



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: TALITA KARINE SILVA PESSOA, brasileira, solteira, vendedora, portador da cédula de identidade sob o RG nº 8.558.158, expedido pela SDS/PE, inscrito no CPF nº 111.266.084-40, residente e domiciliado na BC da Granja, 131, Centro, Goiânia-PE, CEP 55.900-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 03-02-2020.

Talita Karine Silva Pessoa
Outorgante

Av. Fagundes Varela, 988, Sl. 10, Jardim Atlântico, Olinda, PE, jm_adv08@hotmail.com
(81) 908989933/32032690

Scanned with



TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, TALITA KARINE SILVA PESSOA, brasileira, solteira, vendedora, portador da cédula de identidade sob o RG nº 8.558.158, expedido pela SDS/PE, inscrito no CPF nº 111.266.084-40, residente e domiciliado na BC da Granja, 131, Centro, Goiana-PE, CEP 55.900-000. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE, 03-02-2020.

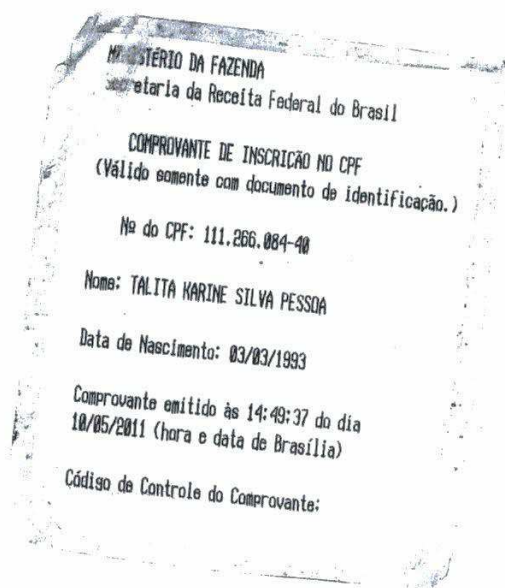
Talita Karine Silva Pessoa

Assinatura



Scanned with
CamScanner





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.558.158 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/05/2008

NOME << TALITA KARINE SILVA PESSÔA >>

FILIAÇÃO << SANDRO LUIS GONÇALVES PESSÔA >>
<< MARINALVA MARIA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 03/03/1993

DOE ORIGEM << C.N.34831-L.31-A-F.141-CART.DE GOIANA-PE.29.03.1993. >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





VISTO EM: 23/11/17

Comandante do BAPH

Katty Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 23 de Novembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 466/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 01/11/2016, conforme requerimento nº 432/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 18h40min o/a Sr.(a) **TALITA KARINE SILVA PESSOA**, CPF: 111.266.084-40, vítima de acidente de trânsito (*colisão (carro x carro)*), ocorrido na PB 044, Zona Rural – Alhandra/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-26 tendo como chefe o/a **SRAGENTO BM ALEXANDRE MARTINIANO DA SILVA**, Matrícula: 522.177-3. Vítima desorientada, com otorragia bilateral, nasoragia e dpres na região da pelve. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - SD BM Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

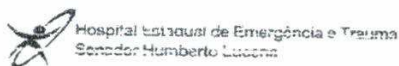
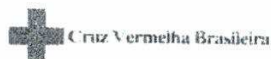
Chefe da 3ª Seção
TEN. QOABM-517240-3



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crahbbs@bombeiros.pb.gov.br





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 958378



Identificação do paciente						
ID 1100699	Nome TALITA KARINE SILVA PESSOA			Sexo Feminino		
Data de nascimento 03/03/1993	Idade 24 anos 4 meses 22 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 98434		
Mãe MARINALVA MARIA DA SILVA	Pai SANDRO LUIS GONCALVES PESSCA					
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) - PAI					
DDD Móvel 81	Fone Móvel 989808923	DDD Fixo 81	Fone Fixo 994368432			
Tipo documento REGISTRO DE NASCIMENTO	Número documento 34831	Nº Cns 706202020883963				
Local de procedência CAAPORA	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade RECIFE	CBO/R				
Endereço						
CEP 55900000	Município de residência GOIANA	UF PE	Logradouro BECO DA GRANJA			
Número 131	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 01/11/2016 19:28:36	Número da pulseira 1000005451936	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL II	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco	Origem do paciente SAMU					
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO						Tempo 03min 25seg

