

## **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 1.751.173-2<sup>a</sup>via-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. ANDRE 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 judicia et extra”, para representá-lo em repartições públicos 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, auxilio 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 assistencial 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*





Assinado eletronicamente por: ALYSSON DE ABREU BARROS - 17/07/2018 16:06:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1807171606327500000015019774>  
Número do documento: 1807171606327500000015019774

Num. 15399706 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: ALYSSON DE ABREU BARROS - 17/07/2018 16:06:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1807171606327500000015019774>  
Número do documento: 1807171606327500000015019774

Num. 15399706 - Pág. 2



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

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

## CASAMENTO N° 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 Fátrio; 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 \*\*\*\*\*

FARPEM

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

FARPEM

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

521899





Cartório Registral

Luiz Gonzaga

Laura Cavalcanti Vieira e Melo  
Oficiala  
Bela - Franciscas Abrantes Pereira  
Escrevente

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

NOME:

**JOÃO BOSCO**

CPF  
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

NACIONALIDADE

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.

DIA  
27

MÊS  
04

ANO  
2018

LOCAL DE FALECIMENTO

PB 400, São José de Piranhas-PB

CAUSA DA MORTE

Traumatismo Crânio Emcefálico, Trauma

SEPUAMENTO / CREMAÇÃO  
Cemitério Coração de Maria, em Cajazeiras-PB  
ESCREVENTE  
AUTORIZADA

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 (DOIS) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO

Dávi Leal Landim Cruz, CRM 11380

AVERAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCE

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,  
ano 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, Cricica, Kedma, Rayane e Kedson. Nada mais declarou; Dou fé. Lido e achado  
correto assim assinado o declarante. Não constam averbações à margem do termo..

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

CPF: N° 414.316.004-82, Título de eleitor Nº 008500851210 zona 040 seção 0018 da  
cada 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.

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

*Franciscas Abrantes Pereira*  
Oficiala.

Bela - Franciscas Abrantes Pereira

ESCREVENTE

CARTÓRIO DE "OFÍCIO "DINAS ANDRIOLA".  
A presente fotocópia confere com o original existente  
nestas Notas. COPIERIDO 08/03/2018. Oficiala.  
CAJAZEIRAS - Paraíba.

SELO Digital do Cartório Registral "LUIZ GONZAGA"  
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  
cada de São José de Piranhas-PB emitido em 03/08/2017

Site: www.tjpb.jus.br  
E-mail: abrantescavalcanti@bol.com.br

Site digital AFI97931-OU7Z

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*João Bosco*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

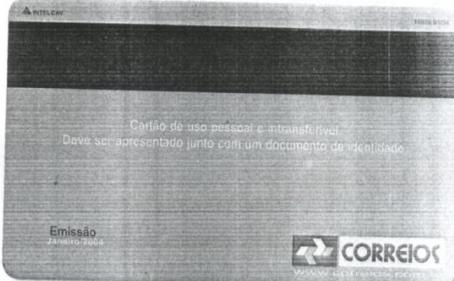
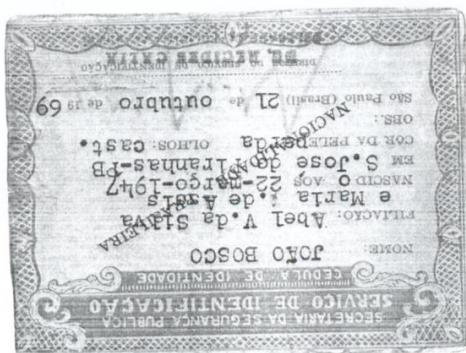
NOME DO ELEITOR <b>JOÃO BOSCO</b>	
DATA DE NASCIMENTO 22/03/1947	Nº INSCRIÇÃO 0085 0085 1210
ZONA 040	SEÇÃO 0018
MUNICÍPIO / UF SÃO JOSÉ DE PIRANHAS/PB	DATA DE EMISSÃO 03/08/2017
JUIZ ELEITORAL	

