



10/02/2021

Número: **0800543-45.2020.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **11/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.045,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALZIRA BATISTA GONCALVES (AUTOR)		JANDUI BARBOSA DE ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		EFIGENIO CANDIDO JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39303459	10/02/2021 11:02	2783772_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014800269055
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000-PRONV 201904100063499-2 EXERCÍCIO

00321621115-00/00000000 2019

NOME MARIA DO SOCORRO PEREIRA D MOURA

CPF/CNPJ 08795491490 PLACA NPV4764/PB

NOVO PB 9C2JC4820BR047575

PAS/MOTONETA/NAO APPLIC ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125-ES 2011 2011

2-P/124-7/CI 2PARTIC ROSA

P 00/00/0000

V 00/00/0000

A 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000

***** SEGURO P.A.G.O. 17/07/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

QUEIMADAS - PB 18/07/2019

35351 35556

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS CAUSADOS POR VEICULO
MOTORES DE VEICULO TERRESTRE AUTOMOTORES DE VEICULO
TRANSPORTADORA DE PASSAJEIRO

PE Nº 014800269055 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES DE FIANÇA DE COBERTURA
www.seguradora.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1264

PREMIO DATA EMISSÃO
2019 18/07/2019

1 08795491490 NPV4764/PB

0321621115-00/00000000 2019

HONDA/BIZ 125 ES

2011 9C2JC4820BR047575

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000

SEGURO P.A.G.O.

DATA DE DURACAO 17/07/2019

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.240.000/0001-01

35556-1139599-20190718



GOVERNO
DA PARAÍBA

LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: ALZIRA BATISTA GONCALVES

Data da Internação: 17/07/2019

Data da Alta: 30/07/2019

Laudos do IML - Lesões corporais

Registro: 1946211



Tempo de Permanência: -18095

Diagnóstico Inicial: 0408050500

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RAFI

Data: 29/07/2019

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE ADMITIDA DEVIDO ATROPELAMENTO POR CARRO, APRESENTANDO FRATURA DE PERNA D. SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO

Orientações: ORIENTO CURATIVO, PRESCRIÇÕES MÉDICAS E NAO PISAR

Dieta: LIVRE

Medicações para Casa: CIPROFLOXACINO, ARFLEX E XARELTO

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Retorno ao Ambulatório de: ORTOPEDIA em: 17/09/2019 para retirada de pontos

Condições de Alta: Melhorado

Data: 30/07/2019

Assinatura/Carimbo
Julio Cesar Ribeiro De Castro

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 9853 / CRM RN 2320

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Julio Cesar Ribeiro De Castro



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006917/20

Vítima: ALZIRA BATISTA GONCALVES

CPF: 022.126.154-00

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: ALZIRA BATISTA
GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

ALZIRA BATISTA GONCALVES : 022.126.154-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020
Nome: ALZIRA BATISTA GONCALVES
CPF: 022.126.154-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

ALZIRA BATISTA GONCALVES

Karen Rosa de Oliveira Azevedo





PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE(S): ALZIRA BATISTA GONÇALVES, brasileira, casada, aposentada, RG.1.704.373, SSP/PB., CPF. 022.126.154-00, residente na Rua Sebastião Lucena, 59, Centro, Queimadas-PB.

OUTORGADOS: Dr. JANDUÍ BARBOSA DE ANDRADE, brasileiro, casado, advogado, OAB-PB 9.652 MÂRCIO MACIEL BANDEIRA, brasileiro, casado, advogado OAB-PB 10.101, Dr. HEWERTON DANTAS DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado OAB-PB 15.989, Dr. JEFFERSON ALMEIDA DE SOUTO, brasileiro, casado, advogado, OAB-PB 18.465 e Dr. EFIGÊNIO CÂNDIDO JÚNIOR, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB. 21.473, todos com endereço profissional na Rua João Belarmino Barbosa, 11, Centro, Queimadas-PB, onde deverão ser intimados.

PODERES: Para o Foro em geral, com a cláusula ad-judicia, na forma do art. 38 do Código de Processo Civil para que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, **especialmente para requerer administrativamente o Seguro Obrigatório DPVAT, face ao acidente sofrido em 17/07/2019.**

DECLARAÇÃO: O (a) (s) outorgante (s) **DECLARA (M)**, para todos os fins de direito sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com despesas inerentes à presente Ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º da Lei 1.060 de 1950.

Queimadas-PB., 16/12/2019.


