



Número: **0800285-55.2018.8.15.0221**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São José de Piranhas**

Última distribuição : **17/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEFA MARIA DOS SANTOS (AUTOR)	AMANDA DE CALDAS ARAUJO (ADVOGADO) ALYSSON DE ABREU BARROS (ADVOGADO) ANDRE COSTA BARROS NETO (ADVOGADO) ANDRE COSTA BARROS JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
15399 655	17/07/2018 16:11	Petição Inicial	Petição Inicial
15399 674	17/07/2018 16:11	PETIÇÃO INICIAL - DPVAT - JOSEFA MARIA DOS SANTOS	Outros Documentos
15399 687	17/07/2018 16:11	PROCURAÇÃO	Procuração
15399 706	17/07/2018 16:11	DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DA AUTORA	Documento de Identificação
15399 724	17/07/2018 16:11	CERTIDÃO DE CASAMENTO	Outros Documentos
15399 734	17/07/2018 16:11	CERTIDÃO DE OBITO E DOCUMENTOS PESSOAIS DO FALECIDO	Outros Documentos
15399 751	17/07/2018 16:11	COMPROVANTE DE RESIDENCIA	Outros Documentos
15399 772	17/07/2018 16:11	BOLETIM DE OCORRENCIA - PERICIA AD HOC - EXAME CADAVERICO	Outros Documentos
15399 784	17/07/2018 16:11	BUSCA PESQUISA SITE DPVAT - COMPROVANTE DE PAGAMENTO	Outros Documentos
15399 805	17/07/2018 16:11	COOCUMENTOS HOSPITALAR	Outros Documentos
15399 826	17/07/2018 16:11	DOCUMENTOS ENTREGUES A SEGURADORA LIDER	Outros Documentos
15399 846	17/07/2018 16:11	EXTRATO DA CONTA A AUTORA - RECEBIMENTO DPVAT 6750 REAIS	Outros Documentos
15399 866	17/07/2018 16:11	FICHA DO SAMU	Outros Documentos
17836 204	20/11/2018 16:56	Despacho	Despacho
18586 687	10/01/2019 09:39	Expediente	Expediente
18586 688	10/01/2019 09:39	Mandado	Mandado
18586 689	10/01/2019 09:39	Expediente	Expediente

18586 690	10/01/2019 09:39	<u>Expediente</u>	Expediente
18586 793	10/01/2019 09:44	<u>Carta</u>	Carta
18663 610	16/01/2019 11:56	<u>Diligência</u>	Diligência
18663 697	16/01/2019 11:56	<u>Josefa Maria dos Santos</u>	Devolução de Mandado
19197 536	13/02/2019 15:29	<u>Aviso de Recebimento</u>	Aviso de Recebimento
19197 537	13/02/2019 15:29	<u>AR</u>	Aviso de Recebimento
19949 168	21/03/2019 07:42	<u>Termo de Audiência</u>	Termo de Audiência
19949 180	21/03/2019 07:42	<u>Termo de Audiência de Conciliação - 0800285-55.2018</u>	Termo de Audiência
28529 295	09/03/2020 11:07	<u>Despacho</u>	Despacho
29152 989	16/03/2020 15:47	<u>Expediente</u>	Expediente
29247 862	19/03/2020 08:42	<u>Petição</u>	Petição

SEGUE EM ANEXO PETIÇÃO INICIAL EM PDF



Assinado eletronicamente por: ALYSSON DE ABREU BARROS - 17/07/2018 16:06:12, ALYSSON DE ABREU BARROS - 17/07/2018 16:06:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18071716091937100000015019725>

Nº. 15399655 - Pág. 1

Número do documento: 18071716091937100000015019725

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DO JUIZADO ESPECIAL
CIVIL E CRIMINAL DA COMARCA DE CAJAZEIRAS-PB.**

JOSEFA MARIA DOS SANTOS, brasileira, viúva, pensionista, portadora do documento de identidade RG 1.751.173 2^a Via SSDS/PB e inscrita no CPF sob o nº 033.079.914-26, residente e domiciliada na Rua Frei Damião, bairro Catolezinho, São José de Piranhas/Paraíba, por seus advogados e procuradores, **Bel. ANDRÉ COSTA BARROS NETO**, brasileiro, casado, CPF. Nº 160.398.824-68, **Bel. ANDRE COSTA BARROS JUNIOR**, brasileiro, casado, CPF. Nº 033.396.424-19, e o **Bel. ALYSSON DE ABREU BARROS**, brasileiro, casado, CPF. Nº 036.230.744-03, **Bela. AMANDA DE CALDAS ARAÚJO**, brasileira, solteira, CPF. Nº 071.207.694-80 ambos com escritório profissional na Av. Padre Rolim, 723 - Centro - Cajazeiras - Paraíba, OAB-PB. 3.718, 14.678, 19.718 e 25.644. Vem, respeitosamente, perante Vossa Excelência, com esteio na Lei 8.213/91, bem como a Lei nº 10099/2000, na Constituição Federal e na Lei Adjetiva Processual Pátria, apresentar, como apresentada fica, a presente...

