



LACERDA SANTANA
ADVOCACIA
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Anne Karolynne Félix Pereira, brasileiro, menor, RG nº 4.267.299 SSP/SP, CPF nº 127.437.474-02, neste ato representada por sua genitora na qualidade de requerente e representante, Anne Cristina Félix Rodrigues, brasileira, viúva, doméstica, RG nº 3.345.876, CPF nº 048.926.904-09, ambas residentes na Rua Domingos Maranhão, 657, Ceu

OUTORGADAS: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, BRASILEIRA, CASADA, ADVOGADA, INSCRITA NA OAB/PB 11.662-3, RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, BRASILEIRO, SOLTEIRO, INSCRITO NA OAB-PB SOB O Nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILEIRO, BRASILEIRA, SOLTEIRA, INSCRITA NA OAB/PB SOB O Nº 16.105, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA AV. DOM. PEDRO II, Nº 705, CENTRO, JOÃO PESSOA/PB, TELEFONE (83) 3241-6957.

PODERES: OS DA CLÁUSULA "AD JUDICIA ET EXTRA" PERANTE QUALQUER JUÍZO, INSTÂNCIA OU TRIBUNAL, ATÉ DECISÃO FINAL, USANDO TODOS OS MEIOS E RECURSOS LEGAIS EM REPRESENTAÇÃO DO (A) OUTORGANTE, TAMBÉM, EM QUALQUER ÓRGÃO, EMPRESAS PRIVADAS OU PÚBLICAS, SOCIEDADES DE ECONOMIA MISTA, ETC., CONFERINDO-LHES AINDA PODERES ESPECIAIS PARA: CONFESSAR, DESISTER, TRANSIGIR, FIRMAR ACORDOS, RECEBER IMPORTÂNCIAS E VALORES, DAR QUITAÇÃO, REQUERER A EXPEDIÇÃO E RECEBER ALVARÁ, LEVANTAR VALORES ATRAVÉS DESTA, RECEBER CHEQUES DECORRENTE DE CONDENAÇÃO JUDICIAL, PRESTAR DECLARAÇÃO PARA IMPOSTO DE RENDA, AGINDO EM CONJUNTO OU SEPARADAMENTE, RECEBER CITAÇÃO, INTIMAÇÃO, NOTIFICAÇÃO, ETC., SUBSTABELECER, COM OU SEM RESERVAS DE PODERES, SEM PREJUÍZO IMEDIATO DE HONORÁRIOS A QUE SE FIZER JUS (NOS MOLDES DO PARÁGRAFO 3º, ALÍNEAS "A", "B" E "C" DO ART. 20 DO CÓDIGO PROCESSUAL CIVIL PÁTRIO), ENFIM, PRATICAR TODOS OS ATOS PREVISTOS NO ART. 38 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, COM REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº 8.952, DE 13/12/94 E ART. 5º, 52, DA LEI 8.906 DE 04/07/94 (ESTATUTO DA ADVOCACIA E DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL) PARA O FIEL CUMPRIMENTO DOS PODERES OUTORGADOS NESTE INSTRUMENTO.

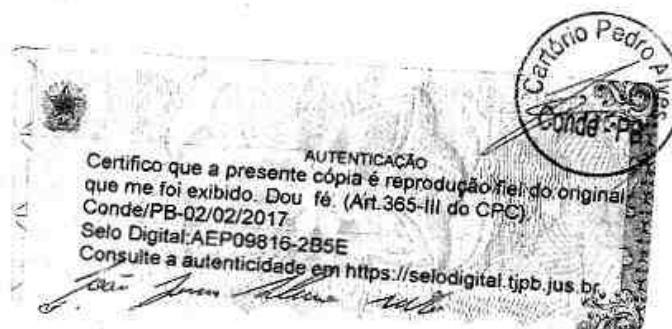
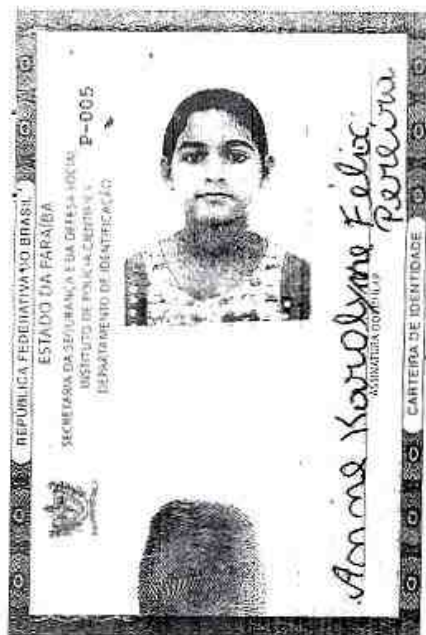
João Pessoa, 31 de julho de 2017.

Anne Karolynne Félix Rodrigues
OUTORGANTE

(83) 3241.6957

Av. Dom. Pedro II, 705 - Centro - CEP 58015-400 - João Pessoa - PB
Fone: 3241-6957 - 3241-6958 - 3241-6959 - 3241-6960 - 3241-6961 - 3241-6962







JOBIMARCO ALVES PEREIRA
RUA DOMINGOS MARANHÃO, 687 - CENTRO
CONDI / PB CEP 58927010 (AG 1)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDÊNCIA MONOFÁSICO
Rota: 3-21-405-320
Número do cliente: 0000128115

Referência: Jun / 2016
Emissão: 07/06/2016

ENERGISA
ENERGISA PARÁRISTASULCORADE ENERGISA SA
CNPJ 09.066.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal / Cota de Energia Elétrica Nº 000.207.775
Código para Débito Automático: 00012811703

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

07/06/2016

Data prevista da próxima fatura

08/07/2016

CPF/CNPJ/RAI

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Otras
278855498				
Ins. Est.	06/05/15	4318	07/06/16	4571
				55
				92

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	55	0,41817	22,99
CMS			4,35
PS			0,37
COFINS			1,70
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			8,05
JUROS DE MORA 05/2016			0,51
MULTA 06/2016			1,19
PARCELAMENTO DE DÉBITOS			40,37

Medição de Demanda (kW)

Maio/16 70
Abril/16 11
Março/16 11
Fevereiro/16 11
Janeiro/16 11
Dezembro/15 11
Novembro/15 11
Outubro/15 11
Setembro/15 11
Ago/15 11
Julho/15 11
Junho/15 11

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICM	20,91	25,00	5,23
PIS	22,41	1,1088	0,37
COFINS	33,41	5,1010	1,70

Medida dos últimos meses
75 kWh

14/06/2016

R\$ 84,13

b380.6cff.ed4b.d84f.f2e9.e4f1.f9fe.8ebe

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Demanda	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	8,90	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. da Energia/PS	8,90	10,00
DIG TRIMESTRAL	13,74			Compra de Energia	11,13	13,23
DIG ANUAL	27,48			Serviço de Transmissão	0,87	0,80
FIG MENSAL	3,70	8,30	CONTRATADA	Encargos Setoriais	2,89	3,20
FIG TRIMESTRAL	7,47		287	Impostos Diretos e Encargos	20,77	24,58
FIG ANUAL	14,95		231	Outros Serviços	40,37	47,99
DMC	5,07					
DGR	12,22					
Total					84,13	100,00

Valor em R\$ (Ref. 4/2016) R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114330332000000012080821

Número do documento: 18020114330332000000012080821

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

RG nº 3345876, data de expedição 28/07/05, Órgão SSP/PR,

CPF nº 078.926.954-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Domingos Maranhão
Número	657
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	CONDE
Estado	PARAIBA
CEP	58.322-00
Telefone de Contato	(083) 99314-0676
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 31 de julho de 2014

Assinatura do Declarante: Ana Cristina Felix Rodrigues



2ª Via Extrato de Acordo

ANA C F RODRIGUES
RUA DOMINGOS MARANHÃO
PX IGRJ SANTANA
58322-000

00657

5140.8707.9606.8019 - CARTÃO C&A MC INTERNACIONAL

Data de Vencimento

03/07/2017

Valor

1.866,82



14/08/2017 - 14:03

Autenticação Mecânica

Via Loja



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

NOME:
ANA CRISTINA FÉLIX RODRIGUES

MATRÍCULA:
0942270255 1986 1 00008 143 0005512 63
Livro nº 08 - A Folha nº 143 Termo nº 6512

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

primeiro de julho de mil novecentos e oitenta e seis

DIA MÊS ANO

01/07/1986

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Canguaretama/RN

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Passa e Fica-RN

LOCAL DE NASCIMENTO

Em Canguaretama/RN

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

Jose Rodrigues e Izabel Felix Rodrigues.

AVÓS

Avós Paternos: Aprigio Rodrigues e Josefa Maria da Conceição.

Avós Maternos: Luiz Félix da Silva e Julia Maria da Conceição.