OUTORGANTE

Abj.cg.pb@gmail.com



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006917/20

Vítima: ALZIRA BATISTA GONCALVES

CPF: 022.126.154-00

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 17/07/2019

Titular do CPF: ALZIRA BATISTA
GONCALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

ALZIRA BATISTA GONCALVES : 022.126.154-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2020
Nome: ALZIRA BATISTA GONCALVES
CPF: 022.126.154-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2020
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

ALZIRA BATISTA GONCALVES

Karen Rosa de Oliveira Azevedo





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007649

Vítima: ALZIRA BATISTA GONCALVES

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALZIRA BATISTA GONCALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15373902

Pag. 00793/00794 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200007649 Vítima: ALZIRA BATISTA GONCALVES

Data do Acidente: 17/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALZIRA BATISTA GONCALVES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Laudo do IML - Lesões corporais	Apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal - IML, original ou cópia autenticada, com nome completo da vítima, pois não foi entregue. Na impossibilidade de apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, a vítima deverá apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais e da Declaração de Ausência de Laudo do IML.
--	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00075/00076 - carta_03 - INVALIDEZ

00070038



Carta nº 15376491





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007649

Vítima: ALZIRA BATISTA GONCALVES

Data do Acidente: 17/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALZIRA BATISTA GONCALVES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01047/01048 - carta_16 - INVALIDEZ

00010524



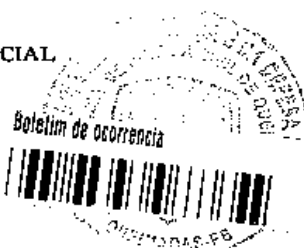
Carta nº 15940221





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB

INUAL C/PROC.



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial a Pasta de Ocorrências nº01/19, o registro nº352/19, cujo teor na íntegra esta transcrito: Aos ONZE dias do mês de NOVENBRO do ano de dois mil e dezanove, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, presente a Autoridade Policial, **Belª. DIANNI REGINA DE B. SILVA**, comigo, Escrivão (ã) de Polícia de seu cargo, ao final assinado (a) e declarado (a), aí, por volta das 10:24 horas, compareceu (o) a Senhor (a) **ALZIRA BATISTA GONÇALVES**, brasileira, com 76 anos, beneficiária, nascida em 26/10/1943, filha de José Luis da Silva e de Zina Maria da Conceição, rg: 1.704.373 SSP/PB, natural de Angelim/PE, residente na Rua Sebastião Lucena, 59, Centro, Queimadas/PB. Telefone: 9.99170-8160, (o) a qual depois de cientificado das penalidades cominadas no art. 299 do CPB vem notificar o **SEGUINTE**: **QUE** no dia 17/07/2019, por volta das 11:30 horas, a declarante se encontrava em um veículo nas imediações do semáforo que fica localizado na Rua Odilon Almeida Barreto dando acesso a BR 104 e ao Centro da cidade; **QUE** no momento em que a declarante descia do veículo no qual se encontrava, uma motocicleta que vinha no mesmo sentido atropelou a declarante por trás; **QUE** a motocicleta atingiu com mais gravidade a sua perna direita; **QUE** o motoqueiro ficou no local até a chegada do Samu; **QUE** a declarante foi socorrida até o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB; **QUE** a declarante foi submetida a uma cirurgia; **QUE** a declarante sofreu duas fraturas na perna direita; **QUE** a declarante não deseja processar o motoqueiro; **QUE** veio comunicar o fato para que possa acionar o seguro DPVAT; **QUE** a declarante apresenta como suas testemunhas as seguintes pessoas: **PAULO SOARES DA SILVA**, residente na Rua Francisco Ernesto do Rego, 447, Centro, Queimadas/PB; e **MARLENE MENDONÇA**, residente na Rua Severino Bezerra Cabral, 511, Correia Lima II, nesta cidade. Era o que tinha a Certificar. Eu Thomas J. Nunes Farias, escrivão que o digitei, dato e assino.

Queimadas - PB, 11 de NOVENBRO de 2019

Declarante/noticiante:

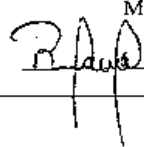
Alzira B. gomes de
ALZIRA BATISTA GONÇALVES

Escrivão (ã):