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, companhia de seguros participante do Consórcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, localizada na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos:

PRELIMINARMENTE

DA JUSTIÇA GRATUITA

- a) Da Justiça Gratuita - A Requerente é pobre na forma da Lei, o que afirma nesta ação, sob as penas cominadas ao crime previsto, não podendo pagar custas processuais e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou da família (art. 40º da Lei nº 1.060/50).



- b) Isto posto requer: O benefício da Justiça Gratuita em face da situação econômica do Requerente, bem assim, por ser medida consoante com as disposições normativas da Lei 1.060/50 e da Jurisprudência Pátria.

DA SITUAÇÃO FÁTICA

A requerente é esposa de JOÃO BOSCO, portador do CPF nº 414.316.004-82 e portador do RG 5.122.934 SSP/SP, falecido em 27/04/2018, vítima de acidente de trânsito, ao andar pela avenida foi atingido por veículo automotor, não resistindo aos ferimentos, vindo à óbito, conforme Certidão em anexo, onde aponta que o evento morte fora causado por traumatismo crânio encefálico.

Salienta-se que o direito da autora, consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório de DPVAT, sendo lhe devido o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), uma vez que resta comprovado na documentação acostada aos autos o nexo causal entre o acidente e a morte. Mas, depois de entregar toda a documentação para recebimento administrativo, junto a seguradora LIDER, a autora só recebeu metade do que lhe é devido R\$ 6.750,00 (seis mil setecentos e cinquenta reais). Restando-se prejudicada pelo recebimento abaixo do que tinha direito.

Denota-se legítimo o dever da Ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteado, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o Consórcio referente ao Convênio DPVAT.

Para fazer prova de tudo que foi alegado, a autora é a única beneficiário de **Pensão por morte**, onde recebe um salário mínimo junto ao INSS, conforme protocolo de requerimento nº1338241228.

Nesse sentido Excelência, em decorrência do acidente sofrido pelo Sr João Bosco, culminado com o óbito, a requerente, esposa do falecido, busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu direito.

DO DIREITO

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974 pela Lei Federal nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determina que todos os veículos automotores, paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto no caso de ferimento quanto no caso de morte.

Em conformidade com o art. 3º da lei nº. 6.194/74, os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte,



invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

“Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea I nestes termos:

Art. 20, I – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas não transportadas ou não.

Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

Assim, resta claro que a requerente deve ser indenizada pelo seguro no seu valor total, de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), como medida de direito, visto que é viúva da vítima.

Neste sentido, vejamos nossa Jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA - DPVAT INDENIZAÇÃO POR MORTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA IRRELEVÂNCIA JUNTADA DE DOCUMENTO HÁBIL A DEMONSTRAR A EXISTÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O ACIDENTE E O DANO ALEGADA CARÊNCIA DE AÇÃO AFASTADA CORREÇÃO MONETÁRIA TERMO A QUO EDIÇÃO DA MP Nº 340 /2006 MERA RECOMPOSIÇÃO DA MOEDA EM RAZÃO DA DEPRECIAÇÃO INFLACIONÁRIA RECURSO DESPROVIDO. (TJPR - 8771997 PR 877199-7 (Acórdão) TJPR).

EMENTA: SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT INDENIZAÇÃO POR MORTE CORREÇÃO MONETÁRIA QUE DEVE TER O SEU TERMO INICIAL DE INCIDÊNCIA A PARTIR DA DATA DO ÓBITO VERBA INDENIZATÓRIA QUE DEVE SER FIXADA COM BASE NO SALÁRIO MÍNIMO EM VIGOR NA DATA DO FALECIMENTO DA VÍTIMA RECURSOS IMPROVIDOS.(TJSP - Apelação APL 9196426172009826 SP 9196426-17.2009.8.26.0000).

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA. Qualquer



seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (grifo nosso). Desse modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

DO PEDIDO

Diante do exposto, requer-se à Vossa Excelência seja determinado:

1) A citação do requerido, para que compareça à audiência previamente designada, apresentando defesa caso queira, sob pena de revelia, prosseguindo-se nos ulteriores termos de Direito, para no final ser a ação 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.