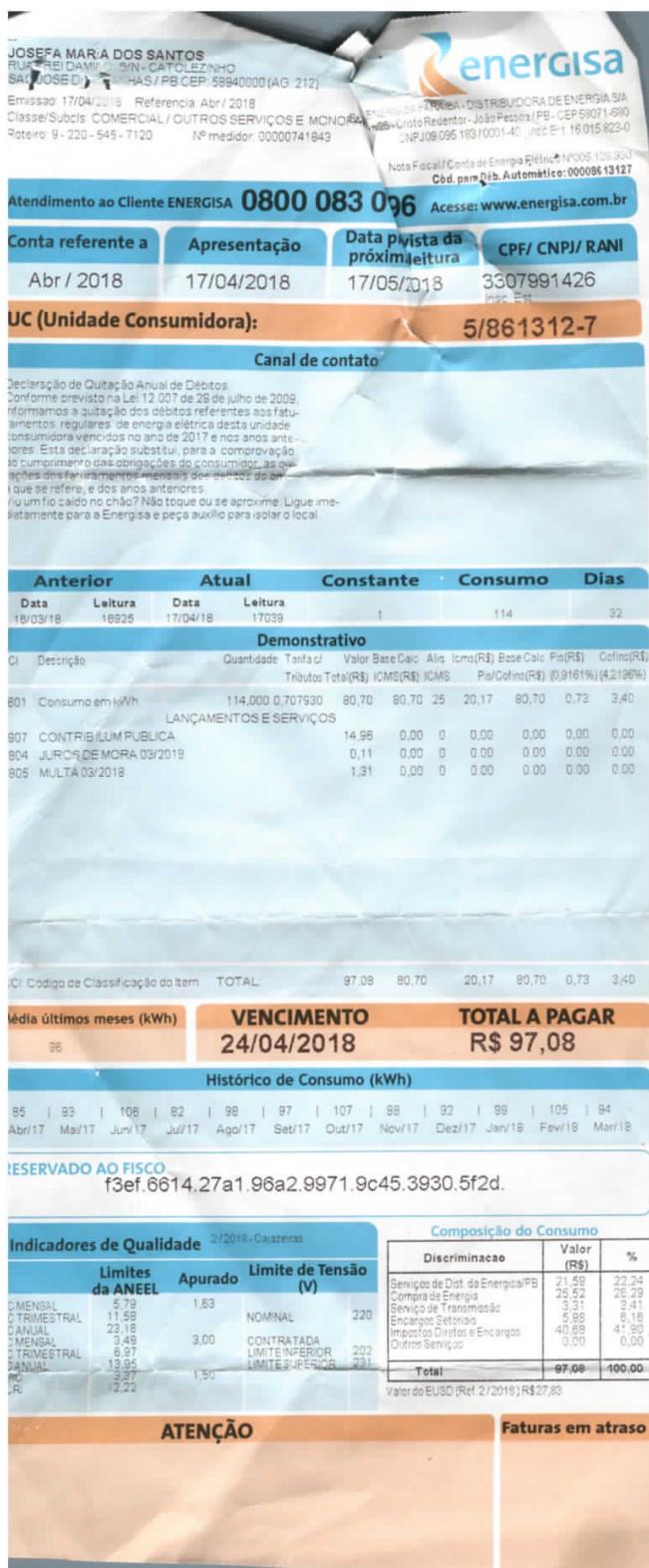
VALIDO De 03/08/2017 Até 03/08/2018



Assinado eletronicamente por: ALYSSON DE ABREU BARROS - 17/07/2018 16:07:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18071716065359600000015019801>  
Número do documento: 18071716065359600000015019801

Num. 15399734 - Pág. 2





Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3ª Superintendência Regional de Polícia  
20ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL  
SÃO JOSÉ DE PIRANHAS/PB



GOVERNO  
DA PARAÍBA



**LAUDO DE EXAME CADAVÉRICO**  
(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 CADAVÉRICO 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? Traumatismo Crânio Encefálico

