratura de mandíbula, glasgow 3, FC: 84, SpO2 34. Foi realizado imobilização CPT, acesso venoso periférico, aspiração orofaríngea e solicitação da USA. Os via rádio. Paciente entrou em parada cardíaca, foi iniciado protocolo de RCP, instalação do DEA, o qual não indicou o choque, pupilas em miose, ausência de SSV e remoção para o MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO: hospital local de São José de Piranhas. DEA. Os soro fisiológico, colar cervical, cânula guedel, sonda de aspiração, seringa 20. Os gelco 20, álcool, algodão, esparadrapo, prancha, coxins, tirantes, DEA.



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> ANSIEDADE	<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA
<input type="checkbox"/> ESTADO DE CONSCIÊNCIA NORMAL	<input type="checkbox"/> DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACA DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> FERIDA POR ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> TRAUMA GRAVE NA CABEÇA	<input type="checkbox"/> MEDO
<input type="checkbox"/> PERDA SANGÜÍNEA POTENCIAL	<input type="checkbox"/> HIPOTERMIA	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> ABUSO DE ALCOOL	<input type="checkbox"/> HIPERTERMIA	<input type="checkbox"/> INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
<input type="checkbox"/> FERIDA TRAUMÁTICA POR FACA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR PREJUDICADA
<input checked="" type="checkbox"/> FRATURA <i>mandíbula</i>	<input type="checkbox"/> AGITAÇÃO MODERADA	<input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> EPISÓDIO DE VÔMITO DURANTE O TRANSPORTE	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
<input checked="" type="checkbox"/> ESTADO DE CONSCIÊNCIA DIMINUIDO	<input type="checkbox"/> VOLUME EXCESSIVO DE LÍQUIDOS	<input type="checkbox"/> NÁUSEA
<input type="checkbox"/> ESCORIAÇÃO LEVE	<input type="checkbox"/> PERCEÇÃO SENSORIAL PERTURBADA	<input type="checkbox"/> PERCEÇÃO SOCIAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL EFETIVA	<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO
OUTROS: _____		

CARACTERÍSTICAS EXTERNAS DO TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO		
ACIDENTE DE TRÂNSITO	POSIÇÃO DA VÍTIMA	USO DO CINTO DE SEGURANÇA
<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO
<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<input type="checkbox"/> MOTORISTA	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO TRASEIRO
<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> NÃO
VEÍCULO DA VÍTIMA	SITUAÇÃO DA VÍTIMA	USO DO CAPACETE
<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> EJETADA	<input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO
<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO	<input type="checkbox"/> PRESA AS FERRAGENS
<input type="checkbox"/> MOTO	<input type="checkbox"/> SENTADA	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____
<input type="checkbox"/> OUTROS: _____		

MORTALIDADE

☒ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO NO LOCAL

☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE
☐ ÓBITO NO HOSPITAL APÓS O ATENDIMENTO

DESTINO DO PACIENTE:

<input type="checkbox"/> HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS	<input type="checkbox"/> INSTITUTO MATERNO INFANTIL DR. JÚLIO MARIA BANDEIRA DE MELO
<input type="checkbox"/> MATERNIDADE DOUTOR DEODATO CARTAXO	<input type="checkbox"/> FAHSJP
<input type="checkbox"/> UPA - CAJAZEIRAS	<input type="checkbox"/> OUTROS: <i>Hospital de São José de Piranhas</i>

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE: _____

Dr. Dayi Leal Landim Cruz
 Medicina do Trabalho
 CRM-PB 17.715

TERMO DE RECUSA: Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo **SAMU** de São José de Piranhas-PB, nesta oportunidade.

Assinatura do Paciente ou Responsável

DIAGNÓSTICO MR: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico Regulador: *Edivaldo* CRM: _____
 Enfermeiro (a): *Daniella Oliveira* COREN: *376.485*
 Téc. de Enfermagem: *Felipe Camargo* COREN: *935950*
 Conductor: *Geilson de Barros Fossor* CNH: *032251048*





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de São José de Piranhas**

0800285-55.2018.8.15.0221

PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

AUTOR: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro– RJ

DESPACHO

Vistos, etc.

