



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA
Rua Tiradentes, nº 06, Centro - CEP 58.600-558 / Fone (83) 3522-6638

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 039/2015

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data e hora do fato: 25/10/2014, às 13h 00min

Local do ocorrido: Rua Conego Jose Viana, Estação, Sousa/PB.

Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento: 12/01/2015, às 10h 15min

COMUNICANTE: ALICE BARBOSA DA SILVA, alcunha **, Filiação: Adão Pereira da Silva e de Izamarques Barbosa LIMA, Profissão: Autônomo, Estado Civil: Solteira, Naturalidade: Sousa - PB, Nacionalidade: brasileiro, Data de Nascimento: 12/08/1996, Endereço Residencial: Rua do Campo, s/n - Alto do Cruzeiro, Sousa - PB, Endereço Profissional: **, Telefone: 9363-2590, Portador da CI/RG nº: 4048073 - SSP/PB, Título Eleitoral **, CPF 128.011.684-67, CNH não possui.

VÍTIMA: O COMUNICANTE.

HISTÓRICO: QUE no dia 25 de outubro de 2014, por volta das 13h00min, conduzia uma motocicleta HONDA/BROS 150, PLACA OGF-7748, COR VERMELHA, NIV 9C2KD0550DR230311, registrado em nome de ALISSON BARBOSA DA SILVA, quando um veículo saiu de repente do acostamento e chocou contra sua moto; QUE o declarante sofreu escoriações no pé esquerdo; QUE ficou com dores no referido pé; QUE foi socorrida pelo SAMU até o hospital Regional de Sousa; QUE não ficou internado no citado estabelecimento; QUE não se encontra trabalhando; QUE todo o atendimento no Hospital Regional de Sousa fora gratuito; QUE gastou apenas com medicamentos, não sabendo o valor, acredita que em torno de R\$ 50,00 (cinquenta reais); QUE o declarante vinha só na motocicleta; QUE o veículo envolvido na acidente fora rebocado e se encontra em poder do declarante. Ciente ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não seja estritamente a verdade.

SOUSA - PB, 12 de janeiro de 2015.

del. Francisco A. Moreira
Delegado de Polícia
M.A. 15.509-3

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. FRANCISCO ABRANTES MOREIRA

COMUNICANTE: Alice Barbosa da Silva

ESCRIVÃO:





Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

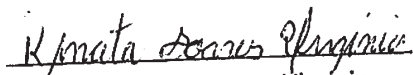
Sousa, 04 Dezembro de 2014.

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 02 de Dezembro de 2014 passa a informar o que seque:

Nº da ocorrência: 0027
Vitima: Alice Brabosa da Silva
Sexo: Feminino
Data: 25/10/14
Local da Ocorrência: Proximo a linha ferria
Médico Intervencionista: Dr Felipe
Viatura: USB02
Condutor: Fernando
Téc. Enfermagem: Raquel
Enfermeiro: Graziella

Natureza da Ocorrência: USB012 acionada para atendimento vitima de colisão carro x moto . No local vitima fora de cena , consciente, orientado apresentando escoriações e referindo a dor MIE . Imobilizado em prancha rígida e membros, colar cervical mais AVP com SRL e encaminhado a HRS, sob- regulação medica para avaliação.


Renata Soares Virginio
Coordenadora Administrativa

Renata Soares Virginio
Diretora Administrativa





Secretaria de Saúde
Secretaria de Administração Municipal de Urgência
Samu 192 Regional Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USP 3 02



TRAUMA

25/10/14	Ocorrência: 0027	Paciente: Wilice Barboza da Silva	Idade: 18	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem
Local da Ocorrência: Rua próxima à linha férrea		Bairro: C. Ficação		
Apelo no Local: <input type="checkbox"/> RAK <input type="checkbox"/> Resgate <input type="checkbox"/> Bateria		Verificação Regulada: Felipe Rocha		
DESTINO: <input type="checkbox"/> RAK <input type="checkbox"/> Resgate <input type="checkbox"/> Bateria <input type="checkbox"/> Faltas <input type="checkbox"/> TGEFE <input type="checkbox"/> Outros				

DESTINO

LOCAL: FRS RESPONSÁVEL: Dr. E. L. F. ... OBS: ...