2) Seja concedido os benefícios da Justiça Gratuita, por ser a requerente de pessoa pobre nos termos da Lei nº. 1060/50. Saindo vencedores, os requerentes renunciam os valores excedentes à 60 (sessenta) vezes o valor do salário mínimo.

3) Em obediência ao disposto no art. 319, VII do Código de Processo Civil. Vem a autora requerer desse Juízo que seja realizada audiência de conciliação.

4) Protesta provar o alegado através de todos os meios de prova em Direito admitido, especialmente pelos documentos inclusos, como perícia e prova testemunhal.

Dá-se a causa o valor de R\$. 6.750,00 (seis mil, setecentos e cinquenta reais).

Nestes Termos,

Pede e Espera DEFERIMENTO.



Cajazeiras, 17 de julho de 2018.

Bel. ANDRÉ COSTA BARROS NETO
OAB-PB. 3.718

Bel. ANDRÉ COSTA BARROS JUNIOR
OAB-PB. 14.678

Bel. ALYSSON DE ABREU BARROS
OAB-PB. 19.718

Bela. AMANDA DE CALDAS ARAÚJO
OAB-PB 25.644



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^avia-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
ESCREVENTE AUTORIZADA

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 (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 Ofício "DINAS ANDRIOLA"
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

Ofício Registrado "LUIZ GONZAGA"
LARA CAVALCANTI VIEIRA E MELO
RIO JOSÉ DE PIRANHAS-PB
Av. Inácio Lira, 322 - Centro - (83) 3552-1283
MAIL: abrantescavalcanti@bol.com.br

Site Digital AF197931-OU7Z
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjb.jus.br>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

João Bosco

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

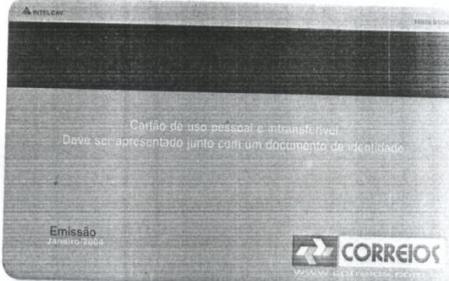
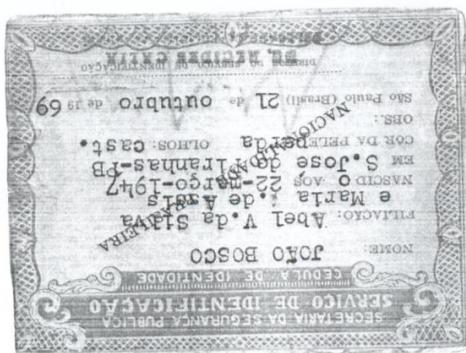
NOME DO ELEITOR JOÃO BOSCO	
DATA DE NASCIMENTO 22/03/1947	Nº INSCRIÇÃO 0085 0085 1210
ZONA 040	SEÇÃO 0018
MUNICÍPIO / UF SÃO JOSÉ DE PIRANHAS/PB	DATA DE EMISSÃO 03/08/2017
JUIZ ELEITORAL	

