



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

RG nº 4.420.955, data de expedição 08/04/2016,  
Órgão SSP/PB, CPF nº 133.980.444-17, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA PROJETADA</u>                      |
| Número                            | <u>SIN</u>                                |
| Aptº / Complemento                |                                           |
| Bairro                            | <u>LOTEAMENTO NOSSA SENHORA DAS NEVES</u> |
| Cidade                            | <u>CONDE</u>                              |
| Estado                            | <u>PARAÍBA</u>                            |
| CEP                               | <u>58322-000</u>                          |
| Telefone de contato               |                                           |
| E-mail                            |                                           |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / PB, 12/05/2017.

X Gabrielle Filgueira Pereira

X Maria de Fátima Santos Filgueira

Assinatura do Declarante



REMETENTE

057029

INSS

AG DA B SOCIAL JOAO PESSOA CENTRO

R BARAO DO ABLAI

CENTRO

JOAO PESSOA PB

58013-080

MUDOU-SE

ENDEREÇO DE

ENDEREÇO DE

ENDEREÇO DE

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM

EM

RESPONSÁVEL

Impresso pela Dataprev

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
05 JUN. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

RG nº 3345876, data de expedição 28/07/05 Órgão SSP/PR

CPF nº 078.926.954 - 09; 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:

### Comprovante de residencia

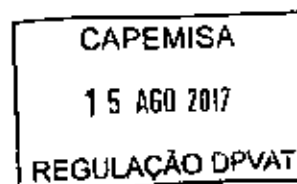


|                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | Rua Domingos Maranhão |
| Número                            | 654                   |
| Apto / Complemento                | CASA                  |
| Bairro                            | CENTRO                |
| Cidade                            | CONDE                 |
| Estado                            | PARAIBA               |
| CEP                               | 58.322-00             |
| Telefone de Contato               | (083) 99314-0676      |
| E-mail                            |                       |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 31 de julho de 2014

Assinatura do Declarante: Amo Crio Tino Felix Bode Jr



DIONÍSIO MARCO ALVES PEREIRA  
RUA DOMINGOS MARANHÃO, 857 - CENTRO  
COND. I PB CEP 58320-000 (AG 11)

Casa/Sobrado RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO R 230, Km 25 - Cande Redenção - João Pessoa/PB - CEP 58071-880  
Roteiro 3-21-405-320 Relat. em: Jun/2016  
SP medidor 00008170115 Emissão: 07/06/2016

**Energisa**  
ENERGISA PIAUÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ nº 056 183 0001-40 Ins. Est 16 015 823-0  
Nota Fiscal de Conta de Energia EINFPA NCCD 257 775  
Código para Dúvida Atendimento: 00012841782

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1386279-2

Jun/2016

Canal de contato

Apresentação

07/06/2016

Data prevista da  
próxima leitura

08/07/2016

CPF/CNPJ/RANI

7788833495  
Ins. Est.

| Anterior                  | Atual                     | Constante | Consumo | 0151 |
|---------------------------|---------------------------|-----------|---------|------|
| Data: 05/05/16<br>L: 4310 | Data: 07/06/16<br>L: 4871 | 1         | 55      | 32   |

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 02/06/2016 PAGAS  
OBRIGADOR

| Demonstrativo               |            |         |             |
|-----------------------------|------------|---------|-------------|
| Descrição                   | Quantidade | Preço   | Valor (R\$) |
| Consumo em kWh              | 55         | 0,41817 | 23,00       |
| ICMS                        |            |         | 8,35        |
| PS                          |            |         | 0,37        |
| COFINS                      |            |         | 1,70        |
| LUXUAMENTOS E SERVIÇOS      |            |         |             |
| CONTROLEÇÃO LCV PUBLICA     |            |         | 8,05        |
| JURIS DE MORA 05/2016       |            |         | 0,51        |
| PARCELAMENTO DE DÉBITO 0316 |            |         | 1,78        |
|                             |            |         | 40,37       |

Histórico de Consumo  
(kWh)

|       |    |
|-------|----|
| May16 | 70 |
| Abr16 | 0  |
| Mar16 | 0  |
| Fev16 | 0  |
| Jan16 | 0  |
| Dez15 | 0  |
| Nov15 | 0  |
| Out15 | 0  |
| Set15 | 0  |
| Ago15 | 0  |
| Jul15 | 0  |
| Jun15 | 0  |

|        | BASE DE CÁLCULO | ALÍQUOTA | VALOR R\$ |
|--------|-----------------|----------|-----------|
| ICMS   | 23,01           | 35,00    | 8,05      |
| PS     | 23,01           | 1,598    | 0,37      |
| COFINS | 23,01           | 5,1010   | 1,70      |

VENCIMENTO  
14/06/2016

TOTAL A PAGAR  
R\$ 84,13

Média dos últimos meses  
78 kWh

RESERVADO AO FISCO

b380.6cff.ed4b.d84f.f2e9.e4f1.f0fe.8abe.

Indicadores de Qualidade

|                | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|----------------|------------------|---------|----------------------|
| DIÁ MENSAL     | 6,50             | 0,00    | 720                  |
| DIÁ TRIMESTRAL | 13,14            |         |                      |
| DIÁ ANUAL      | 27,48            |         |                      |
| DIÁ MENSAL     | 3,78             | 0,00    | 202                  |
| DIÁ TRIMESTRAL | 14,55            |         |                      |
| DIÁ ANUAL      | 3,61             | 0,00    | 201                  |
| DIÁ MENSAL     | 12,72            |         |                      |

Composição do valor total da sua conta

| Descrição                       | Valor (R\$) | %      |
|---------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. de Energia PB | 8,50        | 10,09  |
| Compra de Energia               | 11,33       | 13,45  |
| Serviço de Transmissão          | 0,87        | 0,86   |
| Encargos Setoriais              | 2,89        | 3,20   |
| Impostos, Oribitos e Encargos   | 10,77       | 12,79  |
| Débitos Serviços                | 40,37       | 47,89  |
| Total                           | 84,13       | 100,00 |

Valor de EUSO (Res. 4/2015) R\$ 0,00

ATENÇÃO

Faturas Anteriores Parceladas conforme contrato firmado.  
A leitura continuará.

RECEBIMOS  
E PREVIDÊNCIA S/A  
22 SET 2017

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

SEGURO DE VIDA Nº 18 16/08/2017 11:33 - 1000029718



# DECLARAÇÃO

## Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES, portador(a) do

RG nº 3345846, expedido por SSP/JPB, em

28 / 07 / 2005, CPF/CNPJ nº 078 926 904 - 09,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) ANNE

KAROLYNE F. PEREIRA do sinistro de DPVAT da natureza INDENIZATÓRIA

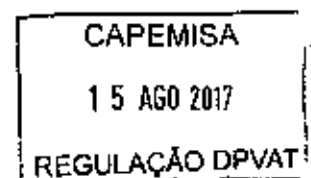
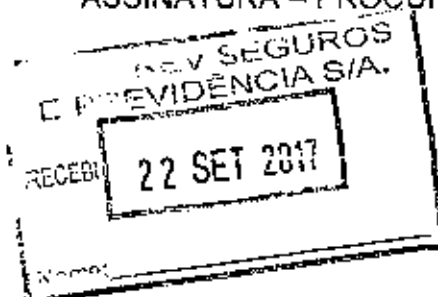
da vítima JOSIMARCO ALVES PEREIRA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: DESEMPREGADA Renda Mensal: R\$ 0,00

Documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_

Ana Cristina Felix Rodrigues  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(a), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOSEMARCO ALVES PEREIRA em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 22/05/2016, faleceu em 23/05/2016, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorçado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

| NOME COMPLETO                                 | NA QUALIDADE DE (*) | RG               | CPF                   |
|-----------------------------------------------|---------------------|------------------|-----------------------|
| 1. <u>Gabriele Filgueira Pereira</u>          | <u>Filha</u>        | <u>4.420.953</u> | <u>133.980.444-77</u> |
| 2. <u>Anne Karolyne Felix Pereira - Filha</u> |                     |                  |                       |
| 3.                                            |                     |                  |                       |
| 4.                                            |                     |                  |                       |
| 5.                                            |                     |                  |                       |

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima ☒ não deixou companheiro(a) ou ( ) deixou companheiro(a) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício de vontade ou comprometimento, o(a)s declarante(s) firmo(m) e presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros / beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Condé/PB - 08/05/2017

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Gabriele Filgueira Pereira

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Maria do Patrimônio Santos Filgueira

ASSINATURA DO DECLARANTE

X \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO DECLARANTE

X \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO DECLARANTE

X \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIROS LEGAIS, MENORES DE IDADE (\*)

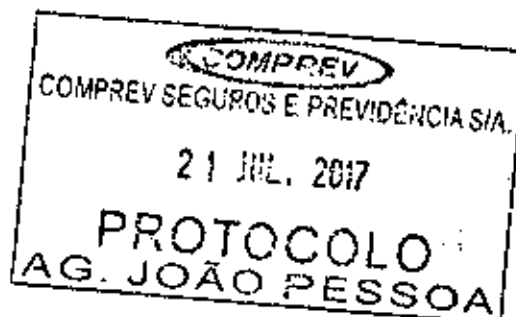
| NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE | RG | CPF | ASSINATURA |
|----------------------------------------------------|----|-----|------------|
| 1.                                                 |    |     | <u>X</u>   |
| 2.                                                 |    |     | <u>X</u>   |

## DADOS DAS TESTEMUNHAS

| NOME COMPLETO                            | RG              | CPF                   | ASSINATURA |
|------------------------------------------|-----------------|-----------------------|------------|
| 1. <u>RAFAEL A. DA L. LOUREIRO FILHO</u> | <u>2492016</u>  | <u>059.145.764-40</u> | <u>X</u>   |
| 2. <u>JOSEMARCO SANTOS FILGUEIRA</u>     | <u>260279-2</u> | <u>071.243.244-06</u> | <u>X</u>   |

(\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o representante legal deverá assinar pelo menor.  
 b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) E 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar paralelamente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher a assina no quadro (a).





**DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) HERDEIRO(S)**

Declaro(mos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima ROSIMAR ALVES VAREIRA, nascida em 22/05/1926, faleceu em 23/05/2016, no estado civil de SOLTEIRO, (solteira, citada, separado judicialmente, divorciado ou viúva), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(ais), o beneficiário(s):

| NOME COMPLETO              | NA QUALIDADE DE (I) | RG        | CPF         |
|----------------------------|---------------------|-----------|-------------|
| Gabriele Filgueira Pereira | Filha               | 4.430.953 | 133.480.444 |
|                            |                     |           |             |
|                            |                     |           |             |
|                            |                     |           |             |

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima  
Declaro(mos), ainda que a vítima ☒ não deixou companheira(o) ou ☐ deixou companheira(o) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou conhecimento, o(s) declarante(s) firmam, no presente, juntamente com (dura) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto no esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Conde/PB 08/05/2017  
LOCAL E DATA

Gabriele Filgueira Pereira  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

X \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

X \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

X \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

X \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

| DADOS E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE |    |     |            |
|---------------------------------------------------------|----|-----|------------|
| NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE      | RG | CPF | ASSINATURA |
| 1.                                                      |    |     |            |
| 2.                                                      |    |     |            |

| DADOS DAS TESTEMUNHAS          |          |                |                     |
|--------------------------------|----------|----------------|---------------------|
| NOME COMPLETO                  | RG       | CPF            | ASSINATURA          |
| ROSALE A. DA L. LOUREIRO FILHO | 2442016  | 059.145.769-90 | <u>[Assinatura]</u> |
| JOSEMA S. FILGUEIRA            | 262249-2 | 071.243.244-06 | <u>[Assinatura]</u> |

**(3) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar esta declaração.
- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar definitivamente no campo Assinatura do Declarante, e o representante legal ou assistente deverá assinar a assinatura no campo 1b.

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
16 ABR. 2017  
PROTOCOLO  
AG JOÃO PESSOA

# DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(am), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOSIMARCO ALVES PEREIRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 31/05/2016, faleceu em 31/05/2016, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

| NOME COMPLETO                   | NA QUALIDADE DE (*) | RG        | CPF            |
|---------------------------------|---------------------|-----------|----------------|
| 1. ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES | COMPANHEIRA         | 3345.846  | 078.926.904-09 |
| 2. ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA  | FILHA               | 4.267.299 | 127.737.474-02 |
| 3.                              |                     |           |                |
| 4.                              |                     |           |                |
| 5.                              |                     |           |                |

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaração de únicos herdeiros



Declaro(mos), ainda, que a vítima ( ) não deixou companheira(o) ou (X) deixou companheira(o) de nome ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

JOÃO PESSOA

LOCAL E DATA

JOÃO PESSOA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Ana Cristina Felix Rodrigues

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Ana Cristina Felix Rodrigues

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

## 1 DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (\*)

| NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE | RG        | CPF            | ASSINATURA                     |
|----------------------------------------------------|-----------|----------------|--------------------------------|
| 1. ANA CRISTINA F. RODRIGUES                       | 3.345.846 | 078.926.904-09 | X Ana Cristina Felix Rodrigues |
| 2.                                                 |           |                |                                |

## DADOS DAS TESTEMUNHAS

| NOME COMPLETO                      | RG        | CPF            | ASSINATURA                 |
|------------------------------------|-----------|----------------|----------------------------|
| 1. Carmelita Rodrigues de Oliveira | 2.952.444 | 069.864.152-97 | X Carmelita R. de Oliveira |
| 2. Ms. Cristiana Silva de Oliveira | 338.933   | 335.147.604-72 | X Carmelita R. de Oliveira |

## (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (XIV) SEGUROS.

CAPEMISA

15 AGO 2017

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS - DPVAT

SAC DPVAT 0800 022 01204

www.dpvatsegurodotransito.com.br

RECEBI

22 SET 2017

Nome:

SECRETARIA DE TRANSPORTES E LOGÍSTICA - 0000000719

Rua NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, 136 - CENTRO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
ANA CRISTINA FÉLIX RODRIGUES  
Dou. 16. Conde/PB - 15/02/2017  
Tabela B01: Maria José Geroz de Souza  
Selo Digital: AEB08387-D2994  
Acesse o site <http://seelodigital.pb.jus.br>



*Maria José Geroz de Souza*

CARTÓRIO PEDRO ALVES REGISTRO CIVIL E TABELIONATO  
Rua NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, 136 - CENTRO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
CARMELITA RODRIGUES DE OLIVEIRA  
Dou. 16. Conde/PB - 15/02/2017  
Tabela B01: Maria José Geroz de Souza  
Selo Digital: AEB08390-209E7  
Acesse o site <http://seelodigital.pb.jus.br>



*Maria José Geroz de Souza*

CARTÓRIO PEDRO ALVES REGISTRO CIVIL E TABELIONATO  
Rua NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, 136 - CENTRO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
MARIA CRISTINA SILVA DE OLIVEIRA  
Dou. 16. Conde/PB - 15/02/2017  
Tabela B01: Maria José Geroz de Souza  
Selo Digital: AEB08388-OK 11  
Acesse o site <http://seelodigital.pb.jus.br>



*Maria José Geroz de Souza*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

**P-10**

*Josimarco Alves Pereira*  
ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DIGITAL **2 055450** DATA DE EXPEDIÇÃO **11 ABR 1984**

NOME **JOSIMARCO ALVES PEREIRA**

FILIAÇÃO **José Pereira da Silva  
Veronice Alves de Souza**

**João Pessoa-PB.** **12/11/1979**  
DATA DE NASCIMENTO

**Cert. Nasc. N. 3.334. Fls. 162-S. Liv. A-4**  
DUG ORIGEM **Cart. de Conde-PB.**

*[Assinatura]*  
AC. EXAMINADOR ASSINADOR DO CARTÃO

**(CVB) VELTON BRAGA**

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.  
Alhandra-PB 11/07/2016/09:40:38  
Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto  
[2016-003633] ENOL:R\$ 2,12 FAREN:R\$ 0,25 FEPT:R\$ 0,42 ISS:R\$ 0  
SELO DIGITAL: ADE87342-K98Y  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

*[Assinatura]*  
**Maria do Socorro F. Braga**  
**Tabela**

DOCUMENTOS 75%

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome **JOSIMARCO ALVES PEREIRA**

Nº de Inscrição **027888334-95**

**12/11/79**

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, segundo a exigência do art. 170, inciso III, da Constituição Federal.