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAREICHADA CENTAL. 3326 ☐ SIM ☐ NÃO

CINEMATICA / CAUSA

☐ QUEDA x 5m ☐ QUEDA x 5m ☐ QUEDA PRÓPRIA A TUA ☐ OUTRA _____

☐ COLISÃO FRONTAL ☒ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO FROTA/VEICULO ☐ DESPRENDIMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☒ CARRO X MOTO

☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM TIPO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO _____

☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL _____ OU DENTRO DO VEÍCULO _____ AIR BAG NÃO AÇIONADO ☐ DIR ☐ ESQ

☐ AFOGAMENTO GRAU _____ ☐ QUEIMADURA GRAU _____ ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FIB ☐ FAF

☐ OUTRO _____

☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA _____

☐ INTOXICAÇÃO DROGA ENFIM PICADA DE _____ ☐ ESCURVA _____ ☐ ANE _____ ☐ M _____ ☐ ARAJUA _____

☐ ENVENENAMENTO POR _____

EXAME FÍSICO MÉDICO _____

EXAME FÍSICO MEDICO

ENCONTRADO: ☐ DECUBITO LATERAL ☐ DORSAL ☐ VENTRAL ☒ SENTADO ☐ DENTRO DE VEICULO ☐ FORA DE VEICULO ☐ DEAMBULANDO

Nível de Condição: ☒ CONSENTE ☒ NÃO CONSENTE

☐ INCONSCIENTE ☐ ANESTESIA ☐ SEM ANESTESIA ☐ ABUSO DE DROGA ☐ SONDENTO

☒ DENTRO ☐ FORA

LESÕES APRESENTADAS		OUTRA	
<input type="checkbox"/> ESCORRAÇÕES / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> FRACTURA INCOMPLETA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____	
<input type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> FRACTURA COMPLETA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> CÁMERA / LOCAL: _____	
<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> SQUELÉTRIC FRACTURE / LOCAL: _____	<input checked="" type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: M3E	
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> FRACTURE DISLOCATION / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: _____	
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> JOINT DISLOCATION / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: _____	
<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> JOINT DISLOCATION / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: _____	
		<input type="checkbox"/> OUTRO: _____	

DADOS VITAIS

VIA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUIDA/RESPIRAÇÃO FRONTO: _____ TÓRAX: _____ PULSO RADIAL: ☐ PRESIDENTE ☐ AUSENTE

INICIAL U08 bpm FC Final 110x80 mmHg
 PADRÃO REPIETITÓRIO ☐ REGULAR ☒ IRRADIAR SE - TEM MMSC ☐ < 2 SEGUNDOS - MMH ☐ < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO 98

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem		<input type="checkbox"/> MÚSCULATURA CERVICAL	<input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINuíDA	<input type="checkbox"/> MÚSCULATURA DE CERVICOMANUBRÍCIA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> NÚMERO DE RESPIRAÇÕES POR MINUTO	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ	<input type="checkbox"/> TENSÃO DE VASOS PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA	<input checked="" type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> TENSÃO DE VASOS PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE
<input checked="" type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input checked="" type="checkbox"/> T		
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINuíDO	<input type="checkbox"/> TENSÃO DE VASOS PREJUDICADA		