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  
INSÍDIOSO 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, popliteo  
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, escrivã(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 sua 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, popularmente conhecido por GINA, o qual encontra-se foragido até a presente data.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

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

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

*Foto de Josefa Maria dos Santos*

JOSEFA MARIA DOS SANTOS  
Comunicante

Escrivã(o)/Agente

*Escrivã(o)/Agente*

**CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA".**  
A presente fotocópia confere com a original exibida  
nestas Notas. CONFERIDA ( ) POU FE.  
CAJAZEIRAS - Paraíba, 08/05/2018.

**RENELITA DA ROCHA MOREIRA**  
Selo Digital de Fiscalização Tipo Normal C-AQW7325/E7AI  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUM: R\$ 2,84 FARFEN R\$ 0,28 FEPJUR R\$ 0,56





### 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 POLICIA 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 11.380 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(na) 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 Danillo L. Asfis, Escrivão de Polícia Civil, Mat. 155.971-1

#### 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: \_\_\_\_\_



1



#### 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). Nossa 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). Nossa 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.



Assinado eletronicamente por: ALYSSON DE ABREU BARROS - 17/07/2018 16:07:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18071716071644600000015019851>  
Número do documento: 18071716071644600000015019851

Num. 15399784 - Pág. 2



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



SÃO JOSÉ DE PIRANHAS  
Última de realização

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA <b>27/04/18</b>	HORA <b>18:30</b>	Nº OC <b>03</b>	PACIENTE / USUÁRIO <b>José Bosco</b>	IDADE <b>71</b>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
ENDERECO DA OCORRÊNCIA <b>78 400 saída para Igreja</b>		BAIRRO	CIDADE <b>S. J. Piranhas</b>	MÉDICO REGULADOR <b>Eduardo</b>	
APOIO NO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> PM		<input type="checkbox"/> BOMBEIROS	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> CPTRAN	<input type="checkbox"/> STRANS
		<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"/> PSQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA	<input type="checkbox"/> OUTROS <b>Atropelamento</b>
<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA DE FOGO	QUAL:	<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA BRANCA	QUAL:

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO EXPANSIBILIDADE	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"/> BRADIPINÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNEIA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR <b>MURMÚRIOS VESICULARES</b> <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO <b>D E</b> <input type="checkbox"/> AUSENTES <b>D E</b> <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	<input checked="" type="checkbox"/> PULSO <input type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE  <b>PERFUSÃO</b> <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÉNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> AUSENTE  <b>PUPILAS</b> <input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> OTORRÉIA  <b>MIOSE</b> <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA <b>D E</b> <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. C°	Sat. 02%	A. O.	R. V.	R. M.	Total	
INICIAL	—	81	—	—	34	1	4	1	3	—
FINAL										

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	OUTROS
<input checked="" type="checkbox"/> DESEOBSTRUÇÃO V.A. <input checked="" type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO V.A. <input checked="" type="checkbox"/> CÁNULA DE GUEDEL <input checked="" type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO ____/mm <input checked="" type="checkbox"/> MÁSCARA <input type="checkbox"/> CATERTER <input checked="" type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MANUAL <input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRIA <input checked="" 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 TORÁXICA <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 38, 71 anos, sexo masculino, inconsciente, vítima de atropelamento por moto (sic). Apresentava sinal de guarin + hemotoma no olho direito, possivel fratura de mandíbula, glasgow 3, FC: 84, SpO2 31. Foi realizado immobilização CPT, acesso venoso periférico, aspiração orofaringea e solicitação da USA e via rádio. Paciente entrou em parada cardíaca, foi iniciado protocolo de RCP, instalação do DEA, o qual não indicou o choque, pulso em miose, ausência de SSV e remoção para o MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO: hospital local de São José de Piranhas.

Os soro fisiológico, colar cervical, cânula guedel, sonda de aspiração, seringa 20 ml, gelco 20, álcool, algodão, esparadrapo, prancha, coxins, tirantes, DTA.