**JOSIMARCO ALVES PEREIRA**

**VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Emitido em **27/04/88**

**(CVB) VELTON BRAGA**

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.  
Alhandra-PB 11/07/2016/09:40:38  
Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto  
[2016-003634] ENOL:R\$ 2,12 FAREN:R\$ 0,25 FEPT:R\$ 0,42 ISS:R\$ 0  
SELO DIGITAL: ADE87343-03M  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

*[Assinatura]*  
**Maria do Socorro F. Braga**  
**Tabela**

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

**05 JUN. 2017**

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

DOCUMENTO 4 \*T4%

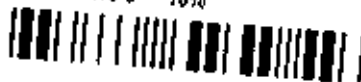


| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| REGISTRO GERAL                       | 4.420.955                  |
| DATA DE EXPEDIÇÃO                    | 08/04/2016                 |
| NOME                                 | GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA |
| FILIAÇÃO                             | JOSIMARCO ALVES PEREIRA    |
| MARIA DE FÁTIMA SANTOS FILGUEIRA     |                            |
| NATURALIDADE                         |                            |
| JOÃO PESSOA-PB                       |                            |
| DOC. ORIGEM                          |                            |
| NRASC.N.10616 ELS.102 LIV.A-11       |                            |
| CARTÓRIO CONDE+PB                    |                            |
| DOC                                  | 133.980.444-17             |
| ASSINATURA                           |                            |
| DATA DE NASCIMENTO                   | 01/04/2000                 |
| LEI Nº 7.116 DE 28/06/03             |                            |

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL             |  |
|--------------------------------------------|--|
| ESTADO DA PARAÍBA                          |  |
| SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL |  |
| INSTITUTO DE POLÍCIA DEBENTICA             |  |
| DEBENTAMENTO E IDENTIFICAÇÃO               |  |
|                                            |  |
| Gabrielle Filgueira Pereira                |  |
| ASSINATURA DO TITULAR                      |  |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE                     |  |

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
05 JUN. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 3 \*T396\*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

P.02

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Maria de Fátima Santos Filgueira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2384024 DATA DE EXPEDIÇÃO 71 NOV. 1998

NOME MARIA DE FATIMA SANTOS FILGUEIRA

FILIAÇÃO Jose Felix Filgueira

Maria de Fatima dos Santos

João Pessoa-PB. 24.06.1979

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.nº2428.Fls.154v.Liv.A-3

DOC ORDEM

Cart.do Conde-PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEINº7.116 DE 29/02/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome MARIA DE FATIMA SANTOS FILGUEIRA

Nº de Inscrição 030485924-00 Data do Nascimento 24/06/79

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

05 JUN. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CL-1

*Josemaria Alves Pereira*

RECEBIMOS DO Sr. **JOSEMARIA ALVES PEREIRA** em 08/06/12 : um original  
TAMBIEM QUINGUEMIL O COTIL MES DO 1/2

TERMO DE RECEBIMENTO

Este documento é destinado ao registro no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, mediante a entrega de um original, cujo valor como prova de identidade é de R\$ 10,00.

RECEBIMOS DO Sr. **JOSEMARIA ALVES PEREIRA** em 22 SET 2017  
TAMBIEM QUINGUEMIL O COTIL MES DO 1/2

TERMO DE RECEBIMENTO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

**JOSEMARIA ALVES PEREIRA**

CPF: 027668334-95

12/11/78

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria de Receita Federal

**JOSEMARIA ALVES PEREIRA**

CPF: 027668334-95

12/11/78

GAPEMISA  
15 AGO 2017  
REGULAÇÃO DPVAT

69350

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RENASCIMENTO 45876 DATA DE EMISSÃO 28 JUL 2005

IDENTIFICADORA ANA CRISTINA FÉLIX RODRIGUES

Nome José Rodrigues

Sobrenome Isábel Félix Rodrigues

Canguaretama-RN 01.07.1986

Naturalidade DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 5.512 PLS. 143 LIV. A-8

Vale Crime Cart. Passa e Fica-RN

ASSINATURA DO DETENTOR

BRASIL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARAIBA

P. 617

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANA CRISTINA FÉLIX RODRIGUES

CARTÃO DE IDENTIDADE

REV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 22 SET 2017

Nome:

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 378.925.904-03

Nome ANA CRISTINA FÉLIX RODRIGUES

Nascimento 01/07/1986

Documentos de Identificação



SESSÃO DE PÓS 7 & 14/02/2017 14:35 - 0000000000

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 4.267.299 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/07/2014

NOME ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA

FILIAÇÃO JOSIMARCO ALVES PEREIRA  
ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 21/01/2004

DOC ORIGEM NASC. N. 1682 FLS. 21 LIV. A/03

CARTÓRIO CONDE/PB

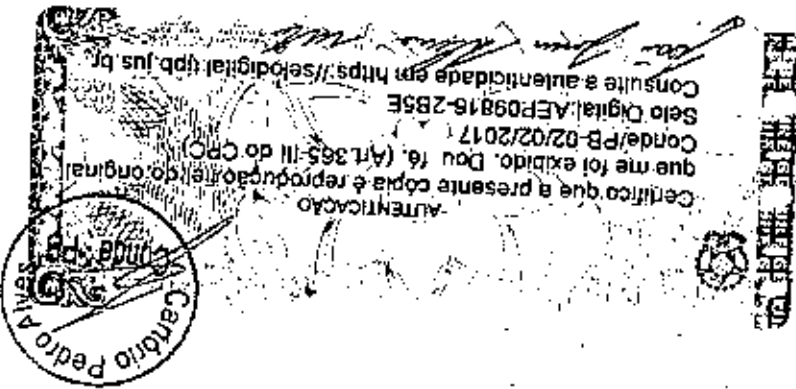
CPF 127.737.474-02

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

LEI Nº 7.118 DE 2008/83

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

CARTARIA DE IDENTIDADE

REGULAÇÃO DPVAT

15 AGO 2017

CAPEMISA

22/07/2000 - 15/07/2007 - 15/07/2007 - 15/07/2007



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 06829900

USO OBRIGATORIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 4.896/64)

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

06829900

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARÁIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

RICARDO HENRIQUE HARDMAN  
LUCIA MARIA DE MEDEIROS CANTALICE HARDMAN

JOÃO PESSOA - PB

7807658 - 6871PB

08/12/1984

092.202.484-12

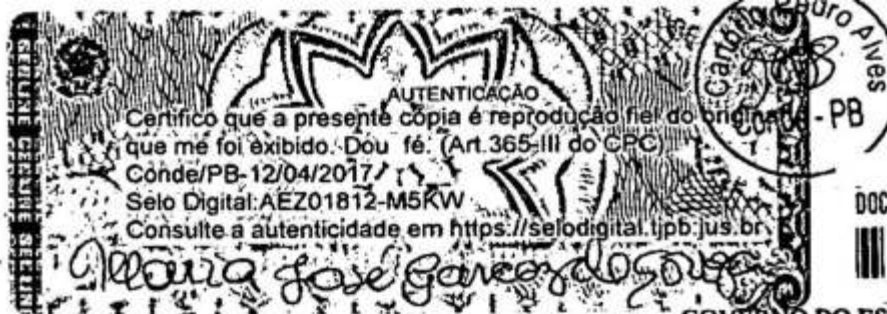
02/24/05/2018

CAPEMISA  
PREVIDENCIA S/A.