Imprimir

25/07/2017 08:29






GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	TALITA KARINE SILVA PESSOA
DATA DE NASCIMENTO	03/03/93
NOME DA MÃE	MARINALVA MARIA DA SILVA
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	958.378
PRONTUÁRIO N.º	98.434
DATA DO ATENDIMENTO	01/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	19:28
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	TCE MODERADO
CID 10	V 43 + S 06.8 + S 04.2
AVALIAÇÃO INICIAL:	
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE DE AUTOMÓVEL, RESGATADO PELO SAMU, PROCEDENTE DE CAAPORÃ, APRESENTANDO OTORRAGIA BILATERAL + CEFALÉIA + OFTALMOPARESIA ABDUCENTE BILATERAL, SEM DÉFICIT MOTOR APENDICULAR + HIPOACUSIA E PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA ESQUERDA + HEMOTÍMPANO ESQUERDO + COÁGULOS EM OUVIDO DIREITO. GLASGOW 13 (3 + 4 + 6).	
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:	
TC DE CRÂNIO- EM ANEXO	
USG DE ABDOMEM TOTAL- FAST	
RX DE TÓRAX + RX DE BACIA	
TRATAMENTO	
PACIENTE EM TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TCE, COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA ESQUERDA + LESÃO DO IV PAR DOS NERVOS CRANIANOS. ALTA COM RETORNO AO NCR/OTORRINO. MEDICADA.	
ALTA HOSPITALAR:	09/12/2016
DATA DA EMISSÃO:	26/02/2017
	
Drª. Joacila Braga Brandão CRM: 1741/PB	

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



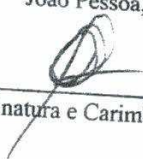


ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Thalita Konne Lins Reis, portador(a)
da identidade RG _____, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
01.11.16 horas, portador(a) da patologia CID-
10 S06, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período
de 90 (noventa) dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 09.11.16


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Thalita Karine Silva Pessoa</u>			N de BE: <u>958378</u>	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>07.11.16</u>		Alta: <u>09.11.16</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>Pol. Traumatismo</u>				
Diagnóstico Definitivo: <u>TCE moderado</u>				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: <u>TC crânio</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>HO craniotomia</u>				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim() não() Coleta de material: sim() não()				
Resultado bacteriológico:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>ECG. 15</u> <u>Exat. pend. físico e g</u> <u>VI. bilat. crânio</u> <u>livat</u>				
Orientações Pós Alta				
Dieta: <u>livat</u>				
Repouso: <u>90</u> dias.				
Relativo em casa por, <u>90</u> dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>90</u> dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>90</u> dias e com maior em, <u>90</u> dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa: <u>medicação / opioide</u>				
Retorno:				
Ao posto de saúde em <u>NEC / opioide</u> para retirada de ponto.				
Ao ambulatório <u>NEC / opioide</u> em 30 dias para revisão.				
João Pessoa: <u>09</u> de <u>11</u> de <u>16</u>				
Ass. Médico/CRM <u>[assinatura]</u>				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

F(NG).APC.002-2



TALITA KARINE SILVA PASSOS

LAUDO MÉDICO

PACIENTE 24 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE
AUTOMOBILÍSTICO EM 02/11/20, NA SINAL
APRESENTOU OTORRAGIA BILATERAL, PARALISIA FACIAL
PERIFÉRICA (E) E PARALISIA DO VI PAR, SEM
OBJETO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. ATUAL-
MENTE APRESENTA EXAME NEUROLÓGICO
SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS.

CICLO: V43 | G44.3

Michelle Gurgel Batista
Neurologia
CREMEPE: 20160

18/12/20





ESTADO DA PARAIBA POLÍCIA MILITAR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 695 / 12016 Nº CIOP/COPOM: 6049

UOp/SUOp 011012016 Data da Ocorrência 17 h 30 min. Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e Nº) PB 044

Ponto de Referência CAPIM DE CHEIRO DE BAIXO

Natureza da Ocorrência ACIDENTE DE TRANSITO Código da Ocorrência

Comandante da Guarnição (Nome, Posto/Grad. e Matrícula) 3º SGT ARIMATELA Prefixo da Viatura 6049

Motorista (Nome, Grad. e Matrícula) CB ALCIDES Patrulheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula) Patrulheiro 02 (Nome, Grad. e Matrícula)

Nome Completo do Solicitante INICIATIVA PROPRIA Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s)

Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) 1- CIRM

Nome Completo Acusado(s) Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora 2 Nº RG/Órgão Expedidor Nº CPF 2