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Dez de dezembro de mil novecentos e oitenta e seis

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Ofício Único de Passa e Fica - RN
Oficial: Anna Bárbara Alencar de Sá e Freitas Silveira
Rua Vereador Genival Barbosa, 61
Centro
Passa e Fica - RN
(64) 967476378

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Passa e Fica - RN, 14 de junho de 2016

Rosângela de Lima Costa de Sales
Assinatura da Oficial/Escrevente Autorizada

VALOR COBRADO:

Emolumentos: R\$ 44,48

FDJ: R\$ 11,31

FCRCPN: R\$ 4,45

DATA: 2 de 2016

ARN-021205



...você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispoem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 64681 Série 00030

Número

Série

Série

ASSINATURA DO PORTADOR
Mário Lucineide de Lacerda Santana

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Maria Lucineide de Lacerda Santana
Loc. Nasc. Curitiba, Paraná
Est. PR
Data 11/11/1978
Filiação Alvaro de Lacerda Santana e Maria da Glória de Lacerda Santana
Doc. Nº 5.712.123-5

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 11/11/78 Doc. Ident. Nº 5712123-5
Exp. em 11/11/83 Estado PR
Obs.:
Data Emissão 11/11/78 DRT 5712123-5
Assinatura do Funcionário
Mário de Almeida de Lacerda Santana
Mat. 49.592-1

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.



REPÚBLICA

BRASIL

ESTADO DE Paraíba
COMARCA DE Patos
MUNICÍPIO DE Patos
DISTRITO DE Patos



Alanogor Grande Sampaio
Chefe do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 10.616

CERTIFICO que, às fls. 102 do livro nº A-116 de Registro de Nascimentos,
foi feito o registro de nascimento de Gabriele Figueira A. R.
nascido em 2004 (2.000) às 19 de abril do ano de 2004, às 54 horas, em Patos, PB,
filho(a) de Gasimareo Alves Pereira e Maria de Fátima Santos Figueira,
natural de Sto. Estevão, PB,
e de Dona Maria de Fátima Santos Figueira,
natural de Sto. Estevão, PB.

Sendo avô(s) paterno(s) Gasimareo Alves de Souza,
e Dona Geromina Alves de Souza,
e avô(s) materno(s) José Veloso Figueira,
e Dona Chana de Fátima dos Santos,
Foi declarante o genitor,
e serviram de testemunhas Simélio Lucas Maranhão Ribeiro
e Alina de Oliveira Silva,
Observações: Fato no Cartório de Patos em 19/04/2004
Patos, Paraíba, 19/04/2004

O referido e verificado em 19/04/2004
Patos, 16 de junho de 2004
Alanogor Grande Sampaio
Chefe





VELTON BRAGA
CARTÓRIO REGISTRAL

Rua Presidente João Pessoa, 02
Jardim - PB - CEP: 55020-000
e-mail: cartorio@veltonbraga.com.br
Maria da Glória Braga - Velton Braga
Técnicos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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

João Pessoa-PB, 11/07/2016 09:41:01

Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto

(2016-003438) EMB-PR 2.12 FALCÍDIO O. PEREIRA O. 44 155:85

SELO DIGITAL: ADE87347-C7HS

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

Braga
Maria da Glória X. Braga

Certidão de Óbito

NOME

*** JOSIMARCO ALVES PEREIRA ***

MATRICULA

072249 01 55 2016 4 00108 241 0044158 76

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 40 anos
NATURALIDADE João Pessoa, Paraíba	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 027.688.334-95, RG 2055450 SSP/PB	RELIGIÃO Sim
FILHO(S) E RESIDÊNCIA Filho de JOSÉ PEREIRA DA SILVA e de VERONICE ALVES DE SOUZA. Residência do falecido: RUA DOMINGOS MARANHÃO nº 577, CENTRO, Conde, Paraíba		
DATA E HORA DE FALLECIMENTO Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis, às 14h15min.		DIAS 31
LOCAL DE FALLECIMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA, VINDO DO IML, NESTA CAPITAL, CONFORME D O DE Nº24492857-6		MESES 05
CAUSA DA MORTE POLITRAUMATISMO (MORTE VIOLENTA)		ANOS 2016
LUGAR DE ENTERRAMENTO NO CEMITÉRIO NOVO-CONDE-PB		DECLARANTE LUIZ ALVES SOBRINHO, RG Nº 1 297.717 SSP/PB, CPF/MF Nº 691.117.314-00, profissão COMERCIANTE, estado civil casado, residente RUA MANOEL ALVES 613, CENTRO, CONDE-PB, tio do falecido
NOME E Nº DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATENDEU O FALLECIDO DRA ANA FLAVIA M FRANCA, CRM 4832		
OBSERVAÇÃO: AVERBOS GÊS Ato registrado no livro C-108, às folhas 241 sob o nº 44158. Data do registro: 1 de junho de 2016. Data de nascimento do falecido: 12 de novembro de 1975. O FALLECIDO ERA PEDREIRO, SOLTEIRO, DEIXA FILHOS, NÃO DEIXA BENS E ERA ELEITOR, LIDO, CONFERIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE.		

Nome do Ofício:
Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício
Oficial Registrador:
Cláudia Cristina Lima Marques
Município/UF:
João Pessoa-PB
Endereço:
Av. Cruz das Armas, 3142, Sl. 02, Ed. Planalto Center,
Func. I, CEP: 58087-000 - Telefax: (83) 3233-5600
E-mail: cartoriomarquescosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
João Pessoa-PB, 1 de junho de 2016.

Selo digital AAO89310-ALPW

Consulte a autenticidade em

<https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Elieging Angela de Oliveira Silva

CARTÓRIO MARQUES COSTA
11º Ofício
Elieging Angela de O. Silva Felix
CREVENTE



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

Nº 158577-B



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114331625100000012080832>

Número do documento: 18020114331625100000012080832



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Certidão de Óbito

NUM.

* JOSIMARCO ALVES PEREIRA *

MINISTÉRIO

072249 01 55 2016 4 00108 241 0044158 76

SEXO	FORA	IDADE
Masculino	Parda	Solteiro, 40 anos
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE	
João Pessoa, Paraíba	CPF/MF Nº 027.688.334-95, RG 2055450 SSP/PB	
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA		
Filho de JOSÉ PEREIRA DA SILVA e de VERONICE ALVES DE SOUZA. Residência do falecido RUA DOMINGOS MARANHÃO nº 577, CENTRO, Conde, Paraíba		
DATA E HORA DE FALECIMENTO		
Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis, às 14h15min.		
LOCAL DE FALECIMENTO		
NO HOSPITAL DE TRAUMA, VINDO DO IML, NESTA CAPITAL, CONFORME D O DE Nº24492857-6		
CAUSA DA MORTE		
POLITRAUMATISMO (MORTE VIOLENTA)		
DEPOSITAMENTO TEMPORÁRIO		
NO CEMITÉRIO NOVO CONDE-PB		
DECLARANTE		
LUIZ ALVES SOBRINHO, RG Nº 1.297.717 SSP/PB, CPF/MF Nº 691.117.314-00, profissão COMERCIANTE, estado civil casado, residente RUA MANOEL ALVES 613, CENTRO, CONDE-PB, pai do falecido		
NOME E Nº DE REGISTRO DO ARQUIVISTA DO REGISTRO CIVIL		
DRA ANA FLÁVIA M FRANCA, CRM 4832		

OBSERVAÇÕES - ATESTADOS
Ato registrado no livro C-108, às folhas 241 sob o nº 44158. Data do registro: 1 de junho de 2016. Data de nascimento do falecido: 12 de novembro de 1975. O FALECIDO ERA PEDREIRO, SOLTEIRO, DEIXA FILHOS, NÃO DEIXA BENS E ERA ELEITOR, LIDO, CONFERIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE.

Nome do Oficial:
Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício
Oficial Registrador:
Cláudia Cristina Lima Marques
Município/UF:
João Pessoa-PB
Endereço:
Av. Cruz das Armas, 3142, St. 02, Ed. Planalto Center,
Func. 1, CEP: 53057-000 - Tavares - PB 53233-5600
E-mail: cartermarquescosta@gmail.com

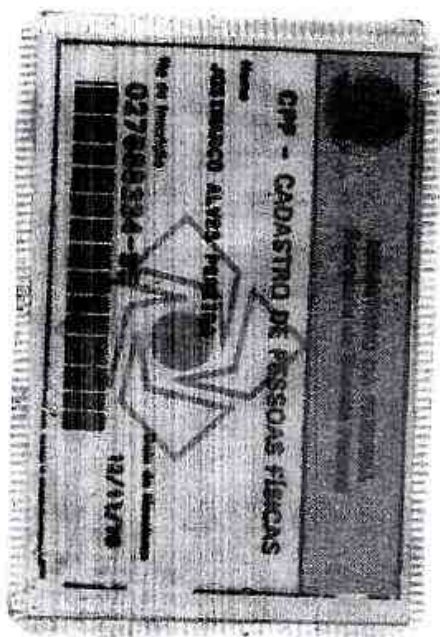
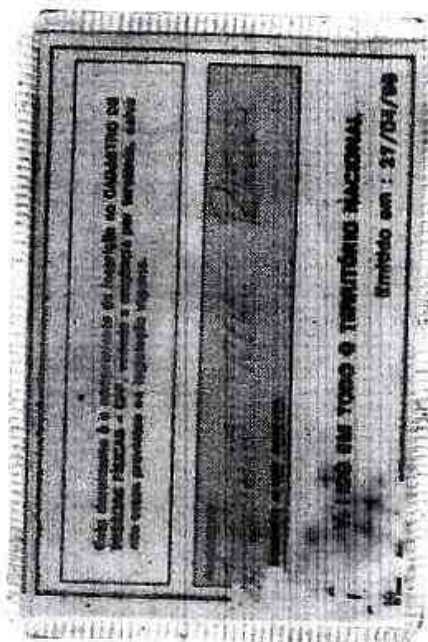
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
João Pessoa-PB, 1 de junho de 2016.