22 SET 2017

CAPEMISA  
15 AGO 2017  
REGULAÇÃO DPVAT

SECURORATA LINER PRAT 7 & 16/08/2017 11:54 - 000000724



**Laudo nº: 03.01.01.062016.04255**

DOCUMENTO 6 "T6%"



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
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



**C: 366416**

## LAUDO TANATOSCÓPICO

Dr. Fábio de Almeida Gomes, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) 12ª DDC de nº 468/2016 datada de: 31/05/2016, designou um(a) Perito(a) Oficial Médico-Legal para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: JOSIMARCO ALVES PEREIRA, Nacionalidade: Brasileira, Estado civil: Solteiro, 40 anos, Natural de: João Pessoa/PB, Sexo: Masculino, Raça/cor: Pardo. Filho de: José Pereira da Silva e Veronice Alves de Souza, Residente na rua Domingo Maranhão, Centro, Conde/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

**HISTÓRICO:** Que, hoje (31/05/2016), por volta das 11:30, o examinado foi vítima de acidente de trânsito, onde uma camioneta Hilux atravessou o canteiro central da BR 101 (sentido Recife/João Pessoa), e colidiu na moto em que a vítima estava em frente à Fábrica CoteMinas, em João Pessoa; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa e chegou a falecer no dia de hoje (31/05/2016) às 14:15.

Exame realizado em: 01/06/2016 às 08:00.

### I - INSPEÇÃO EXTERNA:

Cadáver de sexo masculino, de cor parda, que mede 165cm de estatura, de complexão física normolínea, aparentando bom estado de nutrição e de conservação; não trajando roupas, está em rigidez cadavérica e mostra livores violáceos de hipóstase em dorso; estando o cadáver em boas condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos castanhos e apresenta ferimento de bordas afastadas,  $\pm 10$  cm, sangrante, em região parietal direita posteriormente. Pálpebras cerradas (equimose periorbital direita), globos oculares exibindo córneas transparentes, pupilas dilatadas, íris na cor castanho, escleróticas e conjuntivas brilhantes. Dos condutos auditivos, narinas e boca não surge secreção. Face: com escoriação de arrastão em região zigomática direita. Exame Odonto Legal em anexo. O pescoço não permite a execução de movimentos anormais. Tórax com escoriações à nível de clavícula esquerda. Abdômen com escoriações lineares. Genitalia externa masculina. Membros superiores: escoriações em placa no ombro esquerdo. Membros inferiores: pequenos ferimentos em terço distal da coxa, joelho e terço proximal da perna esquerdos. Dorsos: íntegros.

### II - INSPEÇÃO INTERNA:

**CAVIDADE CRANIANA:** Feita uma incisão bi-mastoideia, rebatido o escopo foi constatado: infiltrado hemorrágico à nível parieto temporal direito. Abóbada craniana com fratura em temporal direito. Retirado o encéfalo, procedida a sua secção, a perita constatou: edema e infiltrado hemorrágico. Removida a dura-máter, a base do crânio apresentava-se com fraturas nos andares superior e médio direitos. **CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL:** Feita incisão fúrculo-pubiana, dissecados os planos músculos-cutâneos da parede tóraco abdominal. Removido o plastrão

05 JUN. 2017

PROTOCOLO  
1800-1800

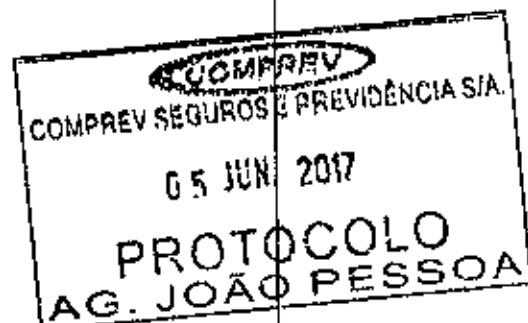
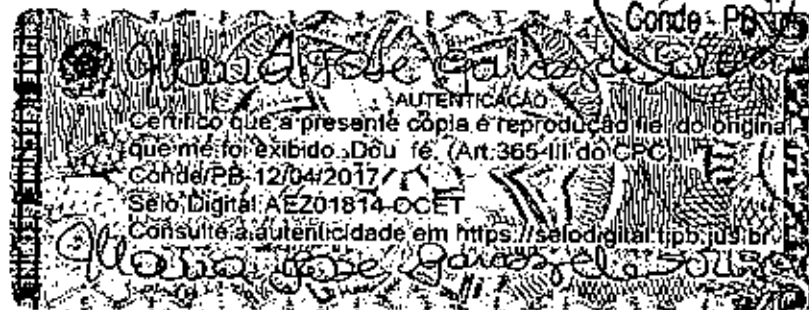
*[Assinatura]*

condroesternal. Fraturas em clavícula direita, 1º ao 3º arcos costais direitos, 1º ao 4º arcos costais esquerdos. Contusões pulmonares. Abdômen: laceração esplênica. Exames complementares: Enviado sangue para alcoolemia. Terminada a necropsia e após a reconstituição do cadáver, passa a perita a responder aos quesitos:

**RESPOSTAS AOS QUESITOS:**

- 1 - SE HOUVE MORTE? SIM.
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? POLITRAUMATISMO.
- 3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 4 - SE FOI PRODUZIDA POR MEIO DE FOGO, VENENO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTURA OU OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL? PREJUDICADO.

*Ana Flávia Franco*  
Dr(a) Ana Flávia M. Franco  
Perito Oficial Médico-Legal  
Mat:157.397-7 CRM 4832/PB





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO FORENSE DA 1ª SRIPC  
LABORATÓRIO DE TOXICOLOGIA DE JOÃO PESSOA

3664



LAUDO PERICIAL Nº 02.01.31.062016.1925  
QUANTIFICAÇÃO DE ETANOL EM SANGUE HUMANO

Autoridade Solicitante: Fábio de Almeida Gomes  
Memorando: 433/2016 – NUMOL-João Pessoa/PB

1) HISTÓRICO:

Data de recebimento do Material biológico, do Memorando e Requisição de Exame: 08 de junho de 2016  
NULF-JP: 08 de junho de 2016  
Registro no LATOX: 378/16  
Perito Oficial Médico-Legal solicitante: Ana Flávia Franca  
Tipo de Exame complementar solicitado: Alcoolemia  
Tipo da amostra biológica coletada: Sangue  
Amostra biológica colhida do cadáver de: JOSEMARCO ALVES PEREIRA  
Data da necropsia: 01/06/16  
Laudo Cadavérico: 03.01.01.062016.04255



2) MATERIAL RECEBIDO PARA ANÁLISE:

Foi recebido neste Laboratório de Análises Toxicológicas 01 (um) tubo de vidro, de tampa cinza, identificado com o nome do cadáver e número do laudo cadavérico supracitados. No interior do tubo havia sangue, de acordo com o memorando supra, congelado e com volume de aproximadamente 4,0 ml (quatro mililitros).

3) EXAME:

A quantificação de etanol em sangue humano foi realizada com sistema de cromatografia gasosa acoplada à espectrometria de massas, através do método "headspace" de análise. Utilizou-se uma coluna capilar com fase estacionária SOL-GEL-WAX para a separação dos analitos, de acordo com metodologia padronizada neste laboratório.

