

PROCURAÇÃO

IVANILDO DA SILVA SOARES, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF sob o nº 709.597.674-01, RG nº 4.218.453 – 2ª via - SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Hermano Toscano L Cavasn, Quadra 35, Lote 10, Portal do Sol, Próximo ao Haras, João Pessoa-PB, CEP: 58046-533, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados que integram a sociedade de advogados **VELLOSO ADVOCACIA**, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 486 e no CNPJ sob o nº 25.252.304/0001-77, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, onde recebe intimações, na pessoa de seus advogados **FÁBIO ANTÉRIO FERNANDES**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrita no CPF sob o nº 000.809.724-03, e inscrito na OAB/PB sob o nº 10.202 e **LÍRIDA MACEDO**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n. 11.279, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, as quais confere poderes para o foro em geral com a cláusula *ad judicium*, para propor contra quem de direito couber as ações competentes, e defender o(a)(s) outorgante(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, usando dos recursos legais, em qualquer juízo, instância, tribunal ou órgão, para representar seus interesses em processos judiciais ou administrativos, podendo receber citação, intimações e notificações, sacar valores, dar e receber quitação, bem como acompanhar as ações, em qualquer instância, prestar compromisso, fazer acordos judiciais e extrajudiciais, enfim, usar todos os poderes da cláusula *ad judicium*, inclusive podendo substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, além de declarar judicialmente a hipossuficiência financeira do(a)(s) outorgante(s) para fins de obtenção do benefício da Justiça Gratuita, a qual presume-se verdadeira, nos termos do art. 99, §3º da Lei Federal 13.105/15, o que dará tudo por bom, firme e valioso. Por meio desta, também confere poderes especiais para os outorgados representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: **JARBAS RIBEIRO DA SILVA**.

João Pessoa/PB, 13 de dezembro de 2017.

Ivanildo da Silva Soares

ARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

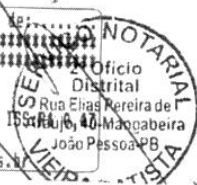
SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, aos advogados, **JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE**, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 069.074.834-59, OAB/PB 21.612, **OLECY MORORO DE LUNA FREIRE NETO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB nº 21.947, **ROBERTO CORREIA DE AMORIM FILHO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 081.005.344-62, OAB/PB 19.385, **ANA BEATRIZ DE ALMEIDA DANTAS**, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF 045.561.364-82, advogada, inscrita na OAB/PB 14.182, **EWERTON HENRIQUE DE FRANÇA VASCONCELOS DOURADO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 054.071.745-29, advogado inscrito na OAB/PB 23.075, **EMANUEL FELÍCIO BARBOSA DIAS**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 053.479.294-48, inscrito na OAB/PB nº 15.445, **FERNANDO ABREU BARBOSA CAMPOS**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 076.376.134-61, inscrito na OAB/PB nº 23.835, **IGOR SANTANA GOIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF/MF 047.570.235-29, inscrito na OAB/SE 10223/SE, **OSMAN XAVIER FERREIRA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF 066.775.964-60, inscrito na OAB PB nº 18.672, **ALANNA KASSIA DE ARAUJO LEITE**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF sob o nº 095.622.754-69, inscrita na OAB/PB nº 23.990, **BRUNA GONÇALVES ALEXANDRE BRECKENFELD**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF/MF 057.484.494-55, inscrita na OAB/PB 14.409 todos com escritório no mesmo endereço dos outorgados, os poderes a mim investidos.

LÍRIDA MACEDO
OAB/PB nº 11.279

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" - OFÍCIO DISTRICTAL
Bd. Rômulo Vieira Batista - Taboão - Del. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Rua Lúcio Pessoa de Albuquerque, 41 - Mangabeira (Próximo) - CEP: 58046-530 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3333-4444 / 3333-4444

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
IVANILDO DA SILVA SOARES
Em testada verdade. João Pessoa-PB, 14/02/2019 14:28:54
Maricleide Alexandre da Silva Moraes - ESCRITÓRIO AUTO
[2018-006956]EML:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 2,00 SDO:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AGL02268-F305
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





CÓDIGO DE CONTROLE
3B4E.0155.9D7D.8691

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:01:45 do dia 09/09/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.218.453
NOME	IVANILDO DA SILVA SOARES
FILIAÇÃO	JOÃO APRIGIO SOARES IVONETE MOREIRA DA SILVA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	14/06/1993
DOC. ORIGEM	NASC.N.18611 FLS.272 LIV.A 17 CARTORIO 5º JOÃO PESSOA-PB
Assinatura	Assinatura de João Pessôa - PB Assinatura de João Pessôa - PB
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanildo da Silva Soares,

RG nº 4.216.453, data de expedição 14 / 01 / 2014, Órgão SSP / PB,

CPF nº 109.597.074-01, 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)	<u>Rua Hermínio Teófilo L. Cavalcanti</u>
Número	<u>5N</u>
Apto / Complemento	<u>QD 35 / LT 10</u>
Bairro	<u>Parral do Sol</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58046-333</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98750-9063</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 15 de dezembro de 2017