Selo digital AAO83310-ALPW
Consulte a autenticidade em

<https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Assinado eletronicamente por: Maria Lucineide de Lacerda Santana
ARTÓRIO MARQUES COSTA
11º Ofício
Eliegrina Angela de O. Silva Felix
CREVENTE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

Estado/Território da Paraíba

Município de João Pessoa P.B.

Município de João Pessoa P.B.

Distrito de Cavali P.B.

CARTÓRIO "PEDRO ALVES"
Registro Civil em Anexos de João Pessoa
C. S. M. de João Pessoa
C. S. M. de João Pessoa

NASCIMENTO N.º 3.334

CERTIFICO que no dia 16 de Setembro de 1961, do Registro de Nascimento foi feita a seguinte declaração:

nasceu no dia 16 de Setembro de 1961, às 12 horas e 15 minutos, em João Pessoa, Paraíba, uma filhota de nome Camilla Oliveira da Silva, filha de João Pereira da Silva e de Dona Verônica Oliveira da Silva, natural deste Estado.

filha de João Pereira da Silva, natural de João Pessoa, e de Dona Verônica Oliveira da Silva, natural deste Estado.

São avós paternos João Pereira da Silva e Dona Verônica Oliveira da Silva, e avós maternos João Pereira da Silva e Dona Verônica Oliveira da Silva.

O presente foi declarado por Camilla Oliveira da Silva, filha de João Pereira da Silva e Dona Verônica Oliveira da Silva.

Observações: Feito nos termos do artigo 30 e 2º do artigo 46 da Lei 1015 de 31 de 12 de 1943, não contém rasuras.

O referido é verdade e dou fé.
Cavali de João Pessoa de 1961
João Pereira da Silva



I	1) Tipo de óbito	2) Data do óbito	3) Cartão SUS	4) Naturalidade
	1) Fato 2) Ato Fato	13.10.2016 14:15		J. Pessoa PB
II	5) Nome do Falecido	6) Nome do Pai	7) Nome da Mãe	
	Josmarques Alves Pereira	João Pereira da Silva	Verônica Alves de Souza	
III	8) Data de nascimento	9) Idade	10) Sexo	11) Raça/Cor
	13/11/1975	41 anos	M - Masculino	Branca
IV	12) Situação conjugal	13) Escolaridade (última série concluída)	14) Ocupação habitual	15) Cód. CBO 2002
	1) Casado 2) Solteiro 3) Viúvo	1) Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2) Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3) Médio (antigo 2º grau) 4) Superior incompleto 5) Superior completo	Informar anterior, se aposentado / desempregado	
V	16) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	17) Bairro/Distrito	18) Município de residência	19) UF
	Quilombo Murianópolis	Centro	Conde	PB
VI	20) Local de ocorrência do óbito	21) Estabelecimento	22) Cód. CNES	
	1) Domicílio 2) Outros: 3) Hospício 4) Via pública 5) Alameda 6) Indígena	Tratando		
VII	23) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	24) Bairro/Distrito	25) Município de ocorrência	26) UF
		Quilombo Murianópolis	J. Pessoa	PB
VIII	27) Idade (anos)	28) Escolaridade (última série concluída)	29) Ocupação habitual	30) Cód. CBO 2002
	41	1) Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2) Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3) Médio (antigo 2º grau) 4) Superior incompleto 5) Superior completo	Informar anterior, se aposentado / desempregado	
IX	31) Número de filhos vivos	32) Tipo de gravidez	33) Tipo de parto	34) Morte em relação ao parto
	1	1) Única 2) Dupla 3) Tripla e mais 4) Ignorada	1) Vaginal 2) Cesário 3) Ignorada	1) Antes 2) Durante 3) Depois 4) Ignorada
X	35) Obito de mulher em idade fértil	36) ASSISTÊNCIA MÉDICA	37) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR	
	1) Na gravidez 2) No parto 3) No puerpério 4) No período de 42 dias após o término da gestação 5) Não ocorreu nestes períodos	36) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1) Sim 2) Não 3) Ignorada	37) Necropsia? 1) Sim 2) Não 3) Ignorada	
XI	38) CAUSAS DA MORTE	39) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA	40) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	
	1) Doença ou estado mórbido com causas diretamente a morte 2) Causas antecedentes 3) Doença ou estado mórbido com causas indiretas a morte 4) Doença ou estado mórbido com causas remotas a morte	Politémia pulmonar		
XII	41) Nome do Médico	42) CRM	43) Obito atestado por Médico	44) Município e UF do SVO ou IML
	Dr. Fátima M. F. NADCA	4832	1) Assistente 2) Substituto 3) IML	J. Pessoa PB
XIII	45) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46) Data do atestado	47) Assinatura	
		01/06/2016	Assinatura	
XIV	48) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL	49) Tipo de acidente	50) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência	
	1) Acidente 2) Suicídio 3) Homicídio 4) Outros	1) Sim 2) Não	1) Via pública 2) Endereço de residência 3) Outro domicílio 4) Estabelecimento sanitário 5) Outros 6) Ignorado	
XV	51) Descrição sumária do evento	52) Endereço do local do acidente ou violência	53) Cartório	
	Gravidade de acidente automobilístico	Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	João Conde	
XVI	54) Município	55) Data	56) Assinatura	
	João Conde	01/06/2016	Assinatura	
XVII	57) Declarante	58) Testemunhas	59) UF	
	Assinatura	A) Testemunhas B) Testemunhas	PB	

SÉGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA - A PESSOAS TRANSPORTADAS SOB A FORMA DE TRANSPORTE PÚBLICO

PB Nº 012506123387 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

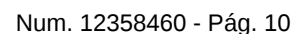
www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016		DATA EMISSÃO 11/02/2016	
VIA	CPR FENPJ	PLACA	
RENAVAM	MARCA/MODELO		
ANEXO 1	Nº CHASSI		
2007	9		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNT (R\$)	DEUTRAV (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$ 1.155,00	R\$ 1.155,00	R\$ 2.310,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDF (R\$)	TOTAL DO PREÇO DO SEGURO R\$	
R\$ 1.155,00	SEGURO	R\$ 2.310,00	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ À VISTA	☐ PARCELADO	11/02/2016	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.600/0001-03
www.seguradoralider.com.br





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460

Comunicação: C2018319

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 2239927 - JODSON ARAUJO DAS NEVES Data/Hora do Acidente (hora local): 31/05/2016 11:20 BR: 101 KM: 92.0
Município/UF: ALHANDRA/PB Tipo de Acidente: Colisão frontal Sentido da Via: Crescente
Fase do dia: Pleno dia Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Sol
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário da solicitação:
Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbana Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 2
Possui defesa? Conservada Possui meio-fio? Conservada(o) Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 2 Tipo de Inclinação: Plano
Obstáculo ao Cruzamento: Não existe Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Comércio
Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 04
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reto Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 24 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Pista dupla, mão única em ambas as pistas. Considera-se a pista 01 a que se encontra no sentido crescente, ou seja, a que a motocicleta V2 encontrava-se no momento da colisão.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1eaacd4

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 10





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

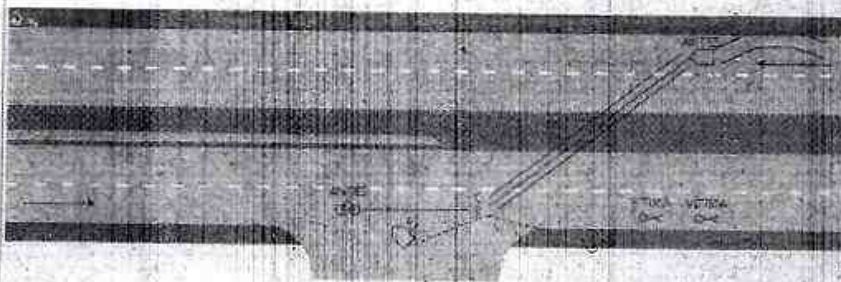
OCORRÊNCIA: 83469460

Comunicação: C2018319

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PROEMI

Local Parcialmente Desfeito



- LEGENDA:
- Automóvel
 - Veículo Trator
 - Pedestre
 - Ponto B
 - Ponto P
 - Ponto C
 - Ônibus
 - Animal
 - Capotagem
 - Capinhão
 - Tombamento
 - Incêndio
 - Local da colisão
 - Marcha à ré
 - Placa de Trânsito
 - Trem
 - Conjugado
 - Objeto Fixo
 - Ponto A'
 - Ponto A
 - Antes da Colisão
 - Marca de Frenagem
 - Veículo Ausente
 - Reboque/Semi-reboque
 - Triângulo de Amarração
 - Veículo de 2 ou 3 rodas
 - Marcha à frente
 - Patinagem ou Derrapagem
 - Depois da Colisão