4) RESULTADO:

Através da técnica utilizada **NÃO FOI DETECTADA** a presença de ETANOL (ÁLCOOL ETÍLICO) na amostra analisada.

Para fins de eventual nova perícia, amostra do material pesquisado ficará armazenado neste Laboratório de Análises Toxicológicas sob congelamento por um prazo de 90 (noventa) dias a partir da data da coleta que consta no memorando supracitado, sendo então descartada devido as suas peculiaridades, não havendo manifestação contrária.

Nada mais havendo a lavar-se, foi encerrado o presente Laudo, com verso em branco, vai pelos peritos abaixo assinado, ficando dele cópia de igual teor arquivada e assinada neste Núcleo de Laboratório Forense.

Laboratório de Análises Toxicológicas em 27 de junho de 2016.

Valéria Lopes  
Perito Oficial Químico  
Matrícula: 16

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

05 JUN. 2017

PROTOCOLO  
Nº 12/04/2017/1

AUTENTICAÇÃO  
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original  
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)  
Conde/PB-12/04/2017/1  
Selo Digital AEZ01815-3EU6  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.jpb.jus.br>

Carimbo circular de João Pessoa  
Conde - PB



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

C: 366416

**LAUDO TANATOSCÓPICO**  
Seção de Odontologia

Laudo de IML - Necropsia

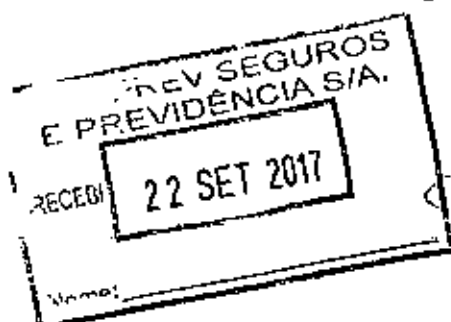
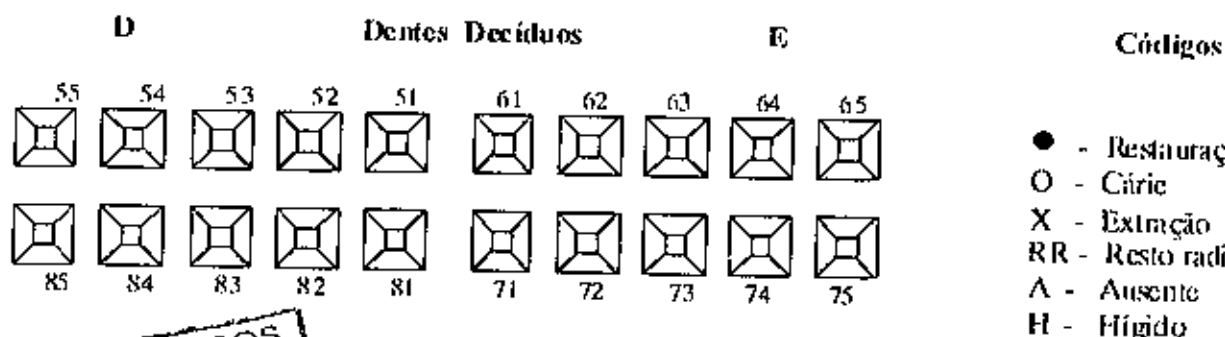
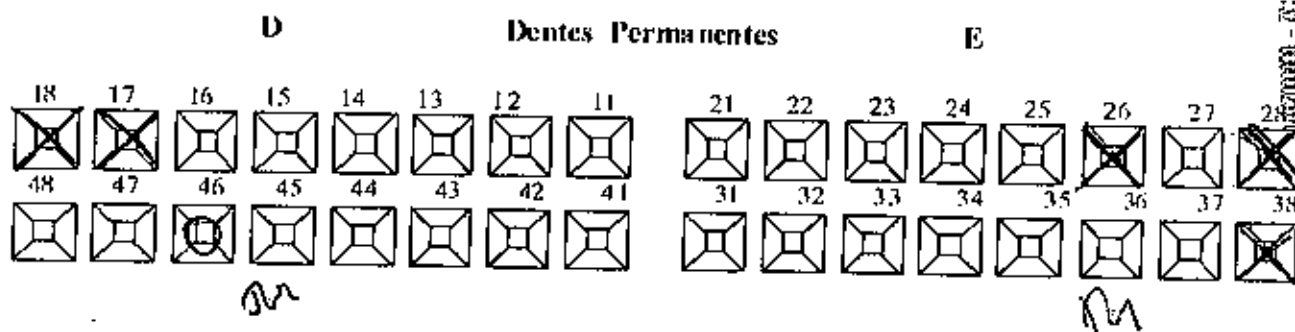


Data do exame: 01/06/2016 Hora do exame: 08:00

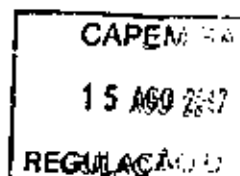
Órgão Requisitante: 12ª DDC. Nº da Solicitação: 468/2016. Autoridade Solicitante: Andrea Melo de Lima. Nome: JOSIMARCO ALVES PEREIRA, 40 anos, Filho de: José Pereira da Silva e de: Veronice Alves de Souza. Sexo: Masculino. Estado civil: Solteiro. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: João Pessoa/PB. Profissão: Ignorado.

**DADOS CARACTERÍSTICOS:**

Rosto: quadrado. Sobrancelhas: semi-retas. Pálpebras: fechadas. Íris: castanhos. Cor: parda. Pupilas: dilatadas. Conjuntivas: brilhantes. Nariz: mesorrino. Boca: média. Lábios: grossos. Arco senil: não. Barba: não tem. Bigode: não tem. Sinais Particulares: não tem.



Jr. Pedro Aurélio de Luna F.C.  
Perito Odonto-Legista  
Matr. 70.721-0  
CRO-PB-PP

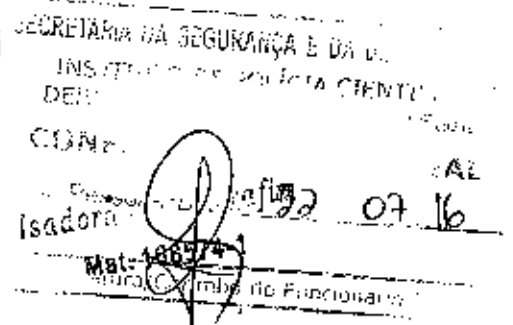


condroesternal. Fraturas em clavícula direita, 1° ao 3° arcos costais direitos, 1° ao 4° arcos costais esquerdos. Contusões pulmonares. Abdômen: laceração esplênica. Exames complementares: Enviado sangue para alcoolemia. Terminada a necropsia e após a reconstituição do cadáver, passa a perita a responder aos quesitos:

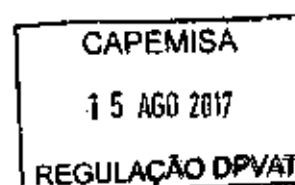
**RESPOSTAS AOS QUESITOS:**

- 1 - SE HOUVE MORTE? SIM.
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? POLITRAUMATISMO.
- 3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 4 - SE FOI PRODUZIDA POR MEIO DE FOGO, VENENO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTURA OU OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL? PREJUDICADO.

*Ana Flávia Franco*  
Dr(a) Ana Flávia M. Franco  
Perito Oficial Médico-Legal  
Mat: 157.397-7 CRM 4832/118



SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA - INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
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

C: 366416

## LAUDO TANATOSCÓPICO

Dr. Fábio de Almeida Gomes, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) 12ª DDC de nº 468/2016 datada de: 31/05/2016, designou um(a) Perito(a) Oficial Médico-Legal para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: JOSIMARCO ALVES PEREIRA, Nacionalidade: Brasileira, Estado civil: Solteiro, 40 anos, Natural de: João Pessoa/PB, Sexo: Masculino, Raça/cor: Pardo. Filho de: José Pereira da Silva e Veronice Alves de Souza, Residente na rua Domingo Maranhão, Centro, Conde/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

**HISTÓRICO:** Que, hoje (31/05/2016), por volta das 11:30, o examinado foi vítima de acidente de trânsito, onde uma camioneta Hilux atravessou o canteiro central da BR 101 (sentido Recife/João Pessoa), e colidiu na moto em que a vítima estava em frente à Fábrica CoteMinas, em João Pessoa; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, em João Pessoa e chegou a falecer no dia de hoje (31/05/2016) às 14:15.