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

COLAR CERVICAL TAM: P / ☒ ESTABILIZADOR LATERAL DE CÂMERA / ☒ TRANTES / ☒ BRANCHAR/DIA / ☐ KED / ☐ TALAS DE EXTREMIDADES
A. V. P. COM ASOSOTAT N° 16 / ☒ MSE / ☐ MSD / ☒ SG / ☐ SG / ☐ MEDICAÇÃO
SIMIM / ☐ MASCARA COM RESER / ☐ CATETER NASAL / ☐ PUBILIZAT / ☐ MSE / ☐ MSD / ☐ ME / ☐ MID / ☐ MACA VACUO /
☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO / ☐ EXTRICAÇÃO / ☐ CURATIVO / ☐ COMPRESSÃO / ☐ COMPRESSIVO / ☐ SIMPLES / ☐ IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL / ☐ OLHO E
☐ OLHO D / ☐ VELPEAU / LOCAL
☐ CÂMERA DE QUEDEL N° / CATETER NASAL / ☐ / ☐ MASK AMB / RESER / ☐ / ☐ I. TRAQUEAL N° / ☐ M. LARINGEAL N°
☐ V. MECÂNICA / ☐ CRICO / ☐ PUNÇÃO / ☐ CINTURA / ☐ DORACENTEL / ☐ E. U. / ☐ DRENAGEM TORÁCICA / ☐ E. D. / ☐ PERICARDIOTOMIA
MONITORIZAÇÃO / ☐ E.C.G. / ☐ ETCO₂ / ☐ RCP / ☐ MONIT. / ☐ AUTOPULS. / ☐ SIMULADOR AUTOMÁTICO / ☐ MEDICAMENTOS EM AMPOLAS
FRASCOS EV. / ☐ FENTANIL / ☐ mg / ☐ SUGGAMICOLINA / ☐ mg / ☐ MPA / ☐ mg / ☐ DIAZEPAM / ☐ mg / ☐ OUTROS

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA):

[illegible]

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fale Conosco](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150160638 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALICE BARBOSA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Investprev Seguradora S/A

ENDEREÇO Rua Dom Jaime Câmara, 170 Conjuntos 101 e 102, Centro, Florianópolis - 24, CEP: 88015-120

BENEFICIÁRIO ALICE BARBOSA DA SILVA

CPF/CNPJ: 12801168467

Posição em 09-04-2015 09:50:03

Indenização creditada em 20/03/2015, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Outorgante(s):

Alice Barbosa da Silva brasileiro(a),
estado civil: solteira, profissão: Autônoma,
documento de identificação: 4048073,
CPF: 128.011.684-67, Endereço: R. Campes,
Cidade: Guaporé, Estado PR,
CEP: _____

Outorgado (s):

JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, advogado, inscrito na OAB/RJ nº 57069 com escritório profissional na Avenida Miguel Couto 251, sala 605, Centro, CEP: 58.010-770, João Pessoa - PB.

Poderes:

Os da cláusula *ad judicium et extra*, inclusive com os especiais poderes para patrocinar, defender, em todos os seus termos, atos e incidentes, os direitos e interesses do (a) outorgante, em qualquer processo, ação ou medida em que o mesmo seja parte autora, ré, oponente ou assistente. Conferindo para tanto, o poder geral para o foro, conforme dispõe o artigo 28 do CPC, podendo ainda requerer, alegar, assinar, quando mister, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, receber e dar quitação em juízo ou fora dele, firmar compromisso, levantar importância em juízo ou fora dele, endossar cheques, recorrer de despachos e sentença, arrolar e inquirir testemunhas, juntar documentos, apelar para instâncias superiores, fazer acordos, enfim, praticar todos os demais atos necessários e em direito admissíveis, inclusive o de substabelecer, especialmente para atuar em AÇÃO DE COBRANÇA em virtude do acidente de trânsito experimentado pelo (a) outorgante e em razão das lesões por ele (a) sofridas.

_____, 18 de Maio de 2015.

Alice Barbosa da Silva
OUTORGANTE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 4.048.073	DATA DE EXPEDIÇÃO 27/04/2012
NOME ALICE BARBOSA DA SILVA	
FILIAÇÃO ADÃO PEREIRA DA SILVA IZAMARQUES BARBOSA LIMA	
NATURALIDADE SOUSA-PB	DATA DE NASCIMENTO 12/08/1996
DOC ORIGEM NASC.N.46418 FLS.54 LIV.A-41 PARTORIO SOUSA-PB	
CPF	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.115 DE 29/08/83	

MINISTERIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número 128.011.684-67
Nome ALICE BARBOSA DA SILVA
Nascimento 12/08/1996
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Alice Barbosa Da Silva brasileiro(a), estado
civil: _____, profissão: autônoma,
documento de identificação: 4048073,
CPF: 128.011.684-64, Endereço: R. sam
pro
Cidade: Sousa Estado PB
CEP: _____

DECLARA, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo Cível, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTICA em AÇÃO DE COBRANÇA a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pelo(a) declarante.