JOÃO PESSOA - PB

ALHAÉDRA - PB

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____
Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____
Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)
---------	----	--------------------	--------------------	----	--------------------	--------------------

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, no município de JOÃO PESSOA - PB, no km 92, sentido crescente da BR-101, constatamos no local, mesmo com a cena parcialmente desfeita, através dos vestígios nos veículos e no pavimento e, ainda, corroborado/confirmado por pessoas que transitavam no local, mas não quiseram prestar depoimento e, dinâmica do acidente no croqui em anexo, que: o veículo V1, TOYOTA HILUX CD4X4 SRV, placas GGC-1294, supostamente conduzido pelo Sr. ANTONIO SANTINO DA SILVA, CPF nº 447.362.384-20 (O QUAL NÃO FOI ENCONTRADO NO LOCAL DO ACIDENTE), cujo mesmo é habilitado na categoria B, deslocava-se pela rodovia, na faixa da direita, sentido Conde x João Pessoa quando, provavelmente, de acordo com as marcas de frenagem na pista e marcas nas estruturas flácias perdeu o controle do veículo atravessando a faixa da esquerda, subiu o canteiro central, adentrou a pista em sentido contrário, após continuo, veio a colidir frontalmente com uma motocicleta que seguia o fluxo normal da via. Este veículo matase de V2: HONDA/NXR 150 BROS de placas MNL-5611, sendo conduzido pelo Sr. CENILDO JOSE DA SILVA, CPF nº 840.915.844-20, o qual é habilitado na categoria AD, que tinha como passageiro o Sr. JOSIMARCOS ALVES PEREIRA, CPF nº 027.688.334-95. Estes últimos ocupantes da motocicleta foram socorridos por equipes médicas do serviço móvel de urgência - SAMU, pois encontravam-se em estado muito grave. O condutor de V1 só foi identificado devido aos seus documentos estarem dentro do veículo e, ainda corroborado pelo passageiro MANOEL SOUSA DA SILVA, O filho do condutor, Sr. JOSAFÁ MONTEIRO DA SILVA CPF nº 028.274.554-60, também corroborou com a última informação.

Obs1: Devido ao estado grave da vítima de V1 e, a não localização do condutor de V2, não foi possível a oportunidade de teste de alcoolemia conforme preconiza o art. 277 do Código de Trânsito Brasileiro - CTB.

Obs 2: O Código de Trânsito Brasileiro é bem claro ao preceituar em seu art. 28 que, in verbis: "O condutor deverá, a todo momento, ter domínio de seu veículo, dirigindo-o com atenção e cuidados indispensáveis à segurança do trânsito.

O mesmo código aduz que: "todo e qualquer condutor envolvido em acidente, podendo, deverá socorrer as vítimas ou, na impossibilidade de fazê-lo, acionar por outros meios os órgãos públicos, sob pena de responsabilização administrativa, civil e penal.

Art. 176. Deixar o condutor envolvido em acidente com vítima: I - de prestar ou providenciar socorro à vítima, podendo fazê-lo; Art. 303. Praticar lesão corporal culposa na direção de veículo automotor; Art. 304. Deixar o condutor do veículo, na ocasião do acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, não podendo fazê-lo diretamente, por justa causa, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública; Art. 305. Afastar-se o condutor do veículo do local do acidente, para fugir à responsabilidade penal ou civil que lhe possa ser atribuída.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25
NÚMERO DE CONTROLE: 092c3b83f1a2a0c4

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 10.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460

Comunicação: C2018319

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: OGC-1294 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 8AJFY29G1D8531342 Renavam: 00535054637
Marca/Modelo: TOYOTA HILUX CD4X4 Cor: PRATA Ano: 2013 Tipo: Caminhonete Emplacamento: BAYEUX/PB
Ocupantes: 2 Espécie: Especial Categoria: Particular
Proprietário: JOSELIA MONTEIRO DA SILVA CPF/CNPJ: 012.733.344-42
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones:
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Transitava em sentido oposto Saída de Pista? Sim Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Meio Fio Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Ilesa Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga: CARGA PRESENTE IRRELEVANTE.

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Seguradora Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00 Motivo: Devolução
Responsável pela Recepção: SANTA HELENA
Documento do Responsável: CPF 910.190.604-68
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Descrição do Encaminhamento: REBOQUE SÃO JOSÉ, PREPOSTO HENRIQUE JUNIOR NASCIMENTO DE ALMEIDA, CPF 047.542.284-88.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MNL-5611 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9CZKD03208R010822 Renavam: 00949303810
Marca/Modelo: HONDA/NXR 150 BROS Cor: PRETA Ano: 2008 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JOAO PESSOA/PB
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: MARLY CORDEIRO ROCHA CPF/CNPJ: 160.441.004-30
Endereço: CEP:
Município/UF: Telefones:
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: ALHANDRA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Posto PRF Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00 Motivo: Remoção
Responsável pela Recepção: PRF JODSON
Documento do Responsável: 2239927
Município/UF: ALHANDRA/PB Descrição do Encaminhamento: VEÍCULO REMOVIDO POR ENVOLVIMENTO EM ACIDENTE.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1aaacd4

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 10





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460

Comunicação: C2018319

STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUZIR ENVOJADO

Veículo: V1/DGC-1294

Nome/Apelido: ANTONIO SANTINO DA SILVA

Data de Nascimento: 03/10/1953

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado

Nome do Pai: JOSE SANTINO DA SILVA

Nome da Mãe: RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

Endereço: R. PEDRO ULISSES, 58, SÃO VICENTE

Município/UF: BAYEUX/PB

Telefones: 83 32221580

Celular: (83) 987257981

CEP:

Grau de Instrução: Não Informado

Naturalidade: ALAGOA GRANDE/PB

Nacionalidade: BRASIL

Ocupação Principal:

CPF: 447.362.884-20

Documento de Identificação: 1133258

Órgão Expedidor: SSP / PB

Origem:

Destino:

Estado Físico:

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Ignorado

Usava Capacete? Não Aplicável

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim

Categoria CNH: B

Registro CNH: 03798849648/PB

Primeira Habilitação: 05/08/1985

Validade CNH: 19/01/2021

País CNH:

Dormia? Não

Km Percorridos:

Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares: Condutor não foi encontrado no local do acidente, entretanto seus documentos foram encontrados no interior do veículo. Portanto não foi possível a realização de teste de alcoolemia.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Terceiros

Responsável pela Recepção: AUSENTE

Documento do Responsável: AUSENTE

Município/UF: JOAO PESSOA/PB

Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00

Descrição do

Motivo: Ausência

CONDUTOR NÃO ENCONTRADO NO LOCAL

CONDUZIR ENVOJADO

Veículo: V2/MNL-5811

Nome/Apelido: CENILDO JOSE DA SILVA

Data de Nascimento: 24/10/1974

Sexo: Masculino

Estado Civil: Solteiro

Nome do Pai: ANTONIA JOSEFA DA SILVA

Nome da Mãe:

Endereço: RUA RODRIGUES MARANHÃO N° 604

Município/UF: CONDE/PB

Telefones:

Celular: (83) 991674228

CEP:

Grau de Instrução:

Naturalidade: SÃO VICENTE FERRER/PE

Nacionalidade: BRASIL

Ocupação Principal:

CPF: 840.915.844-20

Documento de Identificação: 2240180

Órgão Expedidor: SSP / PB

Origem: CONDE/PB - BRASIL

Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

Estado Físico: Lesões Graves

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Não Aplicável

Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim

Categoria CNH: AD

Registro CNH: 03918404638/PB

Primeira Habilitação: 29/08/2006

Validade CNH: 04/12/2018

País CNH:

Dormia? Não

Km Percorridos:

Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares: Condutor identificado a posteriori, pois encontrava-se em pronto atendimento pelas equipes de emergência - SAMU.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU

Responsável pela Recepção: EQUIPE DO DIA

Documento do Responsável: SAMU

Município/UF: JOAO PESSOA/PB

Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00

Descrição do

Motivo: Socorro

EQUIPE SAMU PLACAS OGD-7269

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:

28/06/2016 13:16:25

NÚMERO DE CONTROLE:

092c3b83f-aaac04

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 4 de 10



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1802011433306800000012080837>

Número do documento: 1802011433306800000012080837

Num. 12358465 - Pág. 4



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 8346946

Comunicação: C201831

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrad

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo/VI: OGC-1294
Nome/Apelido: MANOEL SOUSA DA SILVA Sexo: ☒ Masculino Data de:
Nome do Pai: SEVERINO SOUSA DA SILVA
Nome da Mãe: SEBASTIANA MARIA DA CONCEIÇÃO
Endereço: RUA SÃO VICENTE Nº 901 CEP:
Município/UF: BAYEUX/PB Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal:
Estado Físico: ☒ Ileso ☐ Ferido ☐ Morto Socorrido pela PRF? ☐ Não ☒ Sim Usava Cinto? ☒ Sim ☐ Não Usava Capacete? ☐ Não ☒ Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não ☒ Sim
Transcrição da Declaração:
Pertences:
Informações Complementares:
Passageiro não apresentou seus documentos, sendo sua qualificação realizada por vias indiretas, verbais.

