



## 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, Goiana-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, S. da 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm\_adv08@hotmail.com.

## PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", 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 NCPC15, 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, S. 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, jm\_adv08@hotmail.com  
(81) 998889933/32032690

Scanned with  
CamScanner

## **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 juizo 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.

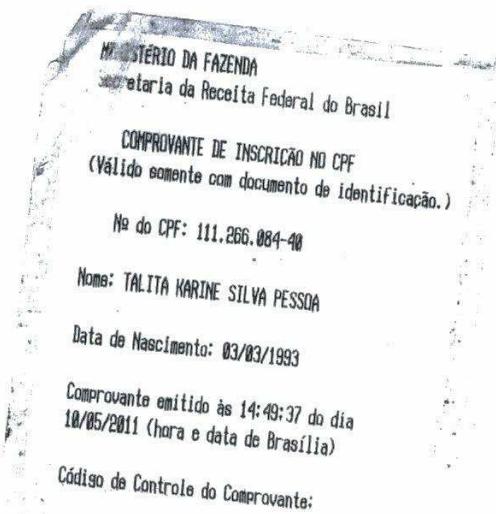
Talita Karine Silva Pessoa

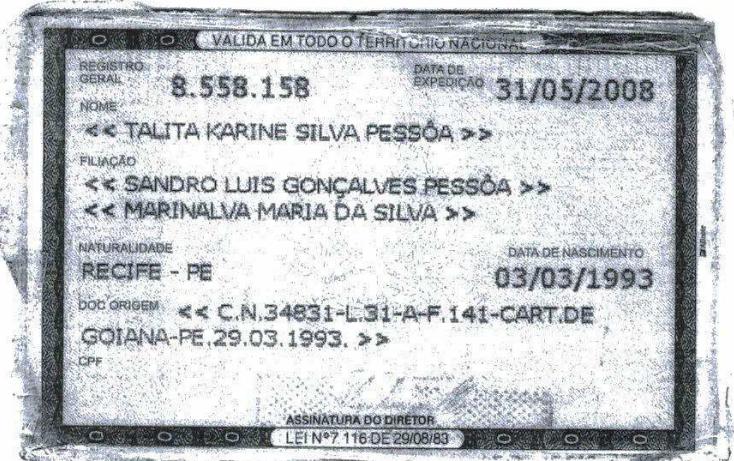
Assinatura



Scanned with  
CamScanner







Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 11/02/2020 09:32:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021109325133600000056796047>  
Número do documento: 20021109325133600000056796047

Num. 57744165 - Pág. 4



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, nasorragia e díples 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.

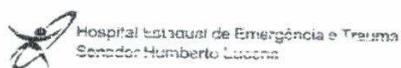
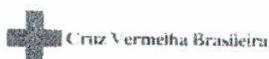
Para constar, eu André Vieira de Souza - SD BM Mat. 523.518-9, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

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



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: craphbbs@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 PESSOA			
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) - PAI			
DDD Móvel 81	Fone Móvel 989808923	DDD Fixo 81	Fone Fixo 994368432	
Tipo documento <b>REGISTRO DE NASCIMENTO</b>	Número documento 34831	Nº Cns 706202020883963		
Local de procedência CAAPORA			Tipo MUNICPIO	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 <b>1000005451936</b>	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	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

#### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	Tempo 03min 25seg

Imprimir

25/07/2017 08:24





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 Lili Pessoa 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 (nove) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 09.11.16

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr. \_\_\_\_\_, 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: <i>Thalita Karine Silveira Pires</i>			N de BE: <i>958378</i>
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.: <input type="checkbox"/> Leito: <input type="checkbox"/>
Data de admissão:	<i>01/11/16</i>	Alta: <i>09/11/16</i>	Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: <i>Pelotonite</i>			
Diagnóstico Definitivo: <i>TCE moderado</i>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <i>TCI normal</i>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <i>Hospital Universitário</i>			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim( ) não( ) Coleta de material: sim( ) não( )			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado( ) Removido( ) A pedido( ) Curado( ) Óbito( ) À Revelia( )			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <i>FCG. 15 Exame penteônico neg VI bilateral lvt</i>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <i>lvt</i>			
Repouso: <i>90</i> dias.			
Relativo em casa por, <i>90</i> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <i>90</i> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <i>90</i> dias e com maior em, <i>90</i> 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: <i>prednisolona / ibuprofeno</i>			
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório <i>NEC / otorino</i> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <i>09 de 11 de 16</i>			
Ass. Médico/CRM			
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