Recebo a petição inicial

Designo audiência de conciliação para o dia 12 de março de 2019, pelas 08:30 horas, neste Fórum, obedecendo-se ao preceituado na Lei nº 9.099/95.

Cite-se de todos os termos da ação e Intimem-se para audiência, com as advertências legais.

As partes poderão, querendo, arrolar testemunhas, até o máximo de três para cada, que comparecerão independentemente de intimação.

Expedientes necessários.

Nos termos do Art. 108, do Código de Normas Judicial da CGJ-PB, CONFIRO A ESTE TERMO FORÇA DE OFÍCIO/MANDADO/CARTA, para os fins devidos.

São José de Piranhas, 19 de novembro de 2018.

Hermeson Alves Nogueira

Juiz de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
Vara Única de São José de Piranhas

PROCESSO Nº 0800285-55.2018.8.15.0221

PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)
[INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL]

AUTOR: JOSEFA MARIA DOS SANTOS
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Designo audiência de conciliação para o dia 12 de março de 2019, pelas 08:30 horas, neste Fórum, obedecendo-se ao preceituado na Lei nº 9.099/95.

Cite-se de todos os termos da ação e Intimem-se para audiência, com as advertências legais.

As partes poderão, querendo, arrolar testemunhas, até o máximo de três para cada, que comparecerão independentemente de intimação.

São José de Piranhas, 10 de janeiro de 2019.

Arão Costa Miguel

Servidor





Vara Única de São José de Piranhas

Margens da Rodovia PB-400, 231, Perímetro Urbano, SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PB - CEP: 58940-000

Nº do processo: 0800285-55.2018.8.15.0221

Classe: PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

Assunto(s): [INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL]

MANDADO INTIMAÇÃO AUTOR (AUDIÊNCIA)

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de São José de Piranhas manda ao oficial de justiça que em cumprimento a este, intime a parte autora: Nome: **JOSEFA MARIA DOS SANTOS**
Endereço: FREI DAMIÃO, S/N, CATOLEZINHO, SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PB - CEP: 58940-000
, para comparecer a audiência designada para o dia Tipo: **Conciliação Sala: Terça Data: 12/03/2019 Hora: 08:30** no local acima informado.

SÃO JOSÉ DE PIRANHAS, em 10 de janeiro de 2019.

De ordem, ARAO COSTA MIGUEL
Mat.



Assinado eletronicamente por: ARAO COSTA MIGUEL - 10/01/2019 09:39:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011009394575300000018087275>

Número do documento: 19011009394575300000018087275



**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de São José de Piranhas**

0800285-55.2018.8.15.0221

PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

AUTOR: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro– RJ

DESPACHO

Vistos, etc.

Recebo a petição inicial

Designo audiência de conciliação para o dia 12 de março de 2019, pelas 08:30 horas, neste Fórum, obedecendo-se ao preceituado na Lei nº 9.099/95.

Cite-se de todos os termos da ação e Intimem-se para audiência, com as advertências legais.

As partes poderão, querendo, arrolar testemunhas, até o máximo de três para cada, que comparecerão independentemente de intimação.

Expedientes necessários.

Nos termos do Art. 108, do Código de Normas Judicial da CGJ-PB, CONFIRO A ESTE TERMO FORÇA DE OFÍCIO/MANDADO/CARTA, para os fins devidos.

São José de Piranhas, 19 de novembro de 2018.

Hermeson Alves Nogueira

Juiz de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de São José de Piranhas**

0800285-55.2018.8.15.0221

PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

AUTOR: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro– RJ

DESPACHO

Vistos, etc.