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: ☐ Terceiros ☒ Responsável pela Recepção: ILESO
Documento do Responsável: NÃO APRESENTOU Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Auxílio
Descrição do Encaminhamento: PASSAGEIRO ILESO PERMANECER NO LOCAL DA OCORRÊNCIA.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25
NÚMERO DE CONTROLE: 092c3b83f1aaac04

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 10





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460
Comunicação: C2018319
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro Veículo: V2/MNL-5611
Nome/Apelido: JOSIMARCOS ALVES PEREIRA Sexo: Masculino Data de: 21/11/1975
Nome do Pai: JOSE PEREIRA DA SILVA
Nome da Mãe: VERONICE ALVES DE SOUZA
Endereço: RUA NOSSA SENHORA DAS NEVES, SN CEP:
Município/UF: CONDE/PB Naturalidade: JOAO PESSOA/PB Nacionalidade: BRASIL
CPF: 027.688.034-95 Documento de Identificação: 2055450 Órgão Expedidor: SSP/PB Telefones:
Estado Civil: Não informado Grau de Instrução: Não informado
Ocupação Principal:
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Pertences:

Informações Complementares:

Passageiro identificado a posteriori, pois encontrava-se em atendimento médico de urgência pelas unidades do SAMU.

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: EQUIPE DO DIA
Documento do Responsável: SAMU Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro
Descrição do Encaminhamento: EQUIPE DE SERVIÇO VIATURA PLACAS: OGF-8690.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:16:25
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1aaacd4

nte possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 10



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114333068000000012080837>
Número do documento: 18020114333068000000012080837

Num. 12358465 - Pág. 6



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460
Comunicação: C2018319
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

Placa: OGC-1294

Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES

Nº BOAT: 83469460

Registro/Matrícula do Agente: 2239927

Data: 31/05/2016 11:20

Item	Descrição do componente	Valor	SIM	Não	NA	Item	Descrição do componente	Valor	SIM	Não	NA
1	Teto	1		X		26	Longarina traseira esquerda	3		X	
2	Capô	1		X		27	Caixa de Roda traseira esquerda	3		X	
3	Painel corta fogo	3		X		28	Assoalho porta-malas / Assoalho	1		X	
4	Painel dianteiro	1	X			29	Caixa de rodas traseira direita	3		X	
5	Quadro / Suporte do motor	2		X		30	Longarina traseira direita	3		X	
6	Longarina Completa / Caixa de roda esq.	3		X		31	Chassi porção traseira (veículos carga)	3		X	
7	Longarina Parcial / Avental esquerdo	1		X		32	Suspensão traseira direita	2		X	
8	Chassi porção dianteira (veículos carga)	3		X		33	Lateral traseira direita	1		X	
9	Pára-lama dianteiro esquerdo	1	X			34	Coluna traseira externa direita	1		X	
10	Suspensão dianteira esquerda	2		X		35	Coluna traseira externa e estrutura direita	3		X	
11	Coluna dianteira externa esquerda	1		X		36	Porta traseira direita	1		X	
12	Coluna dianteira externa e estrutura esq.	3		X		37	Coluna central externa direita	1		X	
13	Porta dianteira esquerda	1		X		38	Coluna central externa e estrutura direita	3		X	
14	Soleira externa esquerda	1		X		39	Soleira externa direita	1		X	
15	Soleira externa e estrutura esquerda	3		X		40	Soleira externa e estrutura direita	3		X	
16	Assoalho central esquerdo	3		X		41	Assoalho central direito	3		X	
17	Coluna central externa esquerda	1		X		42	Porta dianteira direita	1		X	
18	Coluna central externa e estrutura esq.	3		X		43	Coluna dianteira externa direita	1		X	
19	Porta traseira esquerda	1		X		44	Coluna dianteira externa e estrutura direita	3		X	
20	Coluna traseira externa esquerda	1		X		45	Pára-lama dianteiro direito	1	X		
21	Coluna traseira externa e estrutura esq.	3		X		46	Suspensão dianteira direita	2		X	
22	Lateral traseira esquerda	1		X		47	Longarina completa / Caixa de roda dir.	3		X	
23	Suspensão traseira esquerda	2		X		48	Longarina parcial / Avental direito	1		X	
24	Tampa traseira	1		X							
25	Painel Traseiro / divisor	1		X							
								Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM":	3		
								Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":	0		
								Total de pontos "SIM" + "NA":	3		

ITENS NÃO PONTUAVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista	X		55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)	X	
53	Pára-brisa	X		59	Rodas/pneus	X	
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".
☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpfrf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25

NÚMERO DE CONTROLE: d82c3b83f1aead4





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460

Comunicação: C2018319

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/NXR 150 BROS CARGO

Placa: MNL-5611

Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES

Nº BOAT: 83469460

Registro/Matricula do Agente: 2239927

Data: 31/05/2016 11:20

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X		
3	Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3	X		
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":

8

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo.

- ☐ Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☒ Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM.
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NA.
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NAO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1aaacd4

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 8 de 10



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114333068000000012080837>
Número do documento: 18020114333068000000012080837

Num. 12358465 - Pág. 8



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460
Comunicação: C2018319
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

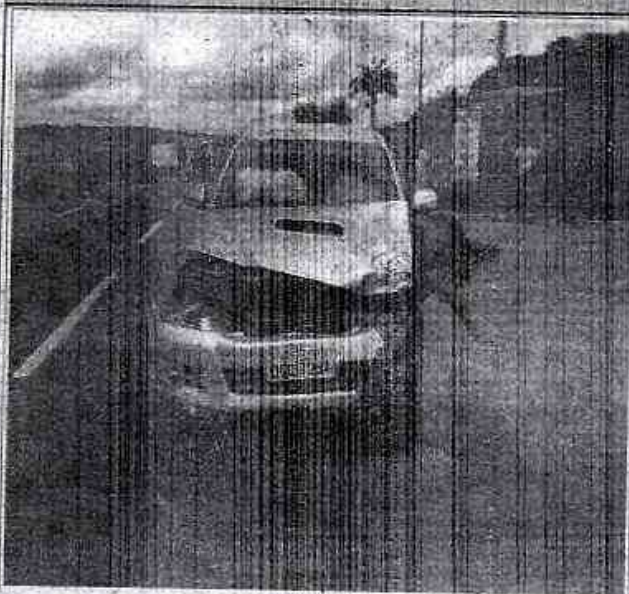
Placa: OGC-1294

Nome do Agente/Assinatura: JOBSON ARAUJO DAS NEVES

Nº BOAT: 83469460

Registro/Matricula do Agente: 2239927

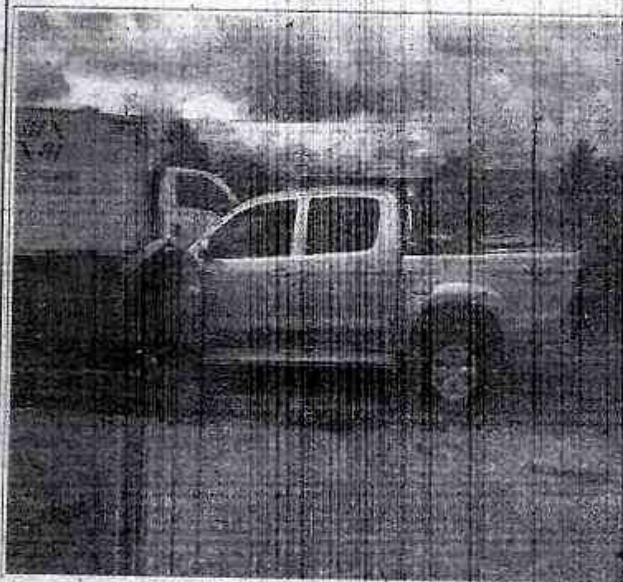
Data: 31/05/2016 11:20



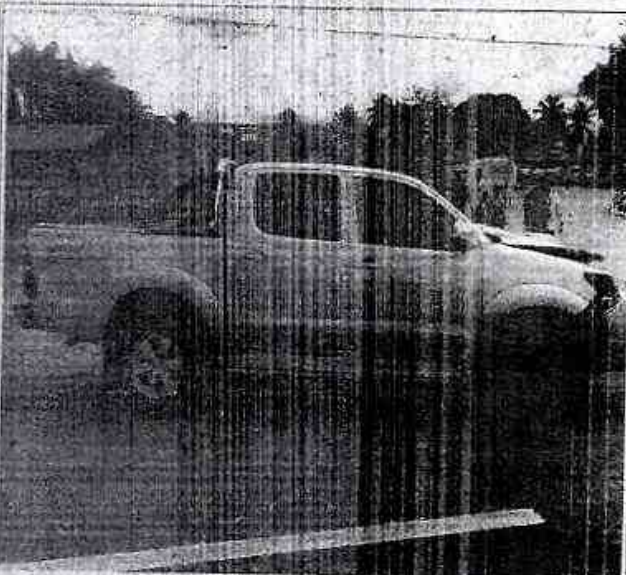
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:16:25

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1aaac34

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 9 de 10





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460
Comunicação: C2018319
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/NXR 150 BROS CARGO