Assinatura do Declarante: Ivanildo da Silva Soares



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012427043496
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RRT 20160000008585-0 EXERCÍCIO

1 0107524615-3 00/00000000 2016

NOME
LUCIANO DA SILVA DIAS

CPF/CNPJ PLACA
09917706410 0E06851/PE

PLACA ANT./UF CHASSI
NCCVC PB LXXXCBL04E0257519

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PASSEIO FOTOMAG APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
1/SHINE-AY XY500 PHOENIX 2013 2014

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/49 401 PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC./COTAS
IPVA ISENTO 00/00/0000 1º

FAIXA I P V A PARCELAMENTO COTAS
***** 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** 0,00 0,00 0,00 11/01/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ICAO PESSOA - RDCAL DATA
1739766 10/01/2016

16918

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012427043496 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 DATA EMISSÃO
2016 11/01/2016

VIA COD. RENAVAM RRT 20160000008585-0 EXERCÍCIO

1 0107524615-3 00/00000000 2016

NOME
LUCIANO DA SILVA DIAS

CPF/CNPJ PLACA
09917706410 0E06851/PE

PLACA ANT./UF CHASSI
NCCVC PB LXXXCBL04E0257519

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PASSEIO FOTOMAG APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
1/SHINE-AY XY500 PHOENIX 2013 2014

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/49 401 PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC./COTAS
IPVA ISENTO 00/00/0000 1º

FAIXA I P V A PARCELAMENTO COTAS
***** 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** 0,00 0,00 0,00 11/01/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ICAO PESSOA - RDCAL DATA
1739766 10/01/2016

16918

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04
www.seguradoralider.com.br

16918-1520272-20160120

OUT-2015



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Lauciano Da Silva Dias,
RG nº 2.934.546 data de expedição 25.11.2015
Órgão _____, portador do CPF nº 099.177.069-10 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DAS COLÔNIAS, nº 105
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Ivanildo Da Silva Souza cujo o condutor era
Ivanildo da Silva Souza.
Veículo: Moto
Modelo: Singapore
Ano: 2013
Placa: 0EU 6851
Chassi: LXXCBL04E0257519
Data do Acidente: _____
Local e Data: 27/01/2017

Lauciano Da Silva Dias
Assinatura do Declarante

Ivanildo da Silva Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01971.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01971.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:52 horas do dia 30 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ivanildo da Silva Soares**, CPF nº 709.597.674-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Ivonete Moreira da Silva e João Aprigio Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/06/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Hermano Toscano L Cavasn, complemento QD. 35, LT. 10, bairro Portal do Sol, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro de Hipismo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-9040.

Dados do(s) Fatos:

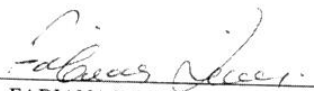
Local: Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Próximo Ao Shopping Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/17 20:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o CICLOMOTOR DE MARCA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, COR VERMELHA, 2013/2014, PLACA OEU6851/PB, CHASSI LXYYCBL04E0257519, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANO DA SILVA DIAS, quando ao passar por um cruzamento colidiu na dianteira esquerda de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 01.06.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de outubro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


IVANILDO DA SILVA SOARES
Noticiante



Procedimento Policial: 01971.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanildo da Silva Soares, brasileiro, solteiro, desempregado,

RG nº 4.238.453, data de expedição 14/01/2012 Órgão SSP/PB,

CPF nº 709.597.674-01, 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)	<u>Rua Homens de Barros</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Q53; L19</u>
Bairro	<u>Gramame</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.068-595</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB, 03/03/2019.

Assinatura do Declarante: x Ivanildo da Silva Soares



Ligação: MONOFÁSICO
Cl's/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RES DENVOIAL
Roteiro: 11 - 2 - 850 - 2580 Referência: Jun / 2019
Medidor: 00001326659 Emissão: 17/06/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº026 660.853
Cód. para Déb. Automático: 00013090477

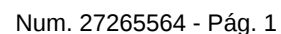
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	17/06/2019	18/07/2019	569.198.914-68 INSC. EST.

Canal de contato

108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Indicadores de Qualidade		4/2019 - Muscare	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,31	3,15	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	10,62		
DIC ANUAL	21,25		
DIC MENSAL	3,30	1,00	CONTRATADA
DIC TRIMESTRAL	9,90		LIMITE INFERIOR
DIC ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR
DIC MENSAL	3,33	3,15	
DIC TRIMESTRAL	9,99		
DIC ANUAL	13,32		

Valor do EUSD (Ref. 4/2019) R\$31,74



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, IVANILDO DA SILVA SOARES, portador da carteira de identidade nº 4.218.453 SSP/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 709.597.674 - 01, residente e domiciliado na RUA HONENS DE BARROS, S/N, Q 51, LOTE 19, GRAMAME, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ivanildo da Silva Soares