Recebo a petição inicial

Designo audiência de conciliação para o dia 12 de março de 2019, pelas 08:30 horas, neste Fórum, obedecendo-se ao preceituado na Lei nº 9.099/95.

Cite-se de todos os termos da ação e Intimem-se para audiência, com as advertências legais.

As partes poderão, querendo, arrolar testemunhas, até o máximo de três para cada, que comparecerão independentemente de intimação.

Expedientes necessários.

Nos termos do Art. 108, do Código de Normas Judicial da CGJ-PB, CONFIRO A ESTE TERMO FORÇA DE OFÍCIO/MANDADO/CARTA, para os fins devidos.

São José de Piranhas, 19 de novembro de 2018.

Hermeson Alves Nogueira

Juiz de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de São José de Piranhas
Margens da Rodovia PB-400, 231, Perímetro Urbano, SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PB - CEP: 58940-000
SÃO JOSÉ DE PIRANHAS

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0800285-55.2018.8.15.0221

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL]

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
Endereço: Rua Senador Dantas_**, 74, 5 ANDAR, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do Vara Única de São José de Piranhas, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado, e intimado para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de:

Tipo: Conciliação Sala: Terça Data: 12/03/2019 Hora: 08:30, ficando advertido(a), desde já, que não comparecimento importará REVELIA, reputando-se verdadeiras as alegações do(a) autor(a) e, em JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE, consoante art. 20, da Lei nº 9.099/95 e 355 do Código de Processo Civil.

SÃO JOSÉ DE PIRANHAS, em 10 de janeiro de 2019.

ARAO COSTA MIGUEL

Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:18071716092290100000015019742





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de São José de Piranhas

Margens da Rodovia PB-400, 231, Perímetro Urbano, SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PB - CEP:
58940-000

Número do Processo: 0800285-55.2018.8.15.0221
Classe: PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)
Assunto: [INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL]
Polo ativo: AUTOR: JOSEFA MARIA DOS SANTOS
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que dirigi-me até o endereço indicado neste mandado e lá sendo deixei de intimar a autora Josefa Maria dos Santos, porque fui informado por Josilene Maria dos santos, de que aquela está viajando para o Estado de São Paulo, visitando seus familiares, não sabendo informar a data de seu retorno. Certifico ainda que deixei uma cópia do mandado com a mesma, que se comprometeu de avisá-la desta audiência. .

SÃO JOSÉ DE PIRANHAS, 16 de janeiro de 2019
JOSE MARCELO GOMES FERREIRA





Vara Única de São José de Piranhas
Margens da Rodovia PB-400, 231, Perímetro Urbano, SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PB - CEP: 58940-000

Nº do processo: 0800285-55.2018.8.15.0221

Classe: PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

Assunto(s): [INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL]

MANDADO INTIMAÇÃO AUTOR (AUDIÊNCIA)

O MM. Juiz de Direito da Vara Única de São José de Piranhas manda ao oficial de justiça que em cumprimento a este, intime a parte autora: Nome: **JOSEFA MARIA DOS SANTOS**
Enderço: FREI DAMIÃO, S/N, CATOLEZINHO, SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PB - CEP: 58940-000
, para comparecer a audiência designada para o dia Tipo: Conciliação Sala: Terça Data: 12/03/2019 Hora: 08:30 no local acima informado.

SÃO JOSÉ DE PIRANHAS, em 10 de janeiro de 2019.

De ordem, ARAO COSTA MIGUEL
Mat.



Assinado eletronicamente por: ARAO COSTA MIGUEL

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

ID do documento: 18586688



19011009394575300000018087275

- Josefa maria dos Santos



CERTIDÃO

Certifico que o Aviso de Recebimento (AR) **foi devolvido** nesta data e anexado ao Autos.