**CEMOG**  
CENTRO MÉDICO DE GOIANA

■ Rua da Soledade, 80 | Centro  
■ 81 3626-0900 | São José 2793  
■ 81 98944-1713  
■ cemog@cemog.com.br

TALITA KARINE SILVA PASSOS

LANOU MÉDICO

PACIENTE 24 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE  
AUTOMOTIVICO EM 02/03/16, NA SCENHA  
APRESENTOU CTORALIA BILATERAL, PARESIA FACIAL  
SPECIFICA (E) E PALASSIA DO VI PAR, SERV.  
OFICADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR. ATUAL-  
MENTE PRESENTE EXAME NEUROLOGICO  
SEM ALTERACOES SIGNIFICATIVAS.

CABO: V43 | G44.3

Maria das Graças Jaraiva  
Neurologia  
CRMESP: 23150  
15/03/17





ESTADO DA PARAÍBA  
PÓLICIA MILITAR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°

695 / 2016

Nº CIOP/COPOM:

UOp/SUOp

Data da Ocorrência

05/10/2016

Hora

17 h 30 min.

Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e Nº)

PB 044

Ponto de Referência

CAPIM DÉ CHEIRO DE BAIXO

Natureza da Ocorrência

ACIDENTE DE TRÂNSITO

Comandante da Guarda (Nome, Posto/Grad. e Matrícula)

3º SGT ARIMATÉA

Motorista (Nome, Grad. e Matrícula)

CB ALCIDES

Nome Completo do Solicitante

INICIATIVA PRÓPRIA

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

15 CIPM

Prefixo da Viatura

6049

Código da Ocorrência

Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s)

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

&lt;p

Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
<b>Cartucho(s) Apreendido(s)</b>				
tidade:	Calibre:	Tipo:		
tidade:	Calibre:	Tipo:		
<b>Outro(s) Objeto(s) Apreendido(s)</b>				
, Marca, Modelo, nº de série, Cor e etc.)				
<b>Relato da Ocorrência</b>				
<p>Por volta das 17:30hs do Corrente em Capim de Cima de Baixo, um Corso Clasic de placa KIX 8865 Goias - PG cor Prata colidiu de frente com o Corolla de placa KLH 8899 Goiana PG de cor prata, ficando fritados Seis vitimas das elles: JOSEPHINO FERREIRA DO NASCIMENTO Convidado CLASIC e sua filha BARBARA JADWLINE DO NASCIMENTO (04 ANOS) Socorridos pelo SAMU CHAPADA, o SEVERINO JOSE RAMOS condutor do corona foi socorrido para permaneces por familiares ficando em regime AINDENTES DOS SAMOS LEAL ID: 1872.487 PG, CIDE José PESSOA LEAL JUNIOR ID 7665180 PG, DALLIA KARINH INVA pessoa ferida no Hospital de Franca, São Paulo. SAMU CHAPADA USB 43 MED LEONARDO BRASA DE CARVALHO CRM 3881, SAMU CHAPADA USB 42 SEE INFET JONAH MORAIS CORR 306203, VTR BOMBEIROS ABS 05 CAR J. BUDS 590.966 VTR RESGATE AR 26 SET MARTINTANO 522.177-3, VTR AR 46 RESGATE CB SATAS 544.7660. VEICULOS CORONA ANDREQUE NO JECUBA, CLASSIC e</p> <p>seu familiar internado.</p>				

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

que resultou em \_\_\_\_\_.

Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino com \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.

Testemunha(s): \_\_\_\_\_

Condutor: \_\_\_\_\_

2º Testemunha: \_\_\_\_\_

1º Testemunha: \_\_\_\_\_

documento.

Nome: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES

Recebi às 23 h 15 min., de 01/11/2016 o(s) Acusado(s), arma(s) e/ou objeto(s) descritos neste documento. Matrícula: 151977 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
------------	--------------	----------	--------------

« »