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa - PB, 03/09/2019

Local e data





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo ☒ Processo Novo ☐ Documentos Complementares		Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA	
Tipo de Sinistro [Selecione]		Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA	
Nome do Requerente IVANILDO DA SILVA SOARES		Nome da Vítima IVANILDO DA SILVA SOARES	
CPF da Vítima 70959767401			
Documentos Complementares			
☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ☒ CPF da Vítima ☒ DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus ☒ Boletim de Ocorrência Policial ☒ Identidade / CPF do Procurador		☒ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ☒ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT ☒ Comprovante de Residência do Requerente ☒ Comprovante de Residência do Procurador	
Morte Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec. Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvará Judicial		Invalidez Permanente Laudo do IML com Alta Definitiva Cópia autenticada Outros Docos. Entregues e Observações *PROCURAÇÃO; *DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *RGICPF - PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *DADOS BANCÁRIOS; *DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA.	
		DAMS ☒ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ☒ Relatório Médico Comproventes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros	



Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolver Ônibus
- Proc Ori e Especifica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 30/04/2018



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274275200000026316424>

Número do documento: 19122613274275200000026316424

PROCURAÇÃO

IVANILDO DA SILVA SOARES, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF sob o nº 709.597.674-01, RG nº 4.218.453 - 2ª via - SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Hermário Toscano L Cavasn, Quadra 35, Lote 10, Portal do Sol, Próximo ao Haras, João Pessoa-PB, CEP: 58046-533, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados que integram a sociedade de advogados **VELLOSO ADVOCACIA**, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 486 e no CNPJ sob o nº 25.252.304/0001-77, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, onde recebe intimações, na pessoa de seus advogados **FÁBIO ANTÉRIO FERNANDES**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrita no CPF sob o nº 000.809.724-03, e inscrito na OAB/PB sob o nº 10.202 e **LÍRIDA MACEDO**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n. 11.279, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, as quais confere poderes para o foro em geral com a cláusula *ad judicium*, para propor contra quem de direito couber as ações competentes, e defender o(a)(s) outorgante(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, usando dos recursos legais, em qualquer juízo, instância, tribunal ou órgão, para representar seus interesses em processos judiciais ou administrativos, podendo receber citação, intimações e notificações, sacar valores, dar e receber quitação, bem como acompanhar as ações, em qualquer instância, prestar compromisso, fazer acordos judiciais e extrajudiciais, enfim, usar todos os poderes da cláusula *ad judicium*, inclusive podendo substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, além de declarar judicialmente a hipossuficiência financeira do(a)(s) outorgante(s) para fins de obtenção do benefício da Justiça Gratuita, a qual presume-se verdadeira, nos termos do art. 99, §3º da Lei Federal 13.105/15, o que dará tudo por bom, firme e valioso. Por meio desta, também confere poderes especiais para os outorgados representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: **JARBAS RIBEIRO DA SILVA**.

João Pessoa/PB, 13 de dezembro de 2017.

Ivanildo da Silva Soares



SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, aos advogados, **JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE**, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 069.074.834-59, OAB/PB 21.612, **OLECY MORORO DE LUNA FREIRE NETO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB nº 21.947, **ROBERTO CORREIA DE AMORIM FILHO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 081.005.344-62, OAB/PB 19.385, **ANA BEATRIZ DE ALMEIDA DANTAS**, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF 045.561.364-82, advogada, inscrita na OAB/PB 14.182, **EWERTON HENRIQUE DE FRANÇA VASCONCELOS DOURADO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 054.071.745-29, advogado inscrito na OAB/PB 23.075, **EMANUEL FELÍCIO BARBOSA DIAS**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 053.479.294-48, inscrito na OAB/PB nº 15.445, **FERNANDO ABREU BARBOSA CAMPOS**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 076.376.134-61, inscrito na OAB/PB nº 23.835, **IGOR SANTANA GOIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF/MF 047.570.235-29, inscrito na OAB/SE 10223/SE, **OSMAN XAVIER FERREIRA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF 066.775.964-60, inscrito na OAB PB nº 18.672, **ALANNA KASSIA DE ARAUJO LEITE**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF sob o nº 095.622.754-69, inscrita na OAB/PB nº 23.990, **BRUNA GONÇALVES ALEXANDRE BRECKENFELD**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF/MF 057.484.494-55, inscrita na OAB/PB 14.409 todos com escritório no mesmo endereço dos outorgados, os poderes a mim investidos.

LÍRIDA MACEDO
OAB/PB nº 11.279

SERVIÇO NOTARIAL "ATTESTADO DE VERDADE" (Art. 1.040, § 1º, do CC)

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião

Des. Rômulo Vieira Batista - Tabela 1.040 - Rômulo Vieira Batista - Tabelião



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, William da Silva Dias,
RG nº 2.934.546 data de expedição 25/11/2015
Órgão _____, portador do CPF nº 099.171.069-10 com
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DAS CIDADES, nº 105
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima William da Silva Dias cujo o condutor era
William da Silva Dias
Veículo: Moto
Modelo: Singapore
Ano: 2013
Placa: 06U 6851
Chassi: WXXCBLO4E0251519
Data do Acidente: _____
Local e Data: 27/01/2017

William da Silva Dias
Assinatura do Declarante

William da Silva Dias

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)





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

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.102017.28341

IVANILDO DA SILVA SOARES

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

21/11/2017
Ivanildo da Silva Soares





Requisição de exame nº 276/2017

Exame requisitado: TRAUMATOLOGICO - DPVAT

Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB
João Pessoa (PB), 30 de OUTUBRO de 2017.