Thomas J. Nunes Farias
THOMAS J. NUNES-FARIAS





 POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II) BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO 2ª COMPANHIA DE POLÍCIA RODOVIÁRIA – 2º CPRv BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT							
DADOS DO ACIDENTE							
Nº BOAT 011/2019	RESPONSÁVEL PELO LEVANTAMENTO DO ACIDENTE ROSIL MARINHO PEREIRA					POSTO/GRADUAÇÃO: 2º SGT QPC/PM	
HORÁRIOS:	Acionamento 10h50min	Chegada no Local 11h35min	Horário do Sinistro 10h40min	Bairro: CENTRO	Município QUEIMADAS	UF PB	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: RODOVIA ESTADUAL PB 148 – QUEIMADAS - PB							
Data/Ocorrência 17/07/2019	Dia da Semana QUARTA-FEIRA	C/S Vítima (QT) COM - 01 VIT.	Natureza do Acidente ATROPELAMENTO	Tipo de Pavimento ASFALTO	Condições/Via NORMAL	Tempo BOM	
Envolvidos no acidente (Quantidade) 01 Honda Biz e 01 Pedestre				Controle do Tráfego no Local: Sinalização Horizontal e Vertical em pista de sentido duplo			
CONDUTOR 01							
Nome: HIGOR DIAS DONATO							
Sexo: MASCULINO	Nascimento: 07/11/1997	R. G. 4287452	Registro CNH N° 06903567469	UF PB	CPF 129124234-14		
Endereço: RUA ODILON ALMEIDA BARRETO, Nº 475, CENTRO - QUEIMADAS - PB							
1ª Habilitação 23/08/2017	Categoria "AB"	UF PB	Ex.Méd./Dia SIM	Data Vencimento 12/04/2022	Usava Cinto -	Usava Capacete SIM	
Exame de Embriaguez Alcoólica: NÃO REALIZADO				Destino do Condutor: PERMANECER NO LOCAL			
VEÍCULO 01							
Marca HONDA	Espécie MOTONETA	Placa NPV-4734	Categoria PARTICULAR	Município QUEIMADAS	UF PB		
Nome do Proprietário: MARIA DO SOCORRO PEREIRA DONATO							
Seguradora DPVAT	Bilhete N° 08795491490	Renavam 321621115	Data da Emissão 20/04/2011				
Defeitos/Avárias:							
VERSÃO DO CONDUTOR 01							
Disse que trafegava no sentido Bairro/Centro na Rodovia PB 148, município de Queimadas-PB, em velocidade moderada, quando de repente atravessou em sua frente uma Senhora. Que no momento freou e tentou desviar daquela Pedestre, porém, não conseguiu, vindo, conseqüentemente, a Pedestre, após o impacto, a ser projetada ao solo.							
VÍTIMA 01							
Nome: ALZIRA BASTISTA GONÇALVES				Sexo FEMININO	Nascimento: 26/10/1943		
Endereço: RUA SEBASTIÃO LUCENA, Nº 59, CENTRO - QUEIMADAS - PB							
Vinjava no Veículo N° -	Usava Cinto -			Usava Capacete: -			
Condição da Vítima: () Condutor () Passageiro (X) Pedestre -				Conduzida Para: Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande - PB			
CONSTATADO							
Chegando ao local do sinistro, constatou-se que o V1 (Honda Biz) encontrava-se posicionado ao lado direito da pista de rolamento (PB 148), no sentido Bairro/Centro. Em relação ao Pedestre envolvido no referido Sinistro, o mesmo havia sido socorrido, pelo SAMU, para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande - PB							
OBS. I - Quando da chegada ao local do Sinistro, ali já se encontrava uma Guarnição da 3ª CIPM sob o Comando do Tenente Nunes isolando a área. II - Com relação a Motoneta, foi lavrado ao Auto de Infração de Trânsito com base no Art. 230 V do CTB, e a mesma foi removida ao Pátio da 1ª CIRETRAN. Não foi possível realizar o Teste de Etilômetro no referido Condutor em razão da indisponibilidade do respectivo aparelho.							
Massaranduba - PB, 22 de agosto de 2019.							
 Responsável pelo Levantamento							





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
2ª COMPANHIA DE POLÍCIA RODOVIÁRIA – 2ª CPRv
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO – BOAT




CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 011/2019

DANOS NO V1

Marca/Modelo: HONDA/BIZ	Placa: NPV-4764/PB	Responsável pelo Preenchimento: 2º SGT R. MARINHO	Data: 17-07-2019
----------------------------	-----------------------	--	---------------------

MOTONETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	-	X	-	05	Chassi	-	X	-
02	Mesa superior da suspensão dianteira	-	X	-	06	Garfo traseiro	-	X	-
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	-	X	-	07	Eixo traseiro (triciclos)	-	-	-
04	Coluna de direção	-	X	-	Total Geral (Sim + NA)		00	-	-

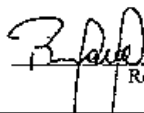
Observações:

00 = DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0	-> DANO DE PEQUENA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4	-> DANO DE MÉDIA MONTA
Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4	-> DANO DE GRANDE MONTA

Massaranduba - PB, 22 de agosto de 2019.



Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
2ª COMPANHIA DE POLÍCIA RODOVIÁRIA - 2º CPRV
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 011/2019

AMARRAÇÕES

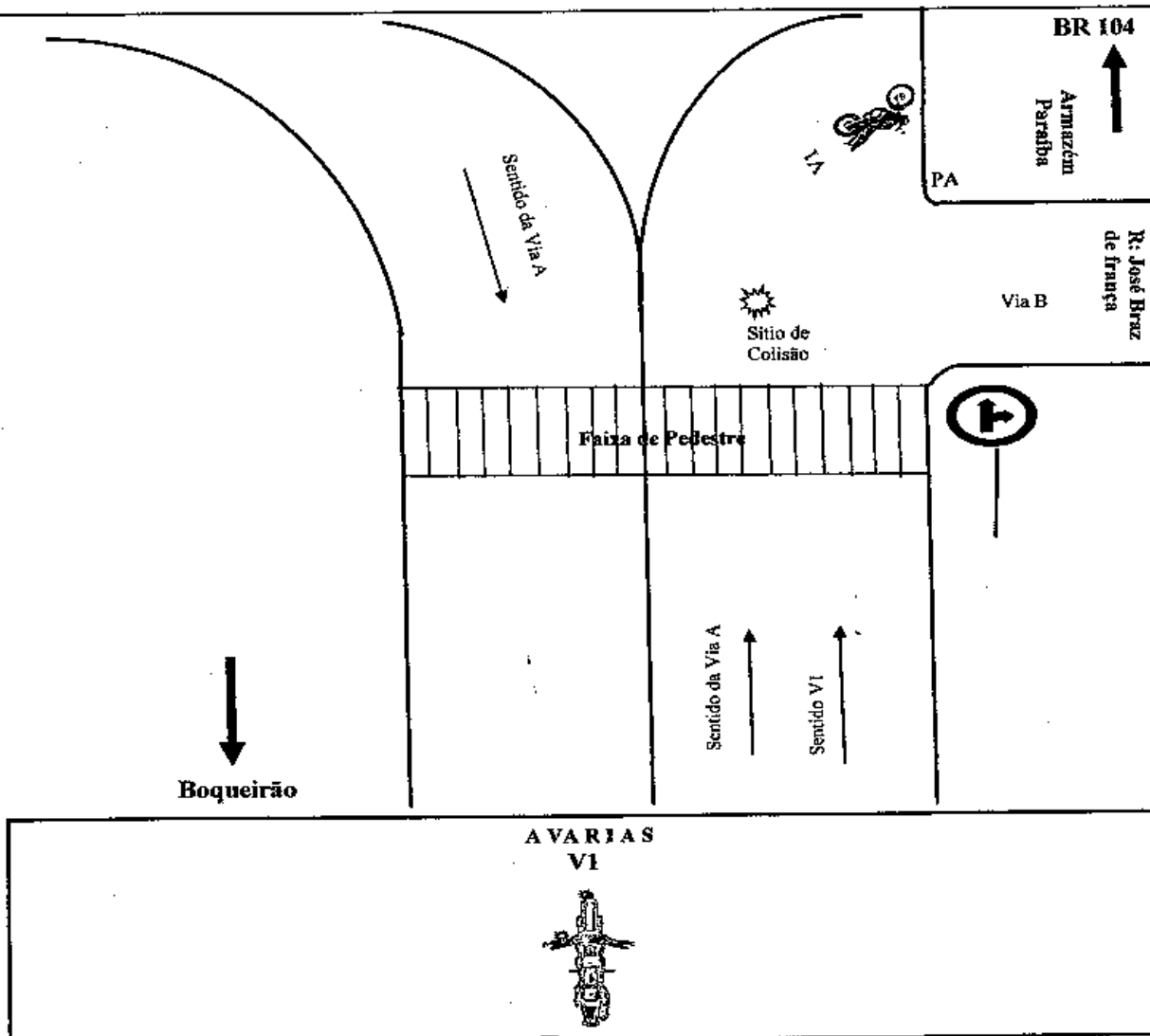
VIA "A" - 8 m (Rodovia Estadual PB 148)

VIA "B" - 6,5 m (Rua José Braz de França)

PR (Ponto de Referência) Armazém Paraíba

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixo Dianteiro : 0,70 metros e Eixo Traseiro 1,20 metros para (PA)



AVARIAS
V1



[Assinatura]

Responsável pelo Levantamento

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

1





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
2ª COMPANHIA DE POLÍCIA RODOVIÁRIA - 2º CPRv
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 011/2019