**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 CARDIÁCA DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> FERIDA POR ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> TRAUMA GRAVE NA CABEÇA	<input type="checkbox"/> MEDO
<input type="checkbox"/> PERDA SANGUÍNEA 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"/> ESCORRÃO LEVE	<input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTUBADA	<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		USO DO CINTO DE SEGURANÇA	
<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO	<input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> MOTORISTA	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO TRASEIRO	<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	SITUAÇÃO DA VÍTIMA		USO DO CAPACETE	
VEÍCULO DA VÍTIMA		<input type="checkbox"/> EJETADA	<input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO	<input type="checkbox"/> SIM	
<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO	<input type="checkbox"/> PRESA AS FERRAGENS	<input type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> MOTO	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> SENTADA	<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"/> FAHSLP
<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 17.716 COREN-PB 11.390*

**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: *376.4185*

Téc. de Enfermagem *Felipe Camargo* COREN: *995950*

Condutor: *Edvaldo de Oliveira PessOA* CNH: *038251042*





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

SÃO JOSÉ DE PIRANHAS  
E-mail: [email@revisor.com.br](mailto:email@revisor.com.br)



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA	HORA	Nº OC	PACIENTE / USUÁRIO	USA	/ USB	05			
27/04/18	18:30	03	João Bosco						
ENDERECO DA OCORRÊNCIA			BAIRRO	CIDADE	IDADE	SEXO			
78 400 saída para larebe				S. J. Piranhas	71	<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.			
APOIO NO LOCAL:			PM	BOMBEIROS	PRF	CPTRAN	STTRANS	IML	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>Atrapalhamento</u>
<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA DE FOGO	QUAL: _____	<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA BRANCA	QUAL: _____

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> PÉRVIAS <input checked="" type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL  <input type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNIÉIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNEIA	<b>EXPANSIBILIDADE</b> <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR  <b>MURMÚRIOS VESICULARES</b> <input type="checkbox"/> NORMAL <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	<b>PULSO</b> <input checked="" type="checkbox"/> FINO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE  <b>PERFUSÃO</b> <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"/> SONOLÉNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA
			<b>RINORRAGIA</b> <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  <b>PUPILAS</b> <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. C°	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"/> DESEBSTRUÇÃO V.A. <input checked="" type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO V.A. <input checked="" type="checkbox"/> CÁNULA DE GUEDEL <input checked="" type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO l/mm <input checked="" type="checkbox"/> MÁSCARA <input type="checkbox"/> CATETER <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MANUAL <input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRIA <input checked="" 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"/> DISSECCÃO <input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDIACA <input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO <input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA	<input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁXICA <input type="checkbox"/> PULMÃO 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 (sic). Apresentava sinal de guarin + hemorragia no olho direito, possivel fratura de mandíbula, glasgow 3, FC: 84, SpO2 34. Foi realizado estabilização oft, acesso venoso periférico, aspiração orofaringea e solicitação da USA via rádio. Paciente entrou em parada cardíaca, foi iniciado protocolo de RCP, instalação de DEA, o qual não indicou o choque pulso em mioses, ausência de SSV e remoção para o hospital local de São José de Piranhas. DEA.

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO: oxigênio fisiológico, colar cervical, cânula guedel, sonda de aspiração, seringas 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 CARDIÁCA DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> FERIDA POR ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> TRAUMA GRAVE NA CABEÇA	<input type="checkbox"/> MEDO
<input type="checkbox"/> PERDA SANGUÍNEA 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"/> FRAZURA <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"/> ESCORRÃO LEVE	<input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTUBADA	<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		USO DO CINTO DE SEGURANÇA
	<input type="checkbox"/> PEDESTRE	<input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO	
<input type="checkbox"/> COLISÃO	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TOMBAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	<b>SITUAÇÃO DA VÍTIMA</b>	<b>USO DO CAPACETE</b>
<b>VEÍCULO DA VÍTIMA</b>	<input type="checkbox"/> EJETADA	<input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO	<input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> MOTO	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____	<input type="checkbox"/> PRESA AS FERRAGENS	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> SENTADA	<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  
SEMEQ, 17/16 CRM-PB 11.310*