OBS-1: Segue em anexo LAUDO MÉDICO e cópia da Certidão de Registro de Ocorrência 01971.01.2017.1.00.420

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:

IVANILDO DA SILVA SOARES, CPF nº 709.597.674-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Ivonete Moreira da Silva e João Aprígio Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/06/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Hernando Toscano L. Cavas, complemento QD. 35, LT. 10, bairro Portal do Sol, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro de Hipismo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-9040.

Histórico Que conduzia o CICLOMOTOR DE MARCA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, COR VERMELHA, 2013/2014, PLACA OEU6851/PB, CHASSI LXYXCBLO4E0257519, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANO DA SILVA DIAS, quando ao passar por um cruzamento colidiu na dianteira esquerda de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 01.06.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU. Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.


ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado de Polícia Civil
Titular da DEAVC





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

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudó nº 03.01.06.102017.28341

IVANILDO DA SILVA SOARES

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a),
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

21/11/2017

Ivanildo da Silva Soares





CÓDIGO DE CONTROLE
3B4E.0155.9D7D.8691

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 16:01:45 do dia 09/09/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.218.453
DATA DE EMISSÃO	14/01/2014
NOME	IVANILDO DA SILVA SOARES
FILIAÇÃO	JOÃO APRIGIO SOARES IVONETE MOREIRA DA SILVA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	14/06/1993
DOC. ORIGIN	NASC.N.18611 FLS.272 LIV.A 12 CARTÓRIO 5º JOÃO PESSOA
Mão-Pessoa - PB	
Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



Unidade de Pronto Atendimento



Hospital de Referência - Serviço de Pronto Atendimento
Hospital Municipal - Joo Pessoa

GOVERNO DA PARAIBA

COLHIMENTO em - CNES: 303012 - Tel:

Boletim de Atendimento: 977098



Identificação do paciente

ID 1133445	Nome IVANILDO DA SILVA SOARES	Sexo Masculino
Data de nascimento 14/06/1993	Idade 23 anos 7 meses 13 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe MONETE MOREIRA DA SILVA	Religião NÃO INFORMADA	Par JOAO APRIGO SOARES
Endereço	Responsável (Parentesco) LUCIANO DA SILVA - ACOMPANHANTE	DDD Fixo
DDD Móvel	Forma Móvel 957559063	Forma Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Numero documento 4218452	MP Cnt
Local de procedência MANGABERA VII	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CID-C

Endereço

CEP 48059772	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Logradouro Santo MANGABERA	Logradouro DAS COLONIAS	
Numero 102	Complemento	

Admissão

Data e Hora 27/01/2017 21:35:31	Numero da carteira 100005197155	Convênio SUS
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente SAMU
Classificação de risco	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO		

Indicadores e Transporte

Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NÃO SE APLICA	Trauma Sim

Sinais Vitais

PA x mmHg	Frequência Temperatura
--------------	---------------------------

Exames complementares

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

Outros exames

Diagnóstico

Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	CD 92444-4300g
--	-------------------

Impressão





Primeiro Atendimento



00000107100 BE 977098
 TIVYLLIO DA SILVA SOARES
 DT. NASC.: 14-06-1987
 MRE: TIVYLLIO MOREIRA DA SILVA
 END: SWS COL. UNIC
 N. 106 - PARANAGUÁ
 JORD. P. 5500
 FONE: (11)
 CELULAR: (11) 947960063
 CIDADE: 23
 DT. ENTREGA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☐ Patentes ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO

TRACQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ Absente

AUSCULTA PULMONAR:

1 - RUSSO MÚLTIPLO VESICULAR

HTC: ☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2 - RUSSOS

☐ Sim

☐ Não

HTD: ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

HTE: ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

FR: _____ mmHg

SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PILE

☐ Normal ☐ Palido ☐ Cianótico

☐ Petechial ☐ Hemorric

TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fraco ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RITMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

RLHAP: ☐ Normal ☐ Irregular

☐ Hipotônico ☐ Hipertônico

SINUS: ☐ Normal ☐ Aumentado

DEBILIDADE: ☐ Presente ☐ Ausente

DEBILIDADE: ☐ Sim ☐ Não

FC: _____ bpm PR: _____ mmHg T: _____ °C

CC: _____

AMOSTRA:

DÉBITO NEUROLÓGICO

Pupila: ☐ Fotoreagente ☐ Paralisada ☐ Anisocórica ☐ Anisocórica (diferença: _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (-4 anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	4: Consciente / Palavras apropriadas, sem esforço, fluência adequada	4: Obediência aos comandos
A solicitação verbal	3: Confuso / Chora, mas é consolável	3: Localiza e dor
Após estímulo contínuo	2: Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3: Retira o Membro
Nenhuma	1: Sons incompreensíveis / Inquieto	2: Resposta mínima (comunicação)
	Nenhuma / Nenhuma	1: Extensão Anormal (mancada)
		Nenhuma
TOTAL		

PNCP-CC-01



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:43

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274275200000026316424

Número do documento: 19122613274275200000026316424



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

2.E/PRO



IDENTIFICADORA
JUNILDO DE SILVA SOARES
DT. NASC.: 14/03/1982
RG: 977098
MIO: EVAGETE PORCELO DE SILVA

SAC DAS COL. SANTA
N. 125 - VILA PARQUE
JOÃO PESSOA
FONE:
CELEBR. 11 8976282
CIDADE RJ
ST. ENTRADA

PROCEDÊNCIA: ☐ Trauma ☐ Doença ☐ Queimadura ☐ Intoxicação ☐ Infecção ☐ Outras

TIPO DE ACIDENTE: ☒ Queda ☐ Atropelamento ☐ Afogamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Atro. físico ☐ Outras

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Fratura aberta ☐ Embolismo ☐ Laceração ☐ Amputação ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Hemiparesia ☐ Paraparesia ☐ Paraplegia ☐ Tetraparesia ☐ Tetraplegia ☐ Outras

LOCAL DA LESÃO: ☐ Cabeça ☐ Pescoço ☐ Tórax ☐ Abdome ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Outras

DADOS CLÍNICOS (Sinais e sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

Avaliação das pupilas:

Sistema Respiratório:

Sistema Circulatório:

Sistema Digestório:

Sistema Genito-urinário:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

USO DE MEDICAÇÃO:

HORARIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TETANO?

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO:

INTERMEIRO:

Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO
26/12/2019 13:27:43
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274275200000026316424



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



100005107005 ME: 977098
FARMILDO DA SILVA SOARES
DT. NASC: 14/08/1993
MAG: 1,60M - PESO: 60KG
END: 008 COL. SHIRAZ
N. 105 - MARACÁ
CDD: PESSOA
FONE: 11
Cidade: 11 - SANTO ANTONIO
Cidade: 20
ST. CATANDUVA

NOME DO PACIENTE

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

27/11/19
11h

30F

Atendimento em casa

Atendimento em casa

Atendimento em casa

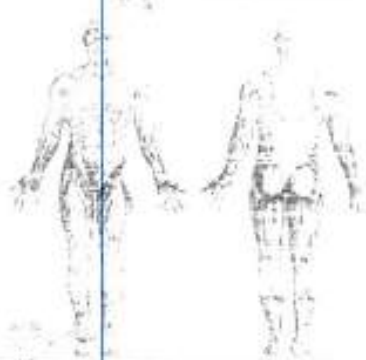
Atendimento em casa



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

FICHA DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR										
Data: / /		ID da Ocorrência		☐ USB ☐ USA ☐ MT	Nº / Equipe	Plantão: ☐ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base : Hs	Hora de Chegada no Local : Hs		
Paciente / Usuário						Cidade	Sexo: ☐ Masc ☐ Fem	Telefone		
Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Conde ☐ Outro										
Logradouro						Bairro	Médico Regulador			
Quantidade de vítimas(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três										
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate FAF ☐ BPTRAN ☐ Outro										
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evaduiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outro										
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento										
Destino (Unidade Hospitalar)						Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)				
NATUREZA DA OCORRÊNCIA										
☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA										
Motivo:										
CAUSAS EXTERNAS ☐ Acidente de Trânsito ☐ Colisão carro x moto ☐ Queda de moto ☐ Atropelamento por ☐ Colisão carro x carro ☐ Capotamento ☐ Outro:										
☐ F.A.R. ☐ F.A.B. ☐ Agressão Física ☐ Afogamento ☐ Queda - Altura aproximada: ☐ Colecionamento / Desatamento ☐ Choque Elétrico ☐ Outro:										
Hospital de Origem: Responsável: Hospital de Destino: Responsável:										
ANTECEDENTES ☐ AIDS ☐ Doença Mental ☐ Alcoolismo ☐ Doença Renal ☐ AVC ☐ Droga ☐ Convulsões ☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Internamentos Anteriores ☐ Doença Cardíaca ☐ Problemas Respiratórios ☐ Doença Infecto-contagiosa ☐ Medicamentos de uso Contínuo										
Outros?										
1. DADOS VITAIS										
P.A. _____ FC. _____ FR. _____ HGT. _____ SpO2 - S/O2: _____ SpO2 - C/O2: _____										
EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA										
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:										
Diagnósticos de Enfermagem:										
Intervenções:										
Evolução do Enfermeiro:										
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA										