FOTOS V1
(MOTONETA/HONDA - PLACAS: NPV-4764/PB)

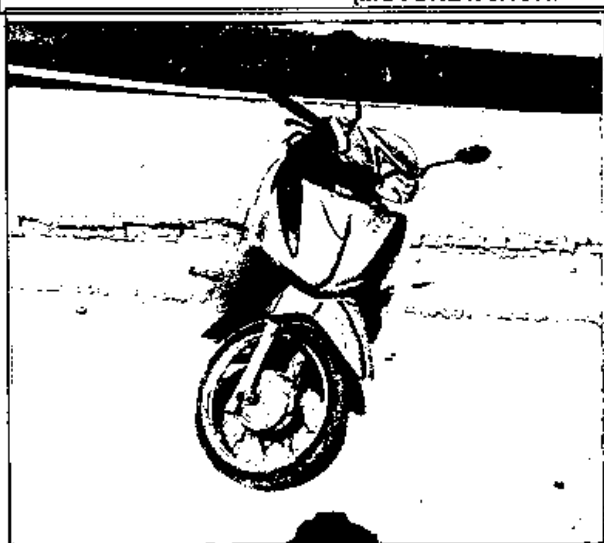


FOTO 01: PARTE FRONTAL



FOTO 02: PARTE TRASEIRA



FOTO 03: LATERAL DIREITA



FOTO 04: LATERAL ESQUERDA





Comp. Reg. de Acidentes Declarados



**SAMU
192**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE QUEIMADAS (SESAU)
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU**

Declaração

Declaro para devido fins de comprovação que a paciente, **Alzira Batista Gonçalves 75 Anos**, RG: **1.704.373 2ª via**, CPF: **022.126.154-00**, foi atendida por nossa equipe, no dia **17/07/2019** as **10:45**, vítima de atropelamento por moto na Av. Odilon Almeida Barreto- Centro de Queimadas-PB, realizado protocolo de trauma, com fratura fechada em MTD, corte contuso no super cílio esquerdo, transferido para o Hospital de Trauma de Campina Grande onde foi recebido pelo Dr. Jarbas Fonseca Cirurgião Geral, para dar continuidade no atendimento especializado.

Thiago Souto Batista
Coordenador Geral do SAMU
DE QUEIMADAS
MAT. 617574-0

Thiago Souto Batista
Coordenador Geral do SAMU de Queimadas-Pb
MAT. 617574-0

Queimadas, 19 de Agosto de 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/02/2021 11:02:23

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/02/2021 11:02:23

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/02/2021 11:02:23

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/02/2021 11:02:23

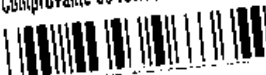
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/02/2021 11:02:23

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/02/2021 11:02:23





Comprovante de residência



Itaucard



Consulte sua fatura de internet
ou nos call centers eletrônicos do Itaú



CTC RECIFE PE PLB



JANDUI BARBOSA DE ANDRADE
R JOAO SUASSUNA 83 ED MANOEL PATRICIO
AP 301 - CENTRO
58400-036 CAMPINA GRANDE - PB



7211094230217860000000234230 021219

Data de Postagem: 02/12/2019
Data de Vencimento: 14/12/2019
Data de fechamento (emissão): 30/11/2019
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 31/12/2019





ATESTADO MÉDICO

Documentação médica - hospitalar



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) **ALZIRA BATISTA GONCALVES** portador(a) da Identidade RG: **1704373** portador(a) da patologia CID-10 **S822**. Esteve interno (a) neste Hospital no período de **17/07/2019 a 30/07/2019**, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades por um período de **90** dias, a partir desta data.

CAMPINA GRANDE - PB 30/07/2019

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB-9965 / CRM/RN-8320

Médico: Julio Cesar Ribeiro De Castro

AUTORIZAÇÃO

Eu **ALZIRA BATISTA GONCALVES**, autorizo o (a) Dr.(a) **Julio Cesar Ribeiro De Castro**, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado legal.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA **DP. 108**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Alzira Batista Gonçalves
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação

VALIDA EM TODO O BRASIL

REGISTRO GERAL 1.704.373 20/11/2005

NOME: **ALZIRA BATISTA GONÇALVES**

FILIAÇÃO: **José Luis da Silva**
Zina Maria da Conceição
Angelim-PE. 26.10.1943

NACIONALIDADE: **Portuguesa**

DOC. ORIGEM: **Cert. Nascimento 493 fls. 96v. Liv. B**
2. Cart. Ingazeira-PE.

CPF: **022.126.154-00**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEIA N° 16.05.28.02.63

10. Alzira



Documentos de identificação