**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: *995550*

Condutor: *Eduardo de Melo dos Santos* CNH: *039251042*



### 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 BOSCO, 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	1751173-5505-13	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
_____

Joséfa Maria dos Santos  
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE
_____

#### DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) 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	2508376-98	036230241405	<u>Alysson de J. Barros</u>
2. Amanda de Laldos Araújo	3307341	07120765490	<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 16ANOS (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).





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 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

JOÃO BOSCO

CPF da Vítima

414.316.004-82

Data do Acidente

27/04/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JOSEFA MARIA DOS SANTOS

CPF do Representante legal

033.099.914-26

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.

CANDEIAS-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



Assinado eletronicamente por: ALYSSON DE ABREU BARROS - 17/07/2018 16:07:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1807171607262850000015019891>  
Número do documento: 1807171607262850000015019891

Num. 15399826 - Pág. 2

## DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE

JOSEFA MARIA DOS SANTOS, portador / a da Carteira de Identidade / RG nº 1.751.173-ZVIA, CPF nº 033.079.914-26, residente na Rua FREI DAMIÃO, S/N - GÁO JOSÉ DE PIRANHAS-PB declaro em sã consciência que convivia, na condição de **cônjugue**, com JOÃO BOSCO (nome da vítima de acidente coberto pelo Seguro Dpvat), 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  
S

**SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS**

**MORTE** M

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES**

**DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTE A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS)**

VITIMA **JOSÉ BOSCO** CPF DA VÍTIMA **414.316.004-82**  
DATA DO ACIDENTE **27/04/2013**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

**JOSÉFA MARIA DOS SANTOS**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

( REPRESENTANTE LEGAL ( BENEFICIÁRIO, CUIO PARENTESCO

COM A VÍTIMA E

**JOSÉFA MARIA DOS SANTOS**

ENDERECO DO PORTADOR

**RUA FREI DAMIÃO**

Nº **51/N**

COMPLEMENTO **—**

BARRIO **ATOLEIRINHO**

CIDADE **São José de Ribamar**

UF **RB** CEP **58940-000**

E-MAIL **—**

TELEFONE **(—)**

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

\* MORTE R\$ 13.300,00

\* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00

\* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)

\* PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COMPLETA

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO. NESTE FORMULARIO

\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS**

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CERTIDO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CARTERA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU

CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO CADAVÉRICO (MUN) OU CERTIDO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL).

QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de folha de cheque ou cartão bancário

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE  
DATA **08/05/2018**

IDENTIDADE **1751173-2004-5505-R5**

ASSINATURA **—**

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	033.099.919-26	Profissão	DO LAR
Endereço	RUA FREI DAMIÃO	Número	S/N	Complemento	
Bairro	CATOLEZINHO	Cidade	SÃO JOSÉ DE PIRANHAS	Estado	PB
Email				CEP	58940-000
				Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		NRO. _____	
AGÊNCIA NRO. <b>2649</b>	D/V <b>1</b>	CONTA NRO. <b>17689</b>	D/V <b>3</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V

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

CAHAZIRAS, 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





## Extrato de Poupança Ouro

**Cliente**

1º Titular

JOAO BOSCO

Agência	Conta	Variação
2644-1	17.689-3	51

**Movimento**

Data	Dep.	Documento	Valor
21/05/2018	000000000000		4.047,05 C
22/05/2018 00	99-7	15.303	2.999,99 D
23/05/2018 11	99-7	16.230	1.047,06 D
21/06/2018 21	2644-1	772	6.750,00 C
21/06/2018 21	2644-1	39	2.999,99 D
<b>S A L D O</b>			<b>3.750,01 C</b>
<b>VALOR BLOQUEADO</b>			<b>0,00 D</b>
<b>DISPONÍVEL</b>			<b>3.750,01 C</b>

**Saldo por dia base**

Dia base	Saldo
21	3.750,01

OBS: FUTURO E SEGURANÇA SÃO SINÔNIMOS DE POUPANÇA BB.NAO DEIXE PRA DEPOIS. APLIQUE JA.

