



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Serviço Social

Real

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha N°		Data	12.03.11
Paciente	Manoel Augusto de Silva		
Origem	Hospital Regional de Itabaiana		
Solicitante	Ivan Juliano de Azevedo	Clinica	Urgência

Motivos do Encaminhamento

Paciente com brônquitos e sintomas
durad e febre após uso de corticosteroides.
em tratamento com oxalato, sem melhora por
terceira

No exame: ECG - 45; lesões miocárdicas
relativas de curta duração

Solicitante responsável de família

CNS 704200611188896
CRM PB 5754
Médico
Ivan Juliano da Cunha
Ivan Juliano da Cunha
Médico
CRM PB 5754
CNS 704200611188896

Medicamentos prescritos

- ① Dipirona
- ② SF a 0.9.



Encaminhamento para

Hospital Regional de Itabaiana

Serviço Social

Wagner de Lima





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	MANOEL AUGUSTO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	06/07/72
NOME DA MÃE	SALVINA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.026.939
DATA DO ATENDIMENTO	12/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	11:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DEE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE ZIGOMA DIREITO
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, sem perda da consciência, e sem vômitos. Refere cefaleia, dor na hemiface esquerda, dor torácica, ferimento corto-contuso em região supra-orbitária direita. Abdome sem queixas. Presença de ferimento corto-contuso na cavidade bucal. Realizado sutura. Presença de fratura de região fronto zigomática direita sem deslocamento significativo; fratura em arco zigomático na porção da raiz do zigoma.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX dos ossos da face
RX de torax

RESULTADOS DOS EXAMES:

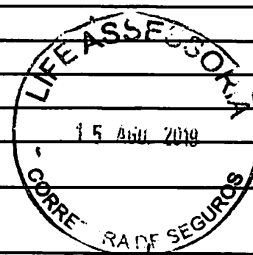
Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

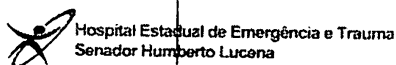
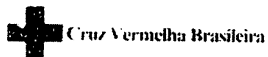
ALTA HOSPITALAR:	12/09/17
DATA DA EMISSÃO:	29/11/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB



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





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1026939



Identificação do paciente				
ID 1209534	Nome MANOEL AUGUSTO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 06/07/1972	Idade 45 anos 2 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SALVINA MARIA DA SILVA	Pai AUGUSTINHO PEDRO DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JANIVANDA MENDES DA SILVA - ACOMPANHANTE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987591712	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 03826880900	Nº Cns 705203480284675		
Local de procedência PILAR	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade	CBO/R		
Endereço				
CEP 58338000	Município de residência PILAR	UF PB	Logradouro CHAO DE AREIA	
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 12/09/2017 11:10:08	Número da pulseira 1000006059032	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO				
Tempo 45seg				

Imprimir



12/09/2017 11:07





Primeiro Atendimento - Prontuário Eletrônico Ambulatório

Meus Atendimentos

Boletim de Atendimento 1026939

Pulseira 1000006059032

Prontuário

Nome MANOEL AUGUSTO DA SILVA

Data de nascimento 06/07/1972

Sexo M

Mãe SALVINA MARIA DA SILVA

Data de Entrada 12/09/2017 11:10:08

- Dados anteriores
- Dados Classificação de Risco
- Resultados de exames
- Histórico do Paciente
- Atendimento
- Anamnese / EF
- Alergias
- CID10
- Prescrição
- Parecer médico
- Procedimentos realizados
- Receituário
- Atestado Médico
- Finalizar
- Decl. Comparecimento
- Decl. Acompanhante
- EVOLUÇÃO MÉDICA
- FICHA DE AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Sumário do paciente

Diagnosticos do atendimento

- S02.4 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares (IGOR BATISTA CAMARGO - 12/09/2017 13:47:25)
- V22.4 - Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - condutor traumatizado em um acidente de trânsito (JOSE VILDOMAR BELMIRO JUNIOR - 12/09/2017 12:05:17)