Exame realizado em: 01/06/2016 às 08:00.

## I - INSPEÇÃO EXTERNA:

Cadáver de sexo masculino, de cor parda, que mede 165cm de estatura, de complexão física normolínea, apresentando bom estado de nutrição e de conservação; não trajando roupas, está em rigidez cadavérica e mostra livores violáceos de hipóstase em dorso; estando o cadáver em boas condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos castanhos e apresenta ferimento de bordas afastadas,  $\pm$  10 cm, sangrante, em região parietal direita posteriormente. Pálpebras cerradas (equimose periorbital direita), globos oculares exibindo córneas transparentes, pupilas dilatadas, íris na cor castanho, escleróticas e conjuntivas brilhantes. Dos condutos auditivos, narinas e boca não surge secreção. Face: com escoriação de arrastão em região zigomática direita. Exame Odonto Legal em anexo. O pescoço não permite a execução de movimentos anormais. Tórax com escoriações à nível de clavícula esquerda. Abdômen com escoriações lineares. Genitália externa: masculina. Membros superiores: escoriações em placa no ombro esquerdo. Membros inferiores: pequenos ferimentos em terço distal da coxa, joelho e terço proximal da perna esquerdos. Dorso: íntegro.

## II - INSPEÇÃO INTERNA:

**CAVIDADE CRANIANA:** Feita uma incisão bi-mastoidea, rebatido o escalpo, foi constatado: infiltrado hemorrágico à nível parieto temporal direito. Abóbada craniana com fratura em temporal direito. Retirado o encéfalo, procedida a sua secção, a perita constatou: edema e infiltrado hemorrágico. Removida a dura-máter, a base do crânio apresentava-se com fraturas nos andares superior e médio direitos. **CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL:** Feita incisão fúrculo-pubiana, dissecados os planos Profundus e PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

22 SET 2017

Vamo:

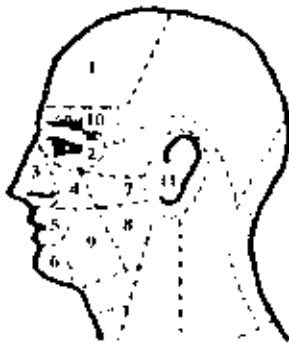
Quana

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

1/2



REGIÕES DA FACE

- |               |                              |
|---------------|------------------------------|
| 1) FRONTAL    | 7) ZIGOMÁTICA                |
| 2) ORBITÁRIA  | 8) MASSETERINA               |
| 3) NASAL      | 9) BUCINADORA                |
| 4) GENIANA    | 10) PALPEBRAL OU SUPERCILIAR |
| 5) LABIAL     | 11) PRÉ-AURICULAR            |
| 6) MENTONIANA |                              |

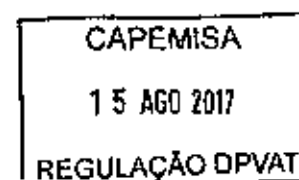
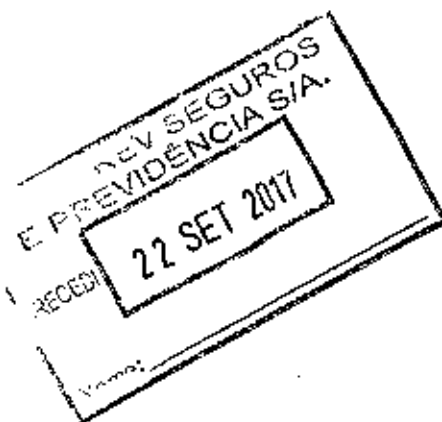
DESCRIÇÃO DO EXAME:

O cadáver apresenta placa de escoriação com cerca de 7 cm localizada na região zigomática direita. Outra de cerca de 5 cm no terço direito da região frontal. Flui líquido sanguinolento pelas narinas.

Dr(a). Pedro Aurélio de Luna Freire  
Perito Oficial Odonto-Legal  
Matr: 70.721-0 CRO 886/PII

*Dr(a). Pedro Aurélio de Luna Freire*  
Perito Odonto-Legal  
Matr. 70.721-0  
CRO 886 - PB

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
FOLHA Nº \_\_\_\_\_  
DATA: 20 07 16  
Assinatura/Carimbo do Funcionário:  
Isadora F. B. Berafim  
Mat. 168374-1



SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
FOLHA Nº \_\_\_\_\_  
DATA: 20 07 16  
Assinatura/Carimbo do Funcionário:



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSIMARCO ALVES PEREIRA  
DATA DE NASCIMENTO 12/11/75  
NOME DA MÃE VERONICE ALVES DE SOUZA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 923.971  
Nº PRONTUÁRIO 95.529  
DATA DO ATENDIMENTO 31/05/16  
HORA DO ATENDIMENTO 12:24  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO + FRATURAS MÚLTIPLAS ENVOLVENDO  
REGIÃO DA FACE + COSTELAS + FEMUR E  
CID 10 T 06.8 + T 02.8

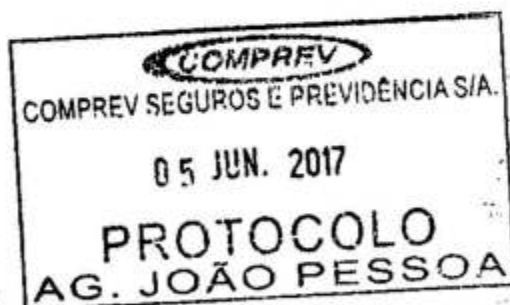
### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), trazido pelo SAMU, apresentando TCE grave, trauma do tórax e do abdome, além de fratura do membro inferior E. Entubado, sedado e sob ventilação mecânica. Glasgow 3. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC da face  
TC da coluna cervical  
TC do abdome  
RX do tórax - AP  
RX da bacia - AP  
RX do joelho E - AP e P  
RX da perna E - AP e P  
RX do pé E - AP e P

DOCUMENTO 7 \*T7%\*



### TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas envolvendo várias regiões do corpo às TC's e aos RX. Pneumotórax D à TC do tórax e abdome. Realizado internamento para tratamentos cirúrgicos. Apresentou parada cardíaco-respiratória nos exames, tendo feito ressuscitação sem resposta, chegando à óbito.