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DE PIRANHAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192



SÃO JOSÉ DE PIRANHAS  
É tempo de realizar.

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA <b>27/04/18</b>	HORA <b>18:30</b>	Nº OC <b>03</b>	PACIENTE / USUÁRIO <b>João Bosco</b>	IDADE <b>71</b>	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.			
ENDERECO DA OCORRÊNCIA <b>78400 saída para horebe</b>		BAIRRO	CIDADE <b>S. J. Piranhas</b>	MÉDICO REGULADOR <b>Eduardo</b>				
APOIO NO LOCAL:		<input checked="" type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> BOMBEIROS	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> CPTRAN	<input type="checkbox"/> STRANS	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> OUTROS

USA \_\_\_\_\_ / USB **05**

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 <b>Atropelamento</b>
<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA DE FOGO	QUAL: _____	<input type="checkbox"/> FERIMENTO POR ARMA BRANCA	QUAL: _____

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA	
<input type="checkbox"/> PÉRIVAS <input type="checkbox"/> RESP. RUIDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL  <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL  <input type="checkbox"/> EUPNÉIA <input type="checkbox"/> DISPNIÉIA <input type="checkbox"/> BRADIPNÉIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA <input type="checkbox"/> APNÉIA	<b>EXPANSIBILIDADE</b> <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR  <b>MURMÚRIOS VESICULARES</b> <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> HIPERTIMPANISMO <input type="checkbox"/> MACICEZ	<b>PULSO</b> <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  <b>PERFUSÃO</b> <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETARDADA <input type="checkbox"/> AUSENTE	<b>CONSCIENTE</b> <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÉNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> AUSENTE	<b>RINORRAGIA</b> <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> OTORRÉIA  <b>PUPILAS</b> <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  <b>RINORRAGIA</b> <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> OTORRÉIA  <b>PUPILAS</b> <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. C°	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"/> DESEOBSTRUÇÃO V.A. <input checked="" type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO V.A. <input checked="" type="checkbox"/> CÁNULA DE GUEDEL <input checked="" type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO ____/min <input checked="" type="checkbox"/> MÁSCARA <input type="checkbox"/> CATERTER <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MANUAL <input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRIA <input checked="" 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 TORÁXICA <input type="checkbox"/> PULÇÃO PLEURAL <input type="checkbox"/> SONDA VESICAL <input type="checkbox"/> S. O. GASTRICA <input type="checkbox"/> S. N. GASTRICA <input type="checkbox"/> OUTROS: _____

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA E EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

18:30, paciente 28, 71 anos, sexo masculino, inconsciente, vítima de atropelamento por moto (sic). Apresentava sinal de guarin + hemotórax no lado direito, possível fratura de mandíbula, glasgow 3, FC: 84, SpO2 31. Foi realizado imobilização CPT, acesso venoso periférico, aspiração orofaringea e solicitação da USA da via aérea. Paciente entrou em parada cardíaca, foi iniciado protocolo de RCP, instalação do DEA, o qual não indicou o choque pulso em mioses, ausência de SSV e remoção para o hospital local de São José de Piranhas. **Doutor**.