SÃO JOSÉ DE PIRANHAS

13 de fevereiro de 2019

HISLEY DE SOUZA OLIVEIRA





AR	
DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE	
PREENCHER COM LETRA DE FORMA	
NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE	
CEP / I	PAIS / PAYS
NATUREZA DO ENVIO / NATURE DE L'ENVOI <input type="checkbox"/> PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE <input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ	
DECLARAÇÃO DE COBRANÇA A(O) SENHOR(A) REPRESENTANTE LEGAL SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO: Envio de carta de citação e intimação referente a AÇÃO DE COBRANÇA Processo nº 0800285-55.2018.815.0221 – Audiência: 12.03.2019 – 08:30h.	
ASSINATURA DO RECEBEDOR / NOM DU RECEPTEUR	CARIMBO DE ENTREGA UNIDADE DE DESTINO DATA DE RECEBIMENTO DATE DE LIVRATION
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBILE DU RECEPTEUR	18 JAN 2019 CELSON FERREIRA DOS SANTOS RG: 04302498-3 IFF
Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ORGÃO EXPEDIDOR	RUBRICA E NAT. DO EMPREGADO / SIGNATURE DE L'AGENT R. Júnior 8.956.534-7
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO	
75240203-0	
114 x 186 mm	



Termo anexo.





PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAIBA
VARA ÚNICA DA COMARCA DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS

TERMO DE AUDIÊNCIA JECIVEL	
Nº do Processo	0800285-55.2018.815.0221
Ação	Indenização por dano material
Objetivo	Audiência de Conciliação
Data e hora	12 de março de 2019, às 09:00 horas
Local	Fórum de São José de Piranhas – PB
Juiz de Direito	Ricardo Henriques Pereira Amorim
Conciliador	Heraldo Costa Miguel
Promovente	Josefa Maria dos Santos
Adv. do promovente	André Costa Barros Neto, OAB/PB – 3.718
Promovido	Seguradora Líder dos Consórcios S.A.
Adv. do promovido	Ausente
Preposto	Ausente

Aberta a audiência, e feito o pregão de estilo pelo meirinho, constatou-se a presença da parte autora devidamente acompanhadas por seu advogado. Ausente a parte promovida, que devidamente intimada, id nº 19197537, não compareceu ao presente ato. **Em seguida pelo conciliador foi dito:** Prejudicada a conciliação, ante a ausência injustificada da parte promovida, faça-se conclusão dos autos, ao Juiz Togado, para deliberação. Presentes intimados. Fica concedido prazo de 05(cinco) dias para juntada das cartas de preposição e substabelecimentos, se houver. Observe-se a escrivania os pedidos de futuras intimações. Presentes intimados. Cumpra-se. Nada mais havendo a tratar determinou o MM. Juiz fosse o presente encerrado que vai devidamente assinado. Eu, _____, Técnico Judiciário, o digitei e subscrevi.


CONCILIADOR


ADV. DO PROMOVENTE


OFICIAL DE JUSTIÇA


PROMOVENTE



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS
Juízo do(a) Vara Única de São José de Piranhas

Margens da Rodovia PB-400, 231, Perímetro Urbano, SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PB - CEP:
58940-000

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

DESPACHO

Nº do Processo: 0800285-55.2018.8.15.0221

Classe Processual: PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)

Assuntos: [INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL]

AUTOR: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

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

Vistos, etc.

Intimem-se as partes para especificarem as provas que pretendem produzir, conforme o art. 348 do CPC/2013.

Caso não haja manifestação pela produção de novas provas, façam conclusos os autos para julgamento conforme estado do processo.

Intimações e demais providências necessárias.

CUMPRASE.

Nos termos do Artigo 102ss, do Código de Normas Judicial da CGJ-PB, **confiro a esta determinação força de mandado/ofício/carta** para as providências necessárias ao seu fiel cumprimento.

SÃO JOSÉ DE PIRANHAS-PB, em 23 de fevereiro de 2020.