ALTA HOSPITALAR: 31/05/2016  
DATA DA EMISSÃO: 10/11/16

ÓBITO às 14:15 hs

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO C.V.B. 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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



## Primeiro Atendimento M

158889432732  
PACIENTE NAO IDENTIFICADO (MARCO)  
DT. MARC.: 01/01/1979  
NOME:  
END.: DOMINGOS MARRANHÃO  
N. 647 - CENTRO  
CONDE  
MUNIC.: ( )  
CELULAR: (03) 988615980  
IDADE: 48  
DT. ENTRADA:

REETSOL

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

## SINAIS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente primário de acidente de  
motocicleta (carrapato), com  
trauma de crânio, trauma de  
tórax e abdômen, fratura de  
M.E. Esquerda, pelo SAAU  
em 15 minutos da chegada  
ao hospital, idoso 55'

## SINAIS PRIMÁRIOS

VIAS  
AÉREAS ☒ Perivas ☐ Obstruídas  
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

HTD: ☐ Presente e normal  
☐ Rude  
☒ Diminuído  
☐ Ausente  
HTE: ☒ Presente e normal  
☐ Rude  
☐ Diminuído  
☐ Ausente

## 2- RUÍDOS

HTD: ☐ sim  
☒ Não  
HTD: Roncos  
Sibilos  
Estertores  
HTE: Roncos  
Sibilos  
Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub> 99 %

## CIRCULAÇÃO

## COR DA PELE:

## TEMPERATURA DA PELE

## PULSO

## AUSCULTA CARDÍACA

## RÍTMO

## BULNAS

## SOPRO

## BE OU B4

## FC:

## ECG:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica☐ Pletórica ☐ Ictérica☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria☐ Normal ☐ Aumentado☐ Fino ☐ Ausente☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente☐ Normotônicas ☐ Hipofonéticas☐ Hipofonéticas ☐ Ausente☐ Presente ☐ Ausente☒ Sim ☐ Não

PA: 30 x 48 mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

## ABDOMEN:

Simples

Superficial

Profundo

Percussão

Auscultação

## DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Forôreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

3 (oligo 3)

| ABERTURA OCULAR      |   | MELHOR RESPOSTA VERBAL<br>ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA<br>(<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 / Irritável (persistente)                        | 3 | Retira o Membro               | 4 |
| Nenhuma              | 1 |                                                                         | 2 | Flexão anormal (deceitação)   | 3 |
|                      |   |                                                                         | 1 | Extensão Anormal (deceitação) | 2 |
|                      |   |                                                                         |   | Nenhuma                       | 1 |
| TOTAL:               |   |                                                                         |   |                               |   |

AUTENTICAÇÃO  
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original  
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC)  
Conde/PB-23/11/2016  
Selo Digital: AEG14504-9882  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

END.: DOMINGOS MARRANHÃO  
N.º 447 - CENTRO  
CONDE  
FONE: (1)  
CELULAR: (03) 998616900  
END.: 44  
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta  
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Estufamento ☐ Laceração ☐ Queimadura  
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros:

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

TAÇ. FÍSICO PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax:

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado

Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias  
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Obstrução total das vias aéreas  
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular satisfatória  
☐ Palidez ☐ Outros: ☐ Perfusão tissular comprometida

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial  
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda  
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias  
☐ Internações ☐ Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

*Exame físico pelo Dr. Paulo, SBC, SBC, FCE  
graves, fratura de fêmur e do tornoz. e de  
pali; fratura de tibia e fêmur lateral de fêmur  
e do tornoz. De entrada em PR  
Nalgado protocolo de R.C. de entrada em PR  
Caso;*

DESTINO:

ENFERMEIRO:

Josefa de S. Silva  
Enfermeira  
CBO 31201010  
CBO 31201010

COREN:

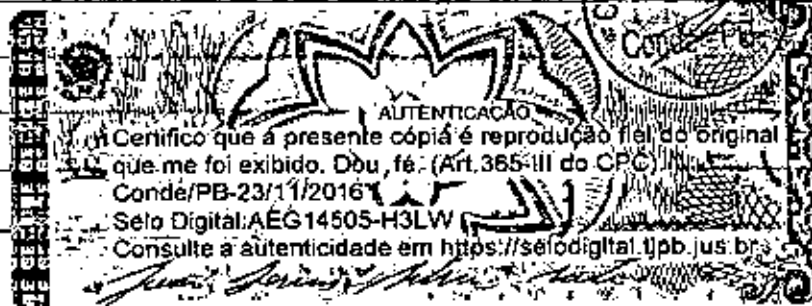
# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000004202732 BE.: 923971  
 PACIENTE MAO IDENTIFICADO (HARCO)  
 DT. NASC.: 01/01/1978  
 RAB:  
 END.: DOMINGOS MARRINHO  
 N. 547 - CENTRO  
 CONDIÇÃO:  
 FONTE: ( )  
 CELULAR: (02) 988519990  
 JORNAL: 48  
 DT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

| DATA     | HORA  | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO                                    |
|----------|-------|----------------------------------------------------------|
| 31/05/16 | 14:18 | # CARREGA TORCULOS                                       |
| 05       |       | VENHO AVALIAR PACIENTE - CHAMADO                         |
| 16       |       | TELEFÔNICO ÀS 14:03 - DO PCTE                            |
|          |       | VENDO DE POLTRONA ALICADA                                |
|          |       | LEDO EXMOTO - AO CHAMAR PCTE 35                          |
|          |       | HONDA ENTÃO EM PARADA CARRODA                            |
|          |       | SEGUNDO 35 CESSADO CICLO DE                              |
|          |       | REGULANDO.                                               |
|          |       | A TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, DESQUATRO                       |
|          |       | INFLAMATÓRIA A DREITA, SEM OBSERVA                       |
|          |       | DE MEGALISTAS RUG AUREGASSA                              |
|          |       | REGRESSO HEMODINÂMICA                                    |
|          |       | Daniel Pires Pessoa<br>Cirurgião Torácico<br>CRM-PB 7445 |
| 31/05/16 | 14:25 | #BMF#                                                    |
|          |       | Paciente apresentando TCE grave, sem condições           |
|          |       | de cuidados BMF                                          |
|          |       | PROTÓCOLO SOCIAL                                         |
|          |       | Estamos aguardando o atendimento da                      |
|          |       | requisição de exame cadastral de 88                      |
|          |       | aguarda no acolhimento familiar.                         |
| 31/05/16 | 15:30 | Serviço Social I                                         |
|          |       | Estamos aguardando o atendimento da                      |
|          |       | requisição de exame cadastral de 88                      |
|          |       | aguarda no acolhimento familiar.                         |

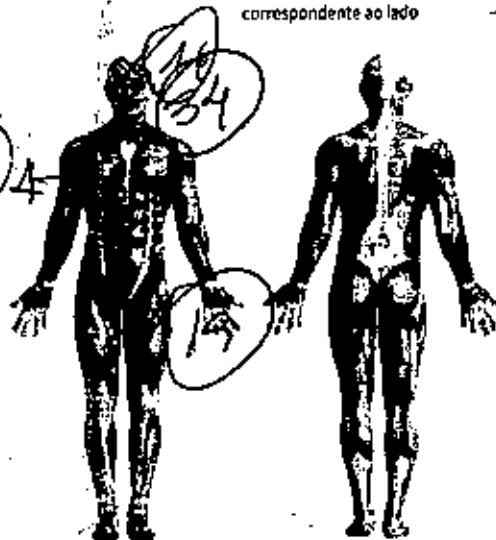


## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Injúria Nervosa              |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Erisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 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

|    | CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO |
|----|---------------------------|--------|----------------------|
| 1  | Atendimento               |        |                      |
| 2  |                           |        |                      |
| 3  |                           |        |                      |
| 4  |                           |        |                      |
| 5  |                           |        |                      |
| 6  |                           |        |                      |
| 7  |                           |        |                      |
| 8  |                           |        |                      |
| 9  |                           |        |                      |
| 10 |                           |        |                      |

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Neurologia às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_  
 Solicito parecer da Neurocirurgia às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_  
 DESTINO DO PACIENTE ☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde)  
 DATA 31.05.16 ☐ Internado (setor) \_\_\_\_\_  
 SAÍDA 14:15h ☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavaliação  
 HORAS: 14:15h ☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ Desistência