EXAME SECUNDÁRIO			
ALERGIA:	☐ Não	☐ Sim	
MEDICAMENTOS:	☐ Não	☐ Sim	
IMUNIZAÇÃO:	☐ Não	☐ Sim	
DOENÇA:	☐ Não	☐ Sim	
ALIMENTOS INGERIDOS:	☐ Não	☐ Sim	
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →	1. Abrasão 2. Amputação 3. Avulsão 4. Contusão 5. Crepitação 6. Dor 7. Edema 8. Emplacamento 9. Eritema subcutâneo 10. Escoriação 11. Equimose 12. F. Arma Branca 13. F. Arma de Fogo 14. F. Contusão 15. F. Cortado 16. F. Corto-Contuso 17. F. Perfuro-Cortado 18. F. Perfuro-Cortante	19. Fratura Óssea Fechada 20. Fratura Óssea Aberta 21. Hematoma 22. Injúria Nervosa 23. Laceração 24. Lesão-Tendão 25. Luxação 26. Mordedura 27. Movimento torácico paradoxal 28. Objeto Encaixado 29. Osmose 30. Paralisia 31. Perforação 32. Pielite 33. Tumor 34. Hemorragia 35. Sinais de Isquemia 36.
			
OBS:			
QUEIMADURA:			
Superfície corporal lesada (região da palma da mão)		% Grau de queimadura:	☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau
EXAMES SOLICITADOS			
☐ Radiografia ☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Tomografia computadorizada		☐ Lavado peritoneal ☐ Gasometria arterial ☐ Tipagem sanguínea	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
CONDUTA E PROCEDIMENTOS		CODIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1. Exame físico			
2. Exame físico			
3. Exame físico			
4. Exame físico			
5. Exame físico			
6. Exame físico			
7. Exame físico			
8. Exame físico			
9. Exame físico			
10. Exame físico			
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO			
Solicitado por: _____		do dia: ____/____/____	
Solicitado por: _____		do dia: ____/____/____	
DESTINO DO PACIENTE			
DATA	☐ Centro cirúrgico		
DATA	☒ Transferência (unidade de saúde)		
DATA	☐ Internado (setor)		
SAÍDA	☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A pedido ☐ Desistência		
HORAS:	☐ Óbito ☐ Ace 48 hs ☐ Ace 48 hs ☐ Ace 48 hs ☐ Ace 48 hs ☐ Ace 48 hs		
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL		ASSINATURA DO RESPONSÁVEL	





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 709/098, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1584552, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente IVANILDO DA SILVA SOARES idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 27/01/2017, na Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Bairro: Mangabeira VII - João Pessoa - aproximadamente às 20:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Setembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
CREIS

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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.

EU, Lirida da Silva Macedo

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.212.453

EXPEDIDO POR ADS/PB

EM 17/11/2019 E

CPF 369.543.644-09 /CNPJ _____, PROFISSÃO Aplicador de pintura

E RENDA MENSAL DE R\$ 431,60 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Lirida da Silva Macedo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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 Lotéricas 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 SISPDPVAT 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 a 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 434 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0470 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00043422-6

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.

Lirida da Silva Macedo 07 de dezembro de 2019
LOCAL E DATA

Lirida da Silva Macedo
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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01971.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01971.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 13:52 horas do dia 30 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ivanildo da Silva Soares**, CPF nº 709.597.674-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Ivonete Moreira da Silva e João Aprição Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/06/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Hermanno Toscano L. Cavasin, complemento QD. 35, LT. 10, bairro Portal do Sol, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro de Hipismo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-9040.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Próximo Ao Shopping Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/17 20:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o CICLOMOTOR DE MARCA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, COR VERMELHA, 2013/2014, PLACA OEU6851/PB, CHASSI LXVXCBL04E0257519, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANO DA SILVA DIAS, quando ao passar por um cruzamento colidiu na dianteira esquerda de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 01.06.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de outubro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


IVANILDO DA SILVA SOARES
Noticiante



Processamento Policial: 01971.01.2017.1.00.420





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanilda de Silva Soares,

RG nº 4.216.453, data de expedição 14 / 01 / 2014, Órgão SSP / PB,

CPF nº 409.798.874-40, 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)	<u>Rua Hermínio Teixeira L. Calmon</u>
Número	<u>501</u>
Apto / Complemento	<u>QD 50 / LT 10</u>
Bairro	<u>Parque do Sol</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>57046-533</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98750-4063</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte, 15 de dezembro de 2018

Assinatura do Declarante: Ivanilda de Silva Soares





Hospital Policlínico de Emergência e Trauma
Governador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 977098



Identificação do paciente

ID 1133446	Nome IVANILDO DA SILVA SOARES	Sexo Masculino
Data de nascimento 14/06/1993	Idade 23 anos 7 meses 13 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe IVONETE MOREIRA DA SILVA	Religião NAO INFORMADA	Prontuario
Escolaridade	Pai JOAO APRIGIO SOARES	Responsavel (Parentesco) LUCIANO DA SILVA - ACOMPANHANTE
DDD Móvel	Fone Móvel 987569063	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Numero documento 4218453	Fone Fixo
Local de procedência MANGABEIRA VII	Nº Cns	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CBC/R