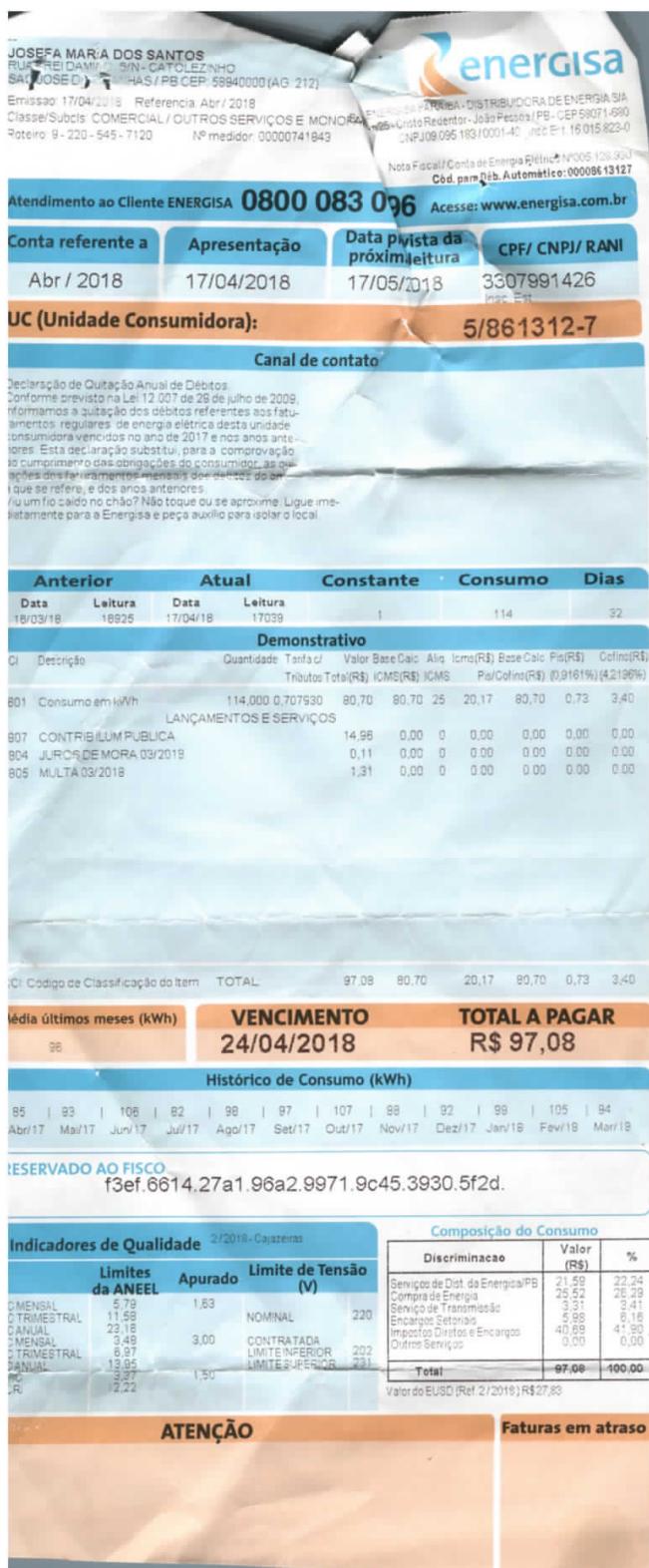
VALIDO De 03/08/2017 Até 03/08/2018



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





Assinado eletronicamente por: ALYSSON DE ABREU BARROS - 17/07/2018 16:07:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1807171607019270000015019818>

Número do documento: 1807171607019270000015019818

Num. 15399751 - Pág. 1

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 27/04/18	HORA 18:30	Nº OC 03	PACIENTE / USUÁRIO José Bosco	IDADE 71	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
ENDERECO DA OCORRÊNCIA 78 400 saída para Igreja		BAIRRO	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"/> 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 Atropelamento
<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 MURMÚRIOS VESICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DIMINUIDO D E <input type="checkbox"/> AUSENTES D E <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 PERFUSÃO <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 PUPILAS <input type="checkbox"/> RINORRAGIA <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> OTORRÉIA MIOSE <input type="checkbox"/> MIDRIASE <input type="checkbox"/> FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> NÃO FOTORREAGENTES <input type="checkbox"/> ANISOCORIA D 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. 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"/> 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
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



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	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"/> 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"/> 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"/> SONOLÉNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA
			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. 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 desfibrilação CPT, 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 SENIORAL 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: _____	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"/> 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	036230241403	<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

Bairro ATOLEIRINHO

CIDADE São José dos Campos UF SP CEP 38940-000

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 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, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 1204

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)

CERTIDÃO 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 CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO 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

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CONJUGE

PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO A RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTERA DE TRABALHO OU NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESESSE DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTAVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FAITO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CONJUGE (MARRIDO OU MULHER)

TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A) E O CONJUGE (MARRIDO OU MULHER)

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

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

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

DOCUMENTOS DO IRMÃO, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

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

CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PÃES DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE
DATA 08/10/2018

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____

IDENTIDADE 175.1173-2014-5505-RB

NOME _____

ASSINATURA o s e c o m p a n h e i r o d o o s

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

414.316.004-82

Nome completo da vítima

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2649 D/V 1 CONTA NRO. 17689 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(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 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.

CAHZEIRAS, 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	99-7	15.303	2.999,99 D
23/05/2018	99-7	16.230	1.047,06 D
21/06/2018	2644-1	772	6.750,00 C
21/06/2018	2644-1	39	2.999,99 D
S A L D O			3.750,01 C
VALOR BLOQUEADO			0,00 D
DISPONÍVEL			3.750,01 C

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 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.			
ENDERECO DA OCORRÊNCIA 78400 saída para horebe		BAIRRO	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"/> 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 Atropelamento
<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	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"/> DIMINUIDO <input type="checkbox"/> AUSENTE <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	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	RINORRAGIA <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> OTORRÉIA 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 RINORRAGIA <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> RINORRÉIA <input type="checkbox"/> OTORRÉIA 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. 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**.