MATERIAL E MEDICAMENTO UTILIZADO:

03 soro fisiológico, colar cervical, cânula guedel, sonda de aspiração, seringa 20  
 03 gelco 20, álcool, algodão, esparadrapo grande, coxins, tirantes, DET



**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 CARDIÁCA DIMINUIDO
<input type="checkbox"/> FERIDA POR ARMA DE FOGO	<input type="checkbox"/> TRAUMA GRAVE NA CABEÇA	<input type="checkbox"/> MEDO
<input type="checkbox"/> PERDA SANGUÍNEA 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 INFICAZ	<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 PERTUBADA	<input type="checkbox"/> PERCEPÇÃO SOCIAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL EFETIVA	<input type="checkbox"/> ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO
OUTROS:		

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

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**

Médico Regulador: *Eduardo* CRM: \_\_\_\_\_  
 Enfermeiro (a): *Daniella Oliveira* COREN: *376.485*  
 Téc. de Enfermagem *Felipe Camargo* COREN: *995950*  
 Condutor: *Gelson de Oliveira Pessas* CNH: *038261048*





**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 N° 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 12de marçode 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



Assinado eletronicamente por: ARAO COSTA MIGUEL - 10/01/2019 09:39:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011009394556900000018087274>  
Número do documento: 19011009394556900000018087274

Num. 18586687 - Pág. 1



**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

Num. 18586688 - Pág. 1



**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



Assinado eletronicamente por: ARAO COSTA MIGUEL - 10/01/2019 09:44:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19011009445283300000018087375>  
Número do documento: 19011009445283300000018087375

Num. 18586793 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: JOSE MARCELO GOMES FERREIRA - 16/01/2019 11:56:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1901161156161270000018161779>  
Número do documento: 1901161156161270000018161779

Num. 18663610 - Pág. 1



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**

Enderéco: **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



Assinado eletronicamente por: HISLEY DE SOUZA OLIVEIRA - 13/02/2019 15:29:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021315285928900000018680805>  
Número do documento: 19021315285928900000018680805

Num. 19197536 - Pág. 1

**AR****DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE**

ME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

ENDERECO / ADRESSE			
CEP / Dadas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ	UF / PAIS / PAYS	NATUREZA DO ENVOI / NATURE DE L'ENVOI	
DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO: Envio de carta de citação e intimação referente a AÇÃO DE COBRANÇA		<input type="checkbox"/> PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE <input type="checkbox"/> EMS <input type="checkbox"/> SEGURO / VALEUR DÉCLARÉ	
Processo nº 0800285-55.2018.815.0221 – Audiência: 12.03.2019 – 08:30h.	DATA DE RECEBIMENTO / DATE DE LIVRAISON		

ASSINATURA / SIGNATURE DU RECEPTEUR		CARIMBO DE ENTREGA / UNITADE DE DESTINO CDD / DE MARÇO - DR/RJ	
18 JAN 2019		18 JAN 2019	
NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RECEPTEUR CELSON FERFIRA DOS SANTOS QG: 04302494-1 IFP		RUBRICA E MAT. DO EMPREGADO / SIGNATURE DE L'AGENT R. Junior 8.958.534-7	
Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR / ORGÃO EXPEDIDOR			

**ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERS**

75240203-0

FC0463 / 16

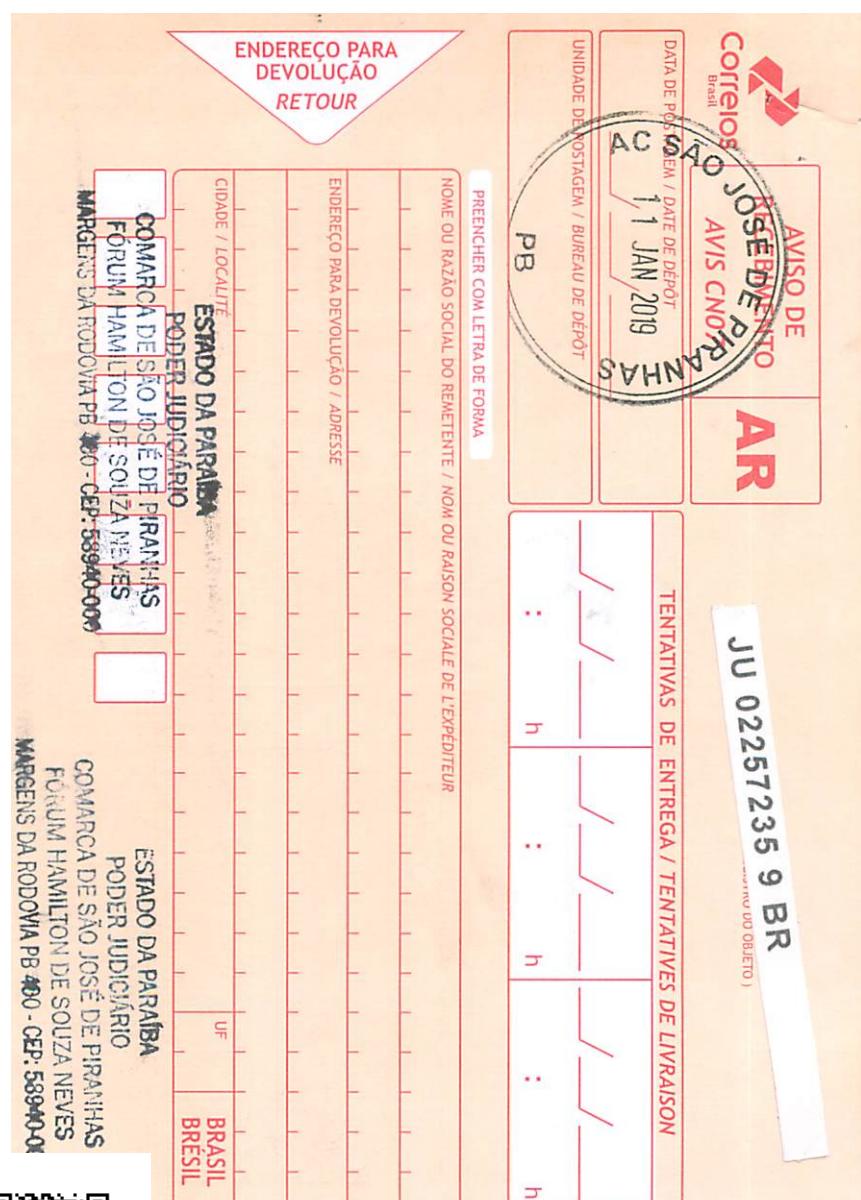
114 x 186 mm



Assinado eletronicamente por: HISLEY DE SOUZA OLIVEIRA - 13/02/2019 15:26:41, HISLEY DE SOUZA OLIVEIRA - 13/02/2019 15:29:06  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021315290227900000018680806

Num. 19197537 - Pág. 1

Número do documento: 19021315290227900000018680806



Assinado eletronicamente por: HISLEY DE SOUZA OLIVEIRA - 13/02/2019 15:26:41, HISLEY DE SOUZA OLIVEIRA - 13/02/2019 15:29:06 Num. 19197537 - Pág. 2  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021315290227900000018680806

Número do documento: 19021315290227900000018680806

Termo anexo.



Assinado eletronicamente por: HERALDO COSTA MIGUEL - 21/03/2019 07:42:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032107424750200000019408381>  
Número do documento: 19032107424750200000019408381

Num. 19949168 - Pág. 1



PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA  
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

  
OFICIALIA 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.

CUMPRA-SE.

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

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

**HERMESON ALVES NOGUEIRA**

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: HERMESON ALVES NOGUEIRA - 09/03/2020 11:07:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022315231978500000027506315>  
Número do documento: 20022315231978500000027506315

Num. 28529295 - Pág. 1

**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]

**A U T O R : J O S E F A M A R I A D O S S A N T O S**  
**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 transrito 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.tjpbr.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 28529295**



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRE MAGNO DA SILVA PEREIRA - 16/03/2020 15:47:16  
[http://pje.tjpbr.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615471599200000028089887](https://pje.tjpbr.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031615471599200000028089887)  
Número do documento: 20031615471599200000028089887

Num. 29152989 - Pág. 1

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

## AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO–DPVAT

PJEC 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, sobremodo, 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