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) 2 Nº CNH

Ponto de Referência 2 Profissão Declarada

Informações Biométricas Cor da Pele: 2 Altura Estimada: 2 Cor dos Cabelos: 2 Cor dos Olhos: 2 Complementação Física: () Normal () Magro () G

Marca(s) Característica(s) (Assinalar) 2 Alcinha

() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros 2

(Descrever Marca Característica) 2

Nome Completo 2 Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora 2 Nº RG/Órgão Expedidor Nº CPF 2

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) 2 Nº CNH

Ponto de Referência 2 Profissão Declarada

Informações Biométricas Cor da Pele: 2 Altura Estimada: 2 Cor dos Cabelos: 2 Cor dos Olhos: 2 Complementação Física: () Normal () Magro () G

Marca(s) Característica(s) (Assinalar) 2 Alcinha

() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros 2

(Descrever Marca Característica) 2

Nome Completo Vítima(s) Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora JOSEANDO FERREIRA DO NASCIMENTO Nº RG/Órgão Expedidor Nº CPF 11

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) 2 Nº CNH

Ponto de Referência 2 Nº Telefone (s) Profissão Declarada COMERCIAL

Nome Completo SEVERINO JOSE RAMOS Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora ALICE DA SILVA MELO Nº RG/Órgão Expedidor Nº CPF 2

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) 2 Nº CNH

Ponto de Referência 2 Nº Telefone (s) Profissão Declarada COMERCIAL

Nome Completo Testemunha(s) Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora 2 Nº RG/Órgão Expedidor Nº CPF 2

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) 2 Nº CNH

Ponto de Referência 2 Profissão Declarada

Informações Biométricas Cor da Pele: 2 Altura Estimada: 2 Cor dos Cabelos: 2 Cor dos Olhos: 2 Complementação Física: () Normal () Magro () G

Marca(s) Característica(s) (Assinalar) 2 Alcinha

() Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros 2

(Descrever Marca Característica) 2

Nome Completo 2 Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora 2 Nº RG/Órgão Expedidor Nº CPF 2

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF) 2 Nº CNH

Ponto de Referência 2 Nº Telefone (s) Profissão Declarada



Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
Cartucho(s) Apreendido(s)				
Calibre:	Tipo:			
Calibre:	Tipo:			
Outro(s) Objeto(s) Apreendido(s)				
Marca, Modelo, nº de série, Cor e etc.)				
Relato da Ocorrência				

Por volta das 17:30h do corrente em Capim de Córrego de Brejo, uma Corsa Classic de placa KIX 8265 GOVIA PE com Prata colidiu de frente com o Corolla de placa KXH 8899 GOVIA PE de cor prata, ficando feridos seis vítimas das quais JOSEPHINO FERREIRA DO NASCIMENTO CONJUGE DO CLASSIC e sua filha BARBARA JAQUELINE DO NASCIMENTO (04 ANOS) Socorridos pelo SAMU CARPORA, O SEVERINO JOSÉ RAMOS CONJUGES DO COROLLA foi socorrido por familiares por familiares, foi do crime de AGRÁVIO DE LESÃO PESSOAL ID: 1872.467 PE, CIDE JOSÉ PESSOA LEAL JÚNIOR ID 4665180 PE, DANIA KARINE SILVA PESSOA ID: 4665180 PE, SAMU CARPORA VSB 43 MED LEONARDO BRAGA DE CARVALHO CRM 3181, SAMU OLIVIERA VSB 42 DEC. ENFERMEIRA JONH MORAIS CRM 306201, VTS BONFÉRIOS ABS 05 CRM J. BUDES 520.966 VTR RESGATE AR 26 SGT MARTINIANO 522.177-3, VTR AR 46 RESGATE CB SOFAS 522.966. VÍCULOS COROLLA ENDREQUE NO JECURO, CLASSIC VTR SGT FAMILIA MORAL

Auto de Resistência à Prisão

No exercício legal de minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusado penal de _____, por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção de _____ e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar das advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para isso que resultou em _____

Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino com Testemunha(s) _____ e _____

Condutor: _____
1ª Testemunha _____ 2ª Testemunha _____

Recebi às 23 h 15 min., de 01/11/2016 do(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos neste documento.

Nome: JULIA XAVIER DA SILVA JÚNIOR Matrícula: 15757-2 Assinatura: _____



SINISTRO 3180001411 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** TALITA KARINE SILVA PESSOA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA**SEGUROS S/A****BENEFICIÁRIO** TALITA KARINE SILVA PESSOA**CPF/CNPJ:** 11126608440**Posição em 12-03-2018 08:43:31**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/03/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