Continuar Atendimento Novo atendimento

ID	Data	Profissional	Especialidade	Conduta	Estado	Carregar	Imprimir
102399	12/09/2017 12:06:17	JOSE VILDOMAR BELMIRO JUNIOR	CIRURGIA GERAL	Em observação	IMPRESSA	Carregar	Imprimir
102447	12/09/2017 13:47:25	IGOR BATISTA CAMARGO	CIRURGIA GERAL	Encaminhamento	IMPRESSA	Carregar	Imprimir

Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL

Data 12/09/2017 15:35:28

Estado Aberta

Anamnese PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ +-4 HORAS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. AO EXAME FÍSICO APRESENTA FERIMENTOS SUTURADOS EM SUPERCÍLIO DIREITO E SULCO NASO GENIANO DIREITO. TEM HEMATOMA PERIORBITÁRIO DIREITO. AO EXAME INTRABUCAL TEM FERIMENTO CORTO CONTUSO EM MUCOSA JUGAL DIREITA. SEM SINAIS DE DIPLOPIA OU DISTOPIA EM OLHO DIREITO. APRESENTA DISCRETA LIMITAÇÃO ABERTURA BUCAL (+28MM). NA



Histórico de Exames Do Prontuário





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente MANOEL AUGUSTO DA SILVA	BAE 1026939	Data/Hora Entrada 12/09/2017 11:10:08	Data Baixa
Data de nascimento 06/07/1972	Idade 45	Sexo Masculino	CNS 705203480284675
Mãe SALVINA MARIA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 987591712
Endereço CHAO DE AREIA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional IGOR BATISTA CAMARGO	Nº Cons. Regional 4632/PB
Data/Hora Classificação 12/09/2017 11:17:29		Data/Hora Prescrição 12/09/2017 14:25:34	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ +- 4 HORAS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. AO EXAME FÍSICO APRESENTA FERIMENTOS SUTURADOS EM SUPERCILIO DIREITO E SULCO NASO GENIANO DIREITO. TEM HEMATOMA PERIORBITÁRIO DIREITO. AO EXAME INTRABUCAL TEM FERIMENTO CORTO CONTUSO EM MUCOSA JUGAL DIREITA. SEM SINAIS DE DIPLOPIA OU DISTOPIA EM OLHO DIREITO. APRESENTA DISCRETA LIMITAÇÃO ABERTURA BUCAL (+/- 28MM). NA PALPAÇÃO SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO ÓSSEA. AO EXAME RADIOGRÁFICO APRESENTA IMAGENS COMPATÍVEIS COM FRATURA SEM DESLOCAMENTO SIGNIFICATIVO EM REGIÃO FRONTO ZIGOMÁTICA DIREITA E FRATURA EM ARCO ZIGOMÁTICO NA PORÇÃO DA RAIZ DO ZIGOMA E EMINÊNCIA ARTICULAR CD: 1 - SUTURA DO FERIMENTO MUCOSA JUGAL 2 - PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES PARA MOBILIZAR ATM PELA ABERTURA FORÇADA 3 - ALTA BMF E REAVALIAÇÃO AMBULATORIAL NO HTOP SEXTA FEIRA 15/09/17 AS 7:00 HORAS 4 - A CIRURGIA GERAL PARA REAVALIAÇÃO DE DOR TORÁCICA

CID10

Código	Descrição
S02.4	Fratura dos ossos maxilares e maxilares

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

IC: 17.12.17
CRO 4632-PB
12/09/2017 14:25:34
IGOR BATISTA CAMARGO
(4632/PB)

MANOEL AUGUSTO DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente MANOEL AUGUSTO DA SILVA	BAE 1026939	Data/Hora Entrada 12/09/2017 11:10:08	Data Baixa
Data de nascimento 06/07/1972	Idade 45	Sexo Masculino	CNS 705203480284675
Mãe SALVINA MARIA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 987591712
Endereço CHAO DE AREIA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município PILAR	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE VILDOMAR BELMIRO JUNIOR	UF PB
Data/Hora Classificação 12/09/2017 11:17:29	Data/Hora Prescrição 12/09/2017 12:10:31		Nº Cons. Regional 10837/PB