Endereço

CEP 58059772	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DAS COLONIAS
Número 103	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 27/01/2017 21:35:31	Número da pulseira 100005197155	Convênio SUS
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente SAMU
Classificação de risco	Caráter de atendimento OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA
		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Sim
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO SE APLICA		

Sinais Vitais

PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura
--------------------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

CID

Tempo
02min 43seg

Imprimir





Primeiro Atendimento



100006197156 BE : 977098
IVANILDO DA SILVA SOARES
DT. NASC.: 14/06/1982
MRE: IVONETE MOREIRA DA SILVA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: IDADE:

END.: DAS COLÔNIAS
N. 105 - MANGABEIRA
JORO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: () 987569063
IDADE: 23
DT. ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME 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

☐ Presente e normal

HTC ☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

☐ Presente e normal

HTE ☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ Sim

☐ Não

HTD ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

HTE ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

FR: _____ imp

SeO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Palida ☐ Cianótica

☐ Pletoica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

QUANTIDADE

☐ Normotônicas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipertônicas ☐ Ausente

SUPRAC

☐ Presente ☐ Ausente

DE OUBA

☐ Sim ☐ Não

FC:

_____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

CCC:

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fororreactante

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

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 (deceitação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (deceitação)	2
				Nenhuma	1
TOTAL					

(FNG)CC.OCC.1



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274357200000026316475>

Número do documento: 19122613274357200000026316475



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

3.E/PRO



10000197156
IVANILDO DA SILVA SOARES
DT. NASC: 14/03/1992
MRE: IVONETE MOREIRA DA SILVA

END: DAS COL ENTAS
N. 105 - HANGARREIRA
JOAO PESSOA
PONE: ()
CELULAR: () 987654321
IDADE: 23
DT. ENTRADA:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulatório de emergência ☐ Ambulatório
TIPO DE ACIDENTE: ☒ Queda ☐ Automóvel ☐ Combustível ☐ Bicicleta
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros
TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Empalhamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto enfiado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros
LOCAL DA LESÃO: ☐ Membro sup ☐ Membro inf ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros
DADOS CLÍNICOS (Sintomas):

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO

PA mmHg P bpm SpO2 % Tax

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

Avaliação das pupilas:

☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Desorientado
Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miosis

Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva ☒ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas permeáveis

Sistema Circulatório:

☐ Respiração ruidosa ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Pulso presente ☐ Suporte cardiovascular não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusion tissular satisfatória
☐ Palidez ☐ Outros ☐ Perfusion tissular comprometida

Sistema Digestório:

☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Rinsos alijados ☐ Dor à palpação profunda
Outros:

Sistema Genito-urinário:

☐ Polúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Disúria ☐ SVD ☐ Outros

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Intussuscepção ☐ Outros ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias

USO DE MEDICAÇÃO:

☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

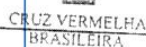
DESTINO:

ENFERMEIRO:

Inês Viana S. M. - Enfermeira
COREN-PR 142216

PUNTO ENF 022-1



[illegible]

100005197155 BE.: 977098
IVANILDO DA SILVA SOARES
DT. NASC.: 14/05/1993
MÃE: IVONETE MOREIRA DA SILVA

END. DAS COL UNIAS
N. 105 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: () 96750092
IDADE: 23
DT ENTRADA:

NOME DO PACIENTE

[illegible]



EXAME SECUNDÁRIO																																				
ALERGIA:	() Não	() Sim:																																		
MEDICAMENTOS:	() Não	() Sim:																																		
IMUNIZAÇÃO	() Não	() Sim:																																		
PAATOLOGIA	() Não	() Sim:																																		
ALIMENTOS INGERIDOS:	() Não	() Sim:																																		
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado →	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Erisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encastrado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parosteia 33 Queloidadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36																																	
OBS.: _____																																				
QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau																																				
EXAMES SOLICITADOS () Radiografias () Lavado peritoneal () Ultrassonografia (FAST) () Gasometria arterial () Tomografia computadorizada () Tipagem sanguínea																																				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CODIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. Exame físico</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CODIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1. Exame físico			2. Exame físico			3. Exame físico			4. Exame físico			5. Exame físico			6. Exame físico			7. Exame físico			8. Exame físico			9. Exame físico			10. Exame físico		
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CODIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																		
1. Exame físico																																				
2. Exame físico																																				
3. Exame físico																																				
4. Exame físico																																				
5. Exame físico																																				
6. Exame físico																																				
7. Exame físico																																				
8. Exame físico																																				
9. Exame físico																																				
10. Exame físico																																				
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO Solicito parecer da _____ as _____ do dia _____ Solicito parecer da _____ as _____ do dia _____																																				
DESTINO DO PACIENTE DATA DA SAÍDA _____ HORAS: _____ () Centro cirúrgico (X) Transferência (unidade de saúde) () Internado (setor) _____ () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JIML () SVC																																				
_____ ASSIN.		_____ ASSIN.																																		
ATURAVENARMEIO		ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL																																		