HERMESON ALVES NOGUEIRA

Juiz de Direito



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS
Juízo do(a) Vara Única de São José de Piranhas

Margens da Rodovia PB-400, 231, Perímetro Urbano, SÃO JOSÉ DE PIRANHAS - PB - CEP:
58940-000

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO DE DESPACHO

Nº DO PROCESSO: 0800285-55.2018.8.15.0221
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL]

AUTOR: JOSEFA MARIA DOS SANTOS
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

De ordem do(a) MM Juiz(a) de Direito da Vara Única de São José de Piranhas, e em cumprimento a determinação constante dos autos da ação de nº 0800285-55.2018.8.15.0221 (número identificador do documento transcrito abaixo), **ficam as partes**, através de seus advogados abaixo indicados, **INTIMADAS** para tomarem ciência do seguinte **DESPACHO**: "...Intimem-se as partes para especificarem as provas que pretendem produzir, conforme o art. 348 do CPC/2013..."

Advogados do(a) AUTOR: AMANDA DE CALDAS ARAUJO - PB25644, ALYSSON DE ABREU BARROS - PB19718, ANDRE COSTA BARROS NETO - PB3718, ANDRE COSTA BARROS JUNIOR - PB14678

Prazo: 5 dias

De ordem do(a) MM Juiz(a) de Direito, **ficam as partes e seus advogados ADVERTIDOS** que a presente intimação foi encaminhada, **via sistema**, exclusivamente ao(s) advogado(s) que se encontrava(m), no momento da expedição, devidamente cadastrado(s) e validado(s) no PJe/TJPB, conforme disposto na Lei Federal nº 11.419/2006. **Observação:** A eventual ausência de credenciamento resulta na intimação automática apenas do(s) advogado(s) habilitado(s) que esteja(m) devidamente cadastrado(s) e validado(s) no sistema PJe do TJPB, uma vez que a prática de atos processuais em geral por meio eletrônico somente é admitida mediante uso de assinatura eletrônica, sendo, portanto, obrigatório o credenciamento prévio no Poder Judiciário, conforme arts. 2º, 5º e 9º da Lei 11.419/2006 c/c art. 7º da Resolução 185/2013/CNJ.

SÃO JOSÉ DE PIRANHAS-PB, em 16 de março de 2020

De ordem, ALEXANDRE MAGNO DA SILVA PEREIRA
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: **28529295**



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS – PARAÍBA.

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO–DPVAT

[PJE 0800285-55.2018.8.15.0221](#)

JOSEFA MARIA DOS SANTOS, já qualificada na [petição inicial](#), vêm, com o devido respeito à Vossa Excelência, intermediada por seu mandatário, para requerer o que se segue.

I – O CASO DISPENSA A PRODUÇÃO DE PROVAS

Haja visto a decisão próxima passada, na qual se deu ciência às partes quanto ao interesse em produção de provas, abaixo se destacam suas considerações.

Sem sombra de dúvida a demanda prescinde de produção de provas, seja pericial ou em audiência.

O tema, levada ao debate, diz respeito, tão só, à matéria de direito, o que, per se, já justifica a desnecessidade de produzir-se provas, como, a propósito, delimita o [Código de Processo Civil](#):

Art. 355. O juiz julgará antecipadamente o pedido, proferindo sentença com resolução de mérito, quando:

I – não houver necessidade de produção de outras provas;

II – PEDIDO DE JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE

Requer que seja julgada procedente com a condenação do requerido ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), no valor de R\$ 6.750,00 (treze mil e quinhentos reais), acrescidos de juros de mora, atualização monetária, custas processuais e honorários de advogado na base usual de 20% sobre o valor total do débito e demais cominações legais



Diante disso, vê-se que o caso é daqueles de dispensa de produção de provas, motivo qual, sobretudo, informa-se que não tem interesse em produzir provas.

Via de consequência, **pede-se o julgamento antecipado da lide, na forma do que rege o art. 355, inc. I, do NCPC.**

Respeitosamente, pedem deferimento.

São José de Piranhas (PB), 19 de março de 2020.

ALYSSON DE ABREU BARROS

Advogado – OAB/PB 19718