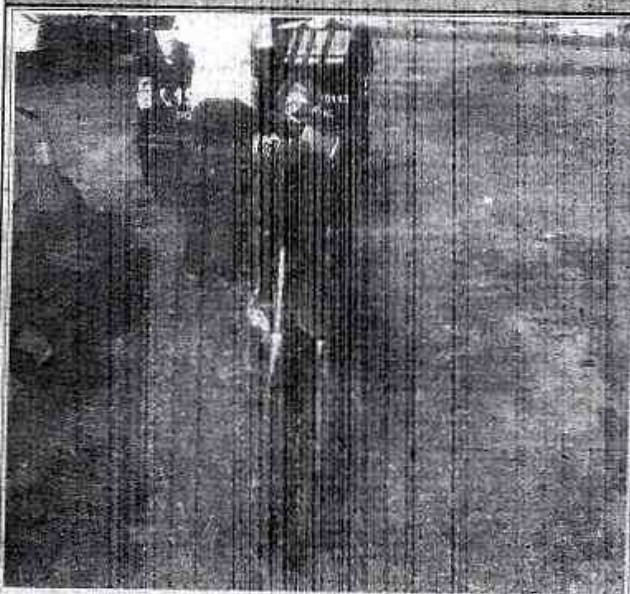
Placa: MNL-5611

Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES

Nº BOAT: 83469460

Registro/Matrícula do Agente: 2239927

Data: 31/05/2016 11:20



Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1szcc4

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 10 de 10



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114333068000000012080837>
Número do documento: 18020114333068000000012080837

Num. 12358465 - Pág. 10



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSIMARCO ALVES PEREIRA
DATA DE NASCIMENTO 12/11/75
NOME DA MÃE VERONICE ALVES DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 923.971
Nº PRONTUÁRIO 95.529
DATA DO ATENDIMENTO 31/05/16
HORA DO ATENDIMENTO 12:24
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO + FRATURAS MÚLTIPAS ENVOLVENDO
REGIÃO DA FACE + COSTELAS + FEMUR E
CID 10 T 06.8 + T 02.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), trazido pelo SAMU, apresentando TCE grave, trauma do tórax e do abdome, além de fratura do membro inferior E. Entubado, sedado e sob ventilação mecânica. Glasgow 3. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da face
TC da coluna cervical
TC do abdome
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP
RX do joelho E - AP e P
RX da perna E - AP e P
RX do pé E - AP e P

TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas envolvendo várias regiões do corpo às TC's e aos RX. Pneumotórax D à TC do tórax e abdome. Realizado internamento para tratamentos cirúrgicos. Apresentou parada cardíaco-respiratória nos exames, tendo feito ressuscitação sem resposta, chegando à óbito.

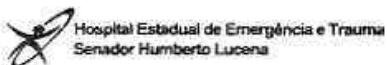
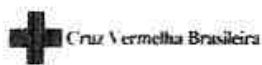
ALTA HOSPITALAR: 31/05/2016 ÓBITO às 14:15 hs
DATA DA EMISSÃO: 10/11/16

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO C.R.M. 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel:

Boletim de Atendimento: 923971



Identificação do paciente			
ID 1043424	Nome JOSIMARCO ALVES PEREIRA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 12/11/1975	Idade 40 anos 5 meses 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe VERONICE ALVES DE SOUZA	Pai JOSE PEREIRA DA SILVA		Prontuário 95529
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988461632	DDD Fixo 83	Fone Fixo 993331563
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2055450	Nº Cns 898004507082333	
Local de procedência BR 101	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro DOMINGOS MARANHÃO
Número 3N	Complemento	Bairro CENTRO	
Admissão			
Data e Hora 31/05/2016 12:24:49	Número da pulseira 1000004252732	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO INFORMADO		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CD
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO			Tempo 03min 07seg

Imprimir

08/06/2016 09:24





0153-9136/97/0005-0000\$10.00/0

2.3.2 () Trabalho 2.3.3 () Em domicílio 2.3.4 () Outros 2.3.5 () Outros

Uso de Droga. Qual _____ Outros. Qual _____

Outros. Qual COLISÃO CARRO/MOTO () Ignorado

() Faleceu durante do Internamento: _____ Dias

Idro Apresentado ao chegar no hospital: COPIA 664560W 3

Síntese da história clínica: paciente trazido pela SAAC e politra-
matizado, entubado, Glasgow 3, feridas
múltiplas (torax, abdômen e membros inferiores),
semelhantes a queimaduras, pupila direita
miótica.

Atendimento realizado no hospital:

(X) Clínico, Medicação utilizada: Adrenalina

1) Cirúrgica, tipo de cirurgia:

Retirada de corpo estranho: ☐ Sim ☐ Não (se retirado enviar ao IML)

Exames complementares de relevância: Rx de tórax, lúcia, fígado,
de E. e de E.

Hipótesis Diagnósticas formuladas: TCE grave, Fracturas múltiples
de fémur, tibia e, costillas

Outras informações que julgar necessário: paciente tem queda audição. ver

Exames complementares de relevância: Antonia durante o período de redação
com plenária supletiva do 2º e 3º
graus, mas de resultados sem reporte
direta

João Pessoa 3-1 052 176

Name: _____

CRM-PB: **Gilvando Carneiro Leal**
Cirurgia Geral - CRM 2489

F(NG).APC.029-2





Guia de Remoção de Cadáveres

000000

ENCAMINHAMENTO

(☒) TML (☐) SVO HORA: 14:15

DATA DO ÓBITO

DATA: 21/05/16

I- Unidade Hospitalar: 302 100 100 300 400 500 600 700 800 900 1000

Registro: _____

Endereço: _____

II- Identificação do Cadáver

Nome: Maria da Conceição da Silva Idade Provável: _____

Sexo: F Cor: P Cor dos Cabelos: _____ Ocupação: _____

Gestante: (☐) Sim (☐) Não (☐) IGN Sinais Particulares: _____

Tatuagens: (☐) Local: _____

Residência: _____ N Apto: _____

Município: _____

Preencher para óbito fetal e de menores de um ano:

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Pai Ocupação Habitual: _____

Mãe Ocupação Habitual: _____

Pai Grau Instrução: (☐) Nenhuma (☐) Fundamental (☐) 2º Grau (☐) Superior (☐) IGN

Mãe Grau Instrução: (☐) Nenhuma (☐) Fundamental (☐) 2º Grau (☐) Superior (☐) IGN

N de Filhos: Nascidos Vivos _____ Nascidos Mortos _____ Total: _____

Duração da Gestação em Semanas: (☐) Menores de 20 (☐) de 20 a 27 (☐) de 28 ou Mais (☐) Ignorado

Paridade: (☐) Única (☐) Dupla (☐) Triplíce (☐) Mais de 03 (☐) IGN

Parto: (☐) Espontâneo (☐) Operatório (☐) Fórceps (☐) IGN

Morte (em relação ao parto): (☐) Antes (☐) Durante (☐) Depois (☐) IGN

Para menores de 28 dias ou óbito: Peso ao nascer: _____ g (☐) IGN

III- Local de Ocorrência do Óbito

(☐) Residência (☐) Via Pública (☐) Hospital (☐) Trabalho (☐) Outros (☐) Ignorado

Endereço: _____

IV- Circunstâncias em que Ocorreu a Morte: 1 (☐) Morte Natural 1.1 (☐) Agônica 1.2 (☐) Súbita

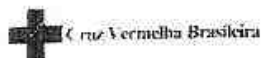
2 (☐) Morte Violenta 2.1 (☐) Homicídio 2.3.1 (☐) Trânsito (☐) Passageiro (☐) Capotamento

2.2 (☐) Suicídio (☐) Pedestre (atropelamento) (☐) Colisão (carro/moto/ciclista)

2.3 (☐) Acidente (☐) Outros (☐) ING

F(NG).APC.029-2





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 923971



GOVERNO
DA PARAIBA



Identificação do paciente						
ID 1043424	Nome JOSIMARCO ALVES PEREIRA	Sexo Masculino		Promúrio		
Data de nascimento 12/11/1975	Idade 40 anos 5 meses 19 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA			
Mãe VERONICE ALVES DE SOUZA	Pai JOSE PEREIRA DA SILVA		Responsável (Parentesco)			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	DDD Móvel 83		DDD Fixo	Fone Fixo		
Fone Móvel 988615980	Número documento 2055450		Nº Cns 898004807082333			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Local de procedência BR 101		Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBOR			
Endereço						
CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro DOMINGOS MARANHÃO			
Número 847	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 31/05/2016 12:24:49	Número da pulseira 1000004252732	Convênio SUS				
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO			
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA					
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO INFORMADO					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos crânio/Face/cerv. Abel 31 05 16						
Diagnóstico						CID
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO						Tempo 03min 07seg

Imprimir

31/05/2016 12:37



VERMELHA
ASILEIRA

Primeiro Atendimento M



IMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

OME DO PACIENTE:

IDADE:

ADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente de
motocicleta (carro/moto), com
trauma de crânio, trauma de
tórax e abdome, fratura de
HTE. Externado pelo SAMU
no + 25 minutos da chegada
ao hospital, digito 151

AME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pêrvias () Obstruídas
AÉREAS ☒
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade
() Com dificuldade

☒ VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

HTD: () Presente e normal
() Rude
☒ Diminuído
() Ausente
HTE: ☒ Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente

2 - RUIDOS

() Sim
() Não
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: Roncos
Sibilos
Estertores

FR: imp SaO₂ 99 %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal () Pálida () Cianótica...
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE () Normal () Quente () Fria
PULSO () Normal () Aumentado
() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO () Regular () Irregular () Ausente
BULHAS () Normotonéticas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
SOPRO () Presente () Ausente
BE OU B4 ☒ Sim () Não
FC: 80 bpm PA: 80/40 mmHg T: °C
ECG:

ABDOMEN:

Superfície abdominal
plena, flácida

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = mm)
Escala de Glasgow: 3 (digito 3)

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhum	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1

IL:

F(NG) CC.001-1

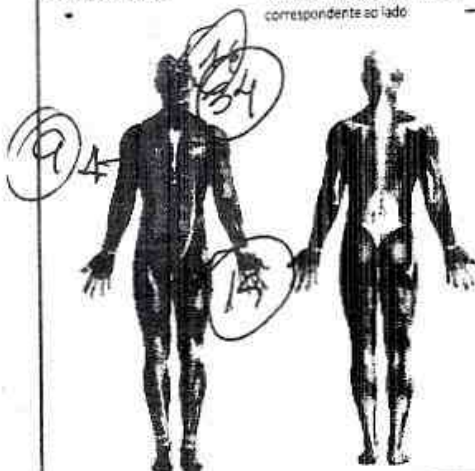


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA: () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado: →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Ingurgitamento Nervoso |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Ênfase subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

() 1º grau

() 2º grau

() 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias
☒ Ultrassonografia (FAST)
☒ Tomografia computadorizada

() Lavado peritonial
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUZ E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1º atendimento		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Neurologia às _____ do dia _____Solicito parecer da Neurologia às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

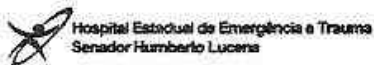
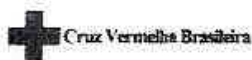
DATA DA 31/05/16
 SAÍDA 14:15h
 HORAS: 14:15h
☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar
☐ Decisão médica
☐ A pedido
☐ A reavalia
☐ Desistência
☒ Óbito
☐ Até 48 hs.
☐ Após 48 hs.
☐ Família
☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

PENG.CC.001-1

RESULTADO DE EXAMES



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

PACIENTE JOSIMARCO ALVES PEREIRA		IDADE 40a 6m 19d	DATA DE NASCIMENTO 12/11/1975
MÉDICO POLYANNA NASCIMENTO		CRM 9522/PB	
UNIDADE LABORATORIO	DATA DO PEDIDO 31/05/2016	DATA DA COLETA 31/05/2016	DATA PREV. ENTREGA 31/05/2016
SETOR DE ORIGEM EXAMES	CONVÊNIO	PROTOCOLO 148613	BE 923971

CATEGORIA: HEMATOLOGIA

hb + ht - QUANTIDADE: 1

(MATERIAL: SANGUE - MÉTODO: 100)

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
HEMATOCRITO DETERMINACAO		
HEMATOCRITO DETERMINACAO	33.02 %	35% a 47% %
HEMOGLOBINA		
HEMOGLOBINA	11.0 g/dl	12.0 a 15.0 g/dl g/dl

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

12:50h

Elc
CRM: 4942

31/05/2016 12:45



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

END.: DOMINGOS MARANHÃO
N. 847 - CENTRO
CONDE
FONE: ()
CELULAR: (81) 908615900
IDADE: 48
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA:

☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE:

☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:

TIPO DE LESÃO:

☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO:

☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

AME FÍSICO

PA: / mmHg

P: bpm

SpO2:

Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: ☐ Isocóricas

Tamanho: ☐ Midríase

☐ Anisocóricas

☐ Miose

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros:

Sistema Digestório:

☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

☐ Interações ☐ Outros:

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Paciente veio pelo SAMU, Sábado, TCC grave, fratura de fêmur e do torax e de pelvis; Realizado Cateterismo Urinal de Sonda e aspiração. Des-entubado em PR. Realizado profilaxia de RCB. Período em PR. Ance;

DESTINO:

ENFERMEIRO:

Josiane de S. Silva
Enfermeira
C.R.N. 287.220

COREN:



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000004282732 BE: 929871
PACIENTE NÃO IDENTIFICADO (PARCO)
DT. NASC.: 31/01/1978
MÃE:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

SND.: DOMINGOS MARRANHÃO
N. 647 - CENTRO
CONDE
PONE: ()
CELULAR: (03) 999919999
IDRGE: 48
DT. ENTRADA:

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
31/05/18	14:18	# CURR GID TORACICA#
05/16		VENHO AVALIAR PACIENTE - CHAMADO TELEFÔNICO ÀS 14:03 - DE PARTE VITENS DE POLICLÍNICA A CUIDANTE CADERNEXMOTO. AO CHEGAR, PCTE SE ENCONTRA EM POSIÇÃO UNICIDA, SEM OBRIGADO CILLO DE REGIMENES.
		A TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, OBSERVANDO PNEUMOTÓRAX DA DIREITA, SEM OBSERVAÇÃO DE MEGALISTOS RUGA AUMENTADAS REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA.
		Daniel Pires Pessoa Cirurgião Torácico CRM-PB 7445
31/05/18	14:25	#BMF# Paciente apresentando TCE grave, sem condições de avaliação BMF.
		Rômulo Rangel Travençolo Cirurgião Bucal Maxilo Facial Implante Dentário CAO. 1062
31/05/18	15:30	Serviço Social Estamos aguardando o preenchimento da requisição de exame cadastral familiar aguarda no acolhimento familiar.

FING.FNE.018-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 366416

GOVERNADOR
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLÓGICA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL
Márcio 16/06/2016
Márcio 16/06/2016

LAUDO TANATOSCÓPICO

Secção de Odontologia

Data do exame: 01/06/2016 Hora do exame: 08:00

Órgão Requisitante: 12ª DDC. Nº da Solicitação: 468/2016. Autoridade Solicitante: Andrea Melo de Lima. Nome: JOSIMARCO ALVES PEREIRA, 40 anos, Filho de: José Pereira da Silva e de: Veronice Alves de Souza. Sexo: Masculino. Estado civil: Solteiro. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: João Pessoa/PB. Profissão: Ignorado.

DADOS CARACTERÍSTICOS:

Rosto: quadrado. Sobrancelhas: semi-retas. Pálpebras: fechadas. Íris: castanhos. Cor: parda. Pupilas: dilatadas. Conjuntivas: brilhantes. Nariz: mesorrino. Boca: média. Lábios: grossos. Arco senil: não. Barba: não tem. Bigode: não tem. Sinais Particulares: não tem.

Dentes Permanentes															
D								E							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
M								M							

Dentes Decíduos									
D					E				
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Códigos

- - Restauração
- O - Cárie
- X - Extração
- RR - Resto radicular
- A - Ausente
- H - Hígido

Jr. Pedro Aurélio de Lencastre
Perito Odonto - Legista
Matr. 70.721-0
CNO 286-PB





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 366416

07/16
Assinatura do Funcionário

LAUDO TANATOSCÓPICO

Dr. Fábio de Almeida Gomes, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) 12ª DDC de nº 468/2016 datada de: 31/05/2016, designou um(a) Perito(a) Oficial Médico-Legal para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: JOSIMARCO ALVES PEREIRA, Nacionalidade: Brasileira, Estado civil: Solteiro, 40 anos, Natural de: João Pessoa/PB, Sexo: Masculino, Raça/cor: Pardo. Filho de: José Pereira da Silva e Veronice Alves de Souza, Residente na rua Domingo Maranhão, Centro, Conde/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

HISTÓRICO: Que, hoje (31/05/2016), por volta das 11:30, o examinado foi vítima de acidente de trânsito, onde uma camioneta Hilux atravessou o canteiro central da BR 101 (sentido Recife/João Pessoa), e colidiu na moto em que a vítima estava em frente à Fábrica CoteMinas, em João Pessoa; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa e chegou a falecer no dia de hoje (31/05/2016) às 14:15.

Exame realizado em: 01/06/2016 às 08:00.

I - INSPEÇÃO EXTERNA:

Cadáver de sexo masculino, de cor parda, que mede 165cm de estatura, de complexão física normolínea, aparentando bom estado de nutrição e de conservação; não trajando roupas, está em rigidez cadavérica e mostra livores violáceos de hipóstase em dorso; estando o cadáver em boas condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos castanhos e apresenta ferimento de bordas afastadas, $\pm$ 10 cm, sangrante, em região parietal direita posteriormente. Pálpebras cerradas (equimose periorbital direita), globos oculares exibindo córneas transparentes, pupilas dilatadas, íris na cor castanho, escleróticas e conjuntivas brilhantes. Dos condutos auditivos, narinas e boca não surge secreção. Face: com escoriação de arrastão em região zigomática direita. Exame Odonto Legal em anexo. O pescoço não permite a execução de movimentos anormais. Tórax com escoriações à nível de clavícula esquerda. Abdômen com escoriações lineares. Genitália externa: masculina. Membros superiores: escoriações em placa no ombro esquerdo. Membros inferiores: pequenos ferimentos em terço distal da coxa, joelho e terço proximal da perna esquerdos. Dorso: íntegro.