5 (X) 500000





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 709/098, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1584552, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **IVANILDO DA SILVA SOARES** idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 27/01/2017, na Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Bairro: Mangabeira VII - João Pessoa - aproximadamente às 20:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Setembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
CRE 15-2017-1171

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



Poder Judiciário da Paraíba
15ª Vara Cível da Capital

Fórum Des. Mário Moacyr Porto - Av. João Machado, s/n - Centro - João Pessoa - PB CEP: 58.013-520

E-mail: jpa.15varacivel@tj.pb.gov.br - Fone: (83) 3208-2497

Processo Nº:0884568-69.2019.8.15.2001

Ação:[SEGURO]

AUTOR: IVANILDO DA SILVA SOARES

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

ATO ORDINATÓRIO

Certifico que a vista obrigatória às partes, através de seus Advogados, é ato meramente ordinatório devendo, portanto, ser praticado de ofício pelo servidor, independentemente de despacho nesse sentido. Desta forma, de ordem do MM Juiz de Direito da 15ª Vara Cível, e com fundamento no art. 203 § 4º do CPC, art. 93, XIV, da CF e Provimento nº 04/2014 da Corregedoria Geral de Justiça, publicado no DJ de 1º/08/2014, dando ciência a parte promovente, através de seu advogado, **para, Juntar comprovante de rendimentos (contracheque, declaração de IRPF e IRPJ, se houver) e guia de simulação de custas no prazo de 15 dias.** O referido é verdade. Dou fé.

JOÃO PESSOA, em 30 de dezembro de 2019,

LUCRENILDE RAMALHO NOGUEIRA

Chefe de Cartório





EM ANEXO.



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 200.4.20.10663/01
			Data de emissão: 06/02/2020
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 29/02/2020
Número da guia: 200.2020.610663 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,51
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.030,20 Promovente: IVANILDO DA SILVA SOARES - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.234,05
			Desconto total: R\$ 0,00
866100000128 340509283180 520200229208 042010663013 			Valor final: R\$ 1.234,05

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 200.4.20.10663/01
			Data de emissão: 06/02/2020
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 29/02/2020
Número da guia: 200.2020.610663 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,51
Promovente: IVANILDO DA SILVA SOARES Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento:			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.234,05
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.234,05

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 200.4.20.10663/01
			Data de emissão: 06/02/2020
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 29/02/2020
Número da guia: 200.2020.610663 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 51,51
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.030,20 Promovente: IVANILDO DA SILVA SOARES - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.234,05
			Desconto total: R\$ 0,00
866100000128 340509283180 520200229208 042010663013 			Valor final: R\$ 1.234,05





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2020.610663

Data Vencimento: 29/02/2020

Data Emissão: 06/02/2020

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: IVANILDO DA SILVA SOARES

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 1.030,20

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.232,70

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 06/02/2020 16:03:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020616032541300000027051525>

Número do documento: 20020616032541300000027051525



Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Nome Completo: **IVANILDO DA SILVA SOARES**

CPF: **709.597.674-01**

Data de Nascimento: **14/06/1993**

Sexo: **Masculino**

Nacionalidade: **Brasileiro**

Nome da Mãe: **IVONETE MOREIRA DA SILVA**





EXCELENTÍSSIMO JUÍZO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB

Proc. Nº: 0884568-69.2019.8.15.2001

IVANILDO DA SILVA SOARES, já qualificado no processo em epígrafe, vem à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu patrono, **APRESENTAR** guia de custas e comprovante de rendimentos nos termos requeridos no Despacho expedido de id. 27277149, a fim ser apreciado a hipossuficiência financeira alegada na exordial.

Destaque-se que o autor nunca teve vínculo trabalhista e, atualmente, está desempregado, possuindo apenas uma conta na Caixa Econômica Federal que, inclusive, estava bloqueada por falta de movimentação (anexa).

Sendo assim, ratifica que não possui condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio de sua família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República. Reitera-se o pedido de gratuidade judiciária, uma vez que atende os requisitos dispostos no art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Termos em que,

Pede DEFERIMENTO.

João Pessoa/PB, 06 de fevereiro de 2020.

LÍRIDA MACEDO
OAB/PB 11.279





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
15ª Vara Cível da Capital**

Processo nº 0884568-69.2019.8.15.2001

AUTOR: IVANILDO DA SILVA SOARES

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Deixo de designar audiência de conciliação, nos termos do art. 334 do CPC, ante a natureza da demanda, que indica ser inviável o acordo entre as partes, pela experiência comum. Não se deve ocupar indevida e desnecessariamente a pauta de audiências, já repleta, com atos inócuos e que mais retardam o andamento do processo do que promovem a sua solução.

Defiro a gratuidade.

CITE-SE pela via postal, para apresentação de contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia.

João Pessoa, 11 de agosto de 2020.

Assinatura Digital