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO HÁ +- 4 HORAS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. REFERE DISCRETA CEFALÉIA. REFERE DOR EM REGIÃO DA HEMIFACE ESQUERDA E DOR TORÁCICA DURANTE INSPIRAÇÃO. FERIMENTO CORTOCONTUSO SUTURADO EM REGIÃO SUPRAORBITAL DIREITO E EDEMA PERIORBITAL ESQUERDO. NEGA DOR ABDOMINAL. CD: SOLICITO RX DE OSSOS DA FACE / RX DE TÓRAX / AVALIAÇÃO DA BUCOMAXILO

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)

CID10

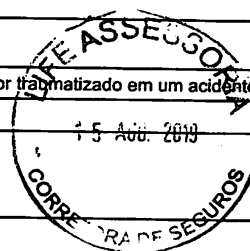
Código	Descrição
V22.4	Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

JOSE VILDOMAR BELMIRO JUNIOR
(10837/PB)

MANOEL AUGUSTO DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MANOEL AUGUSTO DA SILVA	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
Motivo do Atendimento	Setor	06/07/1972	45	MASCULINO	1028939	Leito	12/09/2017 12:10:31
ACIDENTE DE MOTOCICLETA							Prescrição válida a
							12/09/2017 12:10:31

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0,0							

JOSE VILDOMAR BELMIRO JUNIOR
CRM: 10837

12 de Setembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional



REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome MANOEL AUGUSTO DA SILVA		
Data de 06/07/1972	Nº Boletim Emergência 1026939	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)		
<i>Carla F. F. de</i> <i>12 09 17</i> <i>12 05</i> <i>12</i> <i>ft</i> <i>Manoel Augusto da Silva</i> <i>10337</i>		

*) prever as cópias separadas para imagem e liberar a análise clínica

Assinatura e Carimbo do Profissional

12 de Setembro de 2017



Carla F. F. de

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280331/19

Vítima: MANOEL AUGUSTO DA SILVA

CPF: 028.632.974-30

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 12/09/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL AUGUSTO DA
SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Ana Raquel Sinistro NÚM. 3190481495

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MANOEL AUGUSTO DA SILVA : 028.632.974-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019
Nome: MANOEL AUGUSTO DA SILVA
CPF: 028.632.974-30

MANOEL AUGUSTO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNES SILVA
CPF: 068.954.516-92

VILMA OLIVEIRA NUNES SILVA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0280333139 3 - CPF da vítima: 028632974-30 4 - Nome completo da vítima: Manoel Augusto da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Manoel Augusto da Silva 6 - CPF: 028632974-30
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Lha de Areia 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Pilar 13 - Estado: PI 14 - CEP: 58538000
15 - E-mail: 16 - Tel/(DDD): 83.18452089

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa
AGÊNCIA: 0733 CONTA: 8520 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da assinatura: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: 15 AGO 2019 CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Paulo, 15-08-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

nn2/nn19



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: MANOEL AUGUSTO DA SILVA
Qualificação: Ironleins, agricultor
CPF/MF: 028.623.974-30 RG: 1713018
Endereço: Sítio Boa de Azeite, em
Belém - PB 58338-000

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 16 de maio de 2017.

Manoel Augusto da Silva
Outorgante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 DIRETORIA DE REGISTRO DE VEÍCULOS

RENANIL AUGUSTO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE/CAR. VEICULAR
 1718018 GHV PB

CPF
 028.632.974-30

DATA NASCIMENTO
 06/07/1972

FLUXO
 AUGUSTO VIEGO DA SILVA
 GABRIELA MARIA DA SILVA

PROFISSÃO
 03026880900

VALIDADE
 21/12/2020

PROFISSÃO
 24/04/2005

Assinatura
 Renanil Augusto da Silva

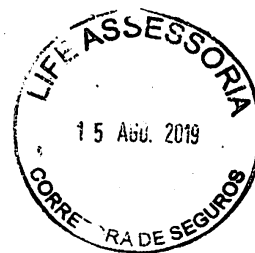
Assinatura
 21/12/2015

PROFISSÃO
 03026880900

PROFISSÃO
 24/04/2005

PROFISSÃO
 03026880900

PROFISSÃO
 24/04/2005



MARIA SANTANA DA SILVA
 ST. CH. BRAGA, S/N - APT. 101
 BOM. 88.117-38 - BOM. 11.011

energisa

UNID. MONOFÁSICO
 CATEG. RES/MC B1 / RESIDENCIAL - BARRA REISA
 Data de 3-12-18 18:00
 Medida: 0000588500
 Referência: 01/2019
 Emp. de 05/09/18