Os soro fisiológico, colar cervical, cânula guedel, sonda de aspiração, seringa 20
Os 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:		

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	
<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. Dayn 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



Assinado eletronicamente por: HERMESON ALVES NOGUEIRA - 20/11/2018 16:56:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112016561094600000017362200>
Número do documento: 18112016561094600000017362200

Num. 17836204 - Pág. 1



**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**

Enderéço: **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		
DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO:		NATUREZA DO ENVOI / NATURE DE L'ENVOI	
Envio de carta de citação e intimação referente a AÇÃO DE COBRANÇA		<input type="checkbox"/> PRIORITÁRIA / PRIORITAIRE	<input type="checkbox"/> SEGURO / VALEUR DÉCLARÉ
Processo nº 0800285-55.2018.815.0221 – Audiência: 12.03.2019 – 08:30h.		<input type="checkbox"/> EMS	<input type="checkbox"/> SEGURADO / VALEUR DÉCLARÉ

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

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

75240203-0

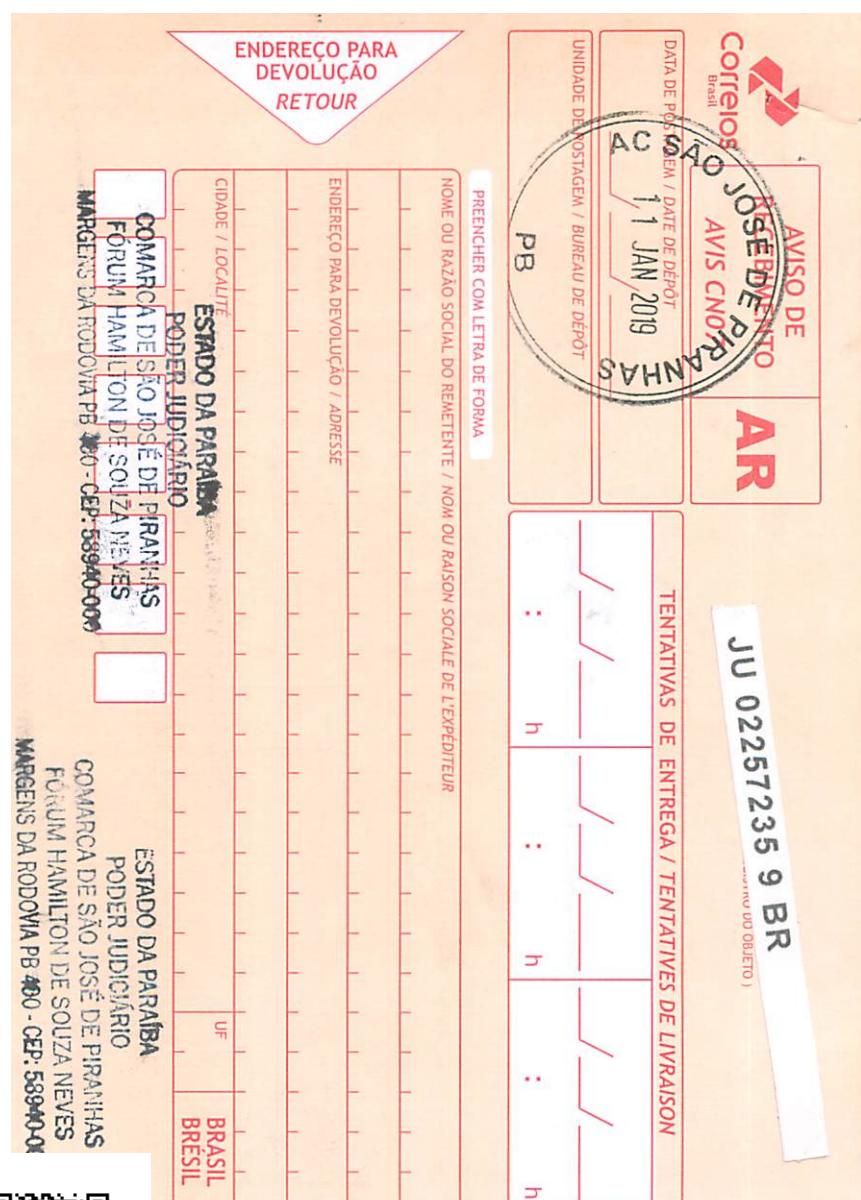
FC0463 / 16

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
Número do documento: 19021315290227900000018680806

Num. 19197537 - Pág. 1



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