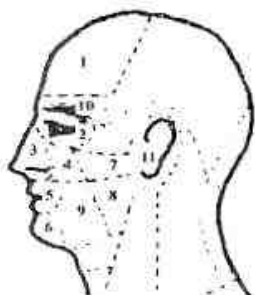
II - INSPEÇÃO INTERNA:

CAVIDADE CRANIANA: Feita uma incisão bi-mastoidea, rebatido o escalpo, foi constatado: infiltrado hemorrágico à nível parieto temporal direito. Abóbada craniana com fratura em temporal direito. Retirado o encéfalo, procedida a sua secção, a perita constatou: edema e infiltrado hemorrágico. Removida a dura-máter, a base do crânio apresentava-se com fraturas nos andares superior e médio direitos. **CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL:** Feita incisão fúrculo-pubiana, dissecados os planos músculos-cutâneos da parede tóraco abdominal. Removido o plastrão

Assinatura

1/2





REGIÕES DA FACE

- | | |
|---------------|------------------------------|
| 1) FRONTAL | 7) ZIGOMÁTICA |
| 2) ORBITÁRIA | 8) MASSETERINA |
| 3) NASAL | 9) BUCINADORA |
| 4) GENIANA | 10) PALPEBRAL OU SUPERCILIAR |
| 5) LABIAL | 11) PRÉ-AURICULAR |
| 6) MENTONIANA | |

DESCRIÇÃO DO EXAME:

O cadáver apresenta placa de escoriação com cerca de 7 cm localizada na região zigomática direita. Outra de cerca de 5 cm no terço direito da região frontal. Flui líquido sanguinolento pelas narinas.

Dr(a) Pedro Aurélio de Luna Freire
Perito Oficial Odonto-Legal
Matr. 070.721-0 CRO 886/PB

Dr(a) Pedro Aurélio de Luna Freire
Perito Odonto - Legista
Matr. 70.721-0
CRO 886 - PB

Isadora D. Berafim 20 07 16
Matr. 168574-1
Assinatura Carimbo do Perito



Juradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE **M**

IDENTIFICAÇÃO

TITIMA APARECIDA ALVARO LEONARDO

1ª DO ACIDENTE 31/05/16 CPF DA VITIMA 027.658.334-95

REATOR DA DOCUMENTAÇÃO Ricardo Henrique e Pinheiro

ALFABETIZAÇÃO DO PORTADOR ALFABETIZADO LEGAL () BENEFICIÁRIO, CUID PARENTES

MA VITIMA É

DEREITO DO PORTADOR Apresenta Raimundo P. P. P.

TCO COMPLETO Cartão BARRO Cartão

MODE Amo. Pessoa UF CEP

MAIL ricardo.pinheiro@unifma.com TELEFONE (33) 98250-6387

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

LORES DE INDENIZAÇÃO MORTE = R\$ 13.500,00
INVALIDIZ PERMANENTE = ATE R\$ 11.500,00
DESPESAS MEDICAS (GASTO) = ATE R\$ 2.700,00 (PRESENCIAL)

BAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTIGUOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

HELEIA

M BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

ITADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO

RA ACOMPANHAR O PERÍODO DE INDENIZAÇÃO. ACESSO: WWW.DPVATSEGURODUTRANSTO.COM.BR OU LIGUE

ATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

ARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS

RECIBO DE Ocorrência expedido pelo órgão competente, com cópia autenticada e legível

CERTIFICADO DE ÓBITO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

TRABALHO DO ACIDENTADO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(am), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOSIMARCO ALVES PEREIRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 31/05/2016, faleceu em 31/05/2016, no estado civil de SOLTEIRO (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. <u>ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES</u>			
2. <u>ANNE KAROLINE FELIX PEREIRA</u>			
3. <u>GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA</u>			
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	<u>ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES</u> ASSINATURA DO DECLARANTE
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(S) 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. <u>Maria Lucineide de Lacerda Santana</u>	<u>838.933</u>	<u>335.389.604</u>	<u>Maria Lucineide de Lacerda Santana</u>
2. <u>Carolina da Rodrigues de Oliveira</u>	<u>95.244.442</u>	<u>069.551.354-57</u>	<u>Carolina da Rodrigues de Oliveira</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (INCOMPLETOS) 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).





CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIMARCO ALVES PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

Num. 12358487 - Pág. 2

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EL: ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA
PORTADOR(A) DO RE Nº 4.267.299 EXPEDIDO POR SSDS/PA EM 18/07/14
CPF 127434474-02 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO MEIOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIMARCO A. PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sussep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1635-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 171.290.304-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1635-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 171.290.304-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 31 de agosto de 2014 x Ana Carolina Felix dos Santos
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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 JOSIMARCO ALVES PEREIRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 31/05/2016, faleceu em 31/05/2016, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (P)	RG	CPF
1 ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES	COMPANHEIRA	3345.876	078.926.904-09
2 ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA	FILHA	4.267.299	127.737.474-02
3			
4			
5			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima () não deixou companheira(o) ou (X) deixou companheira(o) de nome ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES.

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.

JOÃO PESSOA

LOCAL E DATA

JOÃO PESSOA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Ana Cristina Felix Rodrigues

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Ana Cristina Felix Rodrigues

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

1 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 ANA CRISTINA F. RODRIGUES	3.345.876	078.926.904-09	X Ana Cristina Felix Rodrigues
2			

2

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1 Bonnelita Rodrigues de Oliveira	2.952.444	069.854.754-97	Bonnelita R. de Oliveira
2 Maria Antonina Sales de Oliveira	338.933	335.147.004-72	Maria Antonina Sales de Oliveira

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

3170317065

CPF da Vítima

027.688.334-95

Nome completo da vítima

JOSIMARCO ALVES PEREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES	078926904-09	DESEMPREGADA
Endereço	Número	Complemento
R. DOMINGOS MARANHÃO	657	
Bairro	Cidade	Estado
CENTRO	CONDE	PB
CEP	Telefone (DDD)	
58322000		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

Nome

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

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

_____ de _____ de _____
Local e Data

x Ana Cristina Felix Rodrigues

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:35:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114340520000000012080859>

Número do documento: 18020114340520000000012080859



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo 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 3170317065 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSIMARCO ALVES PEREIRA

COBERTURA Morte

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

CPF/CNPJ: 07892690409

Posição em 09-10-2017 13:09:13

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser

09/10/2017 13:08



entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA
☒ Autorização de pagamento ☒ <i>Nº da Conta</i>	Representante	Não Conforme	ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES
Comprovante de residência <i>→ em nome da representante</i>	Beneficiário	Pendente	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Declaração Circular SUSEP 445/12 ☒ ☒ <i>assinar</i>	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Procuração	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

SINISTRO 3170317065 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSIMARCO ALVES PEREIRA

COBERTURA Morte

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA

CPF/CNPJ: 12773747402

Posição em 09-10-2017 13:09:13

09/10/2017 13:08



A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA
Autorização de pagamento	Representante	Não Conforme	ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES
Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Procuração	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez->

09/10/2017 13:08





(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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

SINISTRO 3170317065 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSIMARCO ALVES PEREIRA**COBERTURA** Morte**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES**CPF/CNPJ:** 07892690409**Posição em 28-12-2017 16:41:27**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA
Autorização de pagamento	Representante	Não Conforme	ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES
Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Procuração	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

SINISTRO 3170317065 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSIMARCO ALVES PEREIRA**COBERTURA** Morte**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA**CPF/CNPJ:** 12773747402**Posição em 28-12-2017 16:41:28**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e

v.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=07892690409&sinistroConsultaPed... 1/2



entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA
Autorização de pagamento	Representante	Não Conforme	ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES
Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Procuração	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)
[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

ASSINE NOSSA NEWSLETTER

Nome

E-mail

AC ▾

Cidade

Enviar

<https://novosite.seguradoralider.com.br>

Vistos, etc.
Defiro o pedido de justiça gratuita.
Cite-se com as cautelas legais.
Diligências necessárias.
Cumpra-se.
DATADO E ASSINADO



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE CONDE
Juízo do(a) Vara Única de Conde
Rua Projetada, S/N, Centro, CONDE - PB - CEP: 58322-000
Tel.: () ; e-mail:
Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.1.00

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0800055-32.2018.8.15.0441
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]

AUTOR: A. K. F. P.
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem da MM Juíza LESSANDRA NARA TORRES SILVA, Juíza de Direito da Vara Única do Conde-PB, na forma da Lei, etc, através da presente, CITO, o(a) nacional abaixo qualificado (a), para os termos presente desta ação, podendo oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias.

Se o réu não contestar a ação no prazo legal, reputar-se-ão como verdadeiros os fatos afirmados na petição inicial (art. 344, CPC).

Segue, em anexo, despacho judicial e petição inicial.

Prazo: 15 dias

De ordem do(a) MM Juiz(a) de Direito, **ficam a(s) parte(s) e seu(s) advogado(s) 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.

CONDE-PB, em 15 de abril de 2020

De ordem, BRUNO ALLEX MALHEIROS COSTA
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18020114344437600000012080810