ENERGISA FORTALEZA - RUA DE ALCAZAR, 1000
 BOM. 11.011-38 - BOM. 11.011-38
 BOM. 11.011-38 - BOM. 11.011-38
 BOM. 11.011-38 - BOM. 11.011-38

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

Conta referencial: **06/17/2019** Agendamento: **05/06/2019** Data próxima leitura: **05/07/2019** CPF/CNPJ/RN: **043.265.064-43**

UC (Unidade Consumidora): **6/4701743-2**

Categoria de consumo: **Residencial**

Assinatura: **ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO**

Arçerney	Atual	Constante	Consumo	Dias
0000-18	0000	05/07/18	0000	73

Arçerney	Atual	Constante	Consumo	Dias
0000-18	0000	05/07/18	0000	73





CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 103/2019

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, neie encontrei o Registro n.º 102/2019, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 10 (**dez**) dias do mês de junho de 2019 (**dois mil e dezenove**), nesta cidade de Pilar, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente a **Dra. Renata Maria Costa Patu**, Delegado Polícia Civil, comigo, Policiais Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 11:20h, compareceu o Sr(a). **MANUEL AUGUSTO DA SILVA**, com 46 anos de idade, nascido em 06/07/1972, brasileiro, natural de Itabaiana - PB, agricultor, solteiro, filho de AUGUSTO PEDRO DA SILVA e de SALVINA MARIA DA SILVA, RG Nº 1.713.018 - SSP/PB, CPF Nº 028.632.974-30, residente a Sítio Chã de Areia - Pilar- PB, telefone (83) 9 8738-7537.

DECLAROU:

QUE é no dia 12/09/2017, por volta das 06h pilotava uma motocicleta pertencente ao noticiante, mas que ainda está em nome de SEVERINO RAMOS DE PONTES, com as seguintes características: PLACA: NPR-5518 PILAR/PB, CHASSI: 9C2KC15109R104027, COR PREDOMINANTE: AZUL, MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO FAB./ANO MOD.: 2009/2009; QUE naquela ocasião transitava no Sítio Chã de Areia - Pilar/PB, quando colidiu com outra motocicleta e ambos caíram e com a colisão o noticiante teve várias fraturas e cortes no rosto; QUE foi socorrido por um vizinho para o Hospital Regional de Itabaiana/PB, onde obteve os primeiros socorros e logo em seguida foi levado para o Hospital de Traumas de João Pessoa-PB; QUE ficou internado desde a manhã até à tarde do dia 12/09/2017 no referido Hospital de Traumas de João Pessoa/PB; QUE após uma semana foi feita uma revisão de avaliação no HTOP em João Pessoa para averiguação das lesões sofridas no acidente acima descrito; QUE com esta Certidão de Ocorrência em mãos irá requerer o seguro DPVAT por acidente de trânsito. Nada mais disse.

Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Pilar/PB, aos 10 de junho de 2019, eu Policial Civil que digitei, assino.



Manuel Augusto da Silva
MANUEL AUGUSTO DA SILVA
Noticiante

Marcos Antonio Vieira Lins
Marcos Antonio Vieira Lins
Policial Civil
Mat. nº 181.994-1





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0849813-82.2020.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual requerida.

Certifique se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada. Em caso positivo, voltem os autos conclusos.

Em caso negativo, nos processos de DPVAT em que ocorrem lesão a vítima a seguradora somente transige após a realização de perícia. Por tal razão, deixo de remeter, por hora, ao Centro de Conciliação Cível tendo em vista que tal providência neste momento processual será infrutífera.

Diante disso, determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

Intime-se e Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 8 de outubro de 2020.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0849813-82.2020.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Seguro]
Polo ativo: AUTOR: MANOEL AUGUSTO DA SILVA
Polo passivo: REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, em cumprimento ao despacho, que após a realização de buscas no sistema, constatei inexistir demanda identica, seja ativa ou baixada, envolvendo as mesmas partes desta;

JOÃO PESSOA, 5 de novembro de 2020
JOSE ALBERTO DE ALBUQUERQUE MELO