Não serão cobrados honorários advocatícios nesta oportunidade, ressalvando-se o direito em caso de mudança na situação econômica do declarante.

Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade acerca da declaração prestada.

_____, 18 de Maio de 2015.

X Alice Barbosa da Silva

DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Alice Bonfassa Da Silva brasileiro(a), estado civil: solteira, profissão: autônoma, documento de identificação: 4048073, CPF: 128.011.684-67, venho, amparado pela Lei 7.115/83, perante este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito no qual anexo documento comprobatório em nome de terceiro, para os devidos fins:

LOGRADOURO (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do campo</u>
NÚMERO	<u>512</u>
COMPLEMENTO	
BAIRRO	
CIDADE	<u>Goiânia</u>
ESTADO	<u>GO</u>
CEP	
TELEFONE	
E-MAIL	

Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade acerca da declaração prestada, sob as penas da lei.

18 de Maio de 2015.

X Alice Bonfassa Da Silva
DECLARANTE





Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO ORDINÁRIO (7) 0820321-21.2015.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Tratando-se de ação que visa o recebimento de seguro obrigatório DPVAT, por precaução, determino que a Escrivania junto ao SISCOP promova verificação se há outra ação tramitando no Judiciário paraibano envolvendo a parte autora, a parte ré e/ou mesmo outra seguradora, certificando-se nos autos.

Havendo outra demanda envolvendo as partes, então, venham os autos conclusos. Todavia, não existindo outra ação, fica de logo determinado:

- Defiro o pedido de assistência judiciária.
- O feito deve seguir o rito ordinário.
- Cite-se, via carta registrada.

JOÃO PESSOA, 22 de setembro de 2015.

ONALDO R. DE QUEIROGA - Juiz(a) de Direito



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DA CAPITAL – PARAÍBA.

Processo nº 0820321-21.2015.8.15.2001

ALICE BARBOSA DA SILVA, já qualificada nos autos da ação que move perante este juízo, vem por seu advogado ao final assinado, requerer a juntada do **SUBSTABELECIMENTO SEM RESERVAS** em anexo para que este produza seus devidos efeitos legais.

Desta forma, requer ainda que a partir desta data todas as publicações e intimações sejam expedidas **EXCLUSIVAMENTE** em nome do **Dr. Cláudio Roberto Lopes Diniz**, OAB/PB 8.023 com escritório localizado na Rua Manoel Gadelha Filho, nº 18, sala 15/18, Centro, Sousa/PB.

Pede deferimento.

Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2017.

José Orisvaldo Brito da Silva

OAB/RJ 57.069



SUBSTABELECIMENTO

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB/RJ 57.069 com escritório profissional localizado na Av. Rio Branco, nº 257, sala 1806, Rio de Janeiro, CEP: 20.040-009, **SUBSTABELECE**, **SEM RESERVAS**, os poderes outorgados por ALICE BARBOSA DA SILVA nos autos do processo nº 0820321-21.2015.8.15.2001 em trâmite perante a 5ª Vara Cível da Comarca da Capital no Estado da Paraíba ao **Dr. CLÁUDIO ROBERTO LOPES DINIZ**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PB nº 8.023 com escritório na Rua Manoel Gadelha Filho, nº 18, sala 15/18, Centro, Sousa/PB para que o presente substabelecimento produza seus devidos efeitos legais.

Rio de Janeiro, 15 de agosto de 2017.

José Orisvaldo Brito da Silva

OAB/RJ 57.069