ASSINATURA/CARIMBO

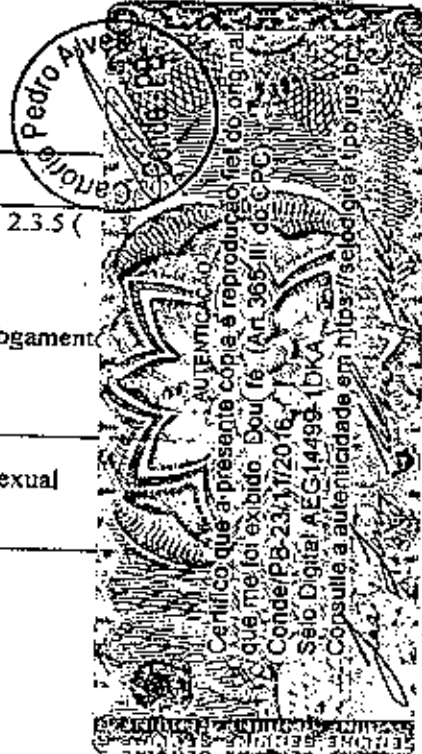
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Gilberto Correia Lima  
 Cirurgia Geral - CRM 2489

COMPREV  
 05 JUN. 2017  
 PROTOCOLO  
 JOÃO PESSOA



# Guia de Remoção de Cadáveres



2.3.2 ( ) Trabalho 2.3.3 ( ) Em domicílio 2.3.4 ( ) Outros 2.3.5 ( )

## Condições, Agente ou Fonte da Morte Violenta

Tipo / Instrumento: ( ) Arma de Fogo ( ) Arma Branca ( ) Enforcamento ( ) Afogamento  
( ) Queimaduras ( ) Choque Elétrico ( ) Espancamento ( ) Queda de Nível

Uso de Droga, Qual \_\_\_\_\_ Outros, Qual \_\_\_\_\_

Modo: ( ) Agressão Física ( ) Assalto ( ) Ação Policial ( ) Agressão Sexual

Outros, Qual COLÍSSO CARO / MOTO

## V- Informações do Serviço Médico

( ) Chegou sem vida ao serviço ( ☒ ) Faleceu ao receber os primeiros socorros

( ) Faleceu durante do Internamento: \_\_\_\_\_ Dias

Faleceu no ( ☒ ) Pré Operatório ( ) Trans-Operatório ( ) Pós Operatório

Estado Apresentado ao chegar no hospital: BOA, BEM ESTAR

Lesões apresentadas em regiões do corpo: lesões extensas e como glúteos  
instabilidade, fratura da pelve, fratura da coxa, fratura da perna e  
fratura do pé, fratura do antebraço e do braço, fratura da perna e  
O projétil foi retirado durante o ato cirúrgico ( ) Sim ( ) Não

Síntese da história clínica: paciente trazido pela SAU e politrauma  
matrizes, entorpecido, Glasgow 3, fraturas  
múltiplas (coxa, perna e / fraturas de bacia, perna  
e pé, fraturas múltiplas, perfis individuais)

Atendimento realizado no hospital: \_\_\_\_\_

( ☒ ) Clínico, Medicação utilizada: Adressolime

( ) Cirúrgica, tipo de cirurgia: \_\_\_\_\_

Retirada de corpo estranho: ( ) Sim ( ) Não (se retirado enviar ao IML)

Exames complementares de relevância: Rx de tórax, fratura de costela  
e perna

Hipóteses Diagnósticas formuladas: TEA grave, fraturas múltiplas  
e, costelas

Outras informações que julgar necessário: paciente teve parada cardíaca, não  
reanimado

Exames complementares de relevância: laudo de necropsia  
com fotos, testes, exames de laboratório e  
exames de imagem sem relatório

João Pessoa 3-1 05 196

Nome: \_\_\_\_\_

CRM-PB:

**Gilberto Carneiro Leal**  
Cirurgia Geral - CRM 2489



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE (M)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Josmarco Alves Pereira 1917111973

DATA DO ACIDENTE 31/05/2016 CPF DA VÍTIMA 027.688.334-85

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Maria de Fátima Santos Filgueira

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (.) REPRESENTANTE LEGAL (N) BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Provetapa,

Nº 514 COMPLEMENTO N. Senhora dos Naveis BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE COQUE UF PB CEP 58322-000

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) 83, 93395-8158

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
• MORTE = R\$ 13.500,00  
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00  
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÔPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

Deposito bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- ( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: SE O CÔNJUGUE (ORIGINAL, INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BENEFICÁRIO SEM VITÓRIA OU NÃO DEIXOU FILHOS)

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- ( ) PROVA DE COMPANHISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE COMPANHISMO JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE FILHOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHISMO (A) E CÔNJUGUE

- ( ) PROVA DE COMPANHISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- ( ) TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHISMO(A) E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

- ☒ DECLARAÇÃO DE ÚNICO HERDEIRO (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Á) DA VÍTIMA

- ( ) DECLARAÇÃO DE ÚNICO HERDEIRO (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

- ( ) DECLARAÇÃO DE ÚNICO HERDEIRO (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- ( ) CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/05/2017

IDENTIDADE 4.480.955

ASSINATURA Maria de Fátima Santos Filgueira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

Maria de Fátima Santos Filgueira

A.

SINISTR N.º:

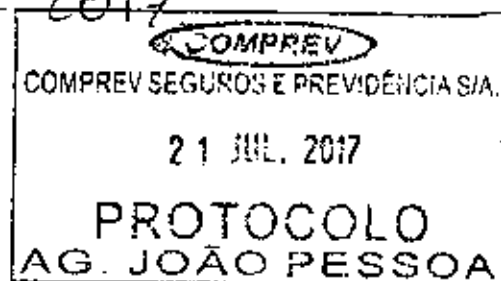
Outros



Eu, MARIA DE FÁTIMA SANTOS FILGUEIRA, PORTADORA DA RG Nº 23 84024 e CPF Nº 030465924-00, GENITORA E REPRESENTANTE LEGAL DE GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA, PORTADOR DO RG Nº 4420955 e CPF Nº 133980444-17, FILHA DE JOSIMARCO ALVES PEREIRA, FALLECIDO EM 31/05/2016, VENHO DECLARAR QUE NÃO TEMOS NENHUM CONTATO E, TAMBÉM, NÃO SABEMOS O PARA DEIRO DA OUTRA FILHA DE JOSIMARCO ALVES PEREIRA. FICANDO ASSIM, IMPOSSÍVEL DE SE CONSEGUIR OS DOCUMENTOS REQUISITADOS. PORTANTO, PEDIMOS A CONTINUIDADE DO PROCESSO E A LIBERAÇÃO DOS SO.º.

DECLARAMOS ESTAR CIENTES DAS PENALIDADES PENAIS DECORRENTES DA VERACIDADE, OU NÃO, DAS DECLARAÇÕES ACIMA.

João Pessoa, 21 DE JULHO DE 2017



Maria de Fátima Santos Filgueira



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

Outros



### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSIMARCO ALVES PEREIRA  
DATA DE NASCIMENTO 12/11/75  
NOME DA MÃE VERONICE ALVES DE SOUZA

### DADOS EXTRAÍDOS

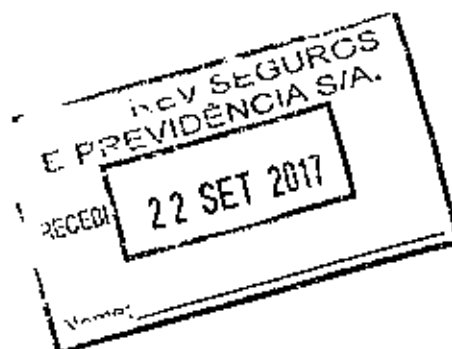
BOLETIM DE ENTRADA N.º 923.971  
Nº PRONTUÁRIO 95.529  
DATA DO ATENDIMENTO 31/05/16  
HORA DO ATENDIMENTO 12:24  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO + FRATURAS MÚLTIPLAS ENVOLVENDO  
REGIÃO DA FACE + COSTELAS + FEMUR E  
CID 10 T 06.8 + T 02.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), trazido pelo SAMU, apresentando TCE grave, trauma do tórax e do abdome, além de fratura do membro inferior E. Entubado, sedado e sob ventilação mecânica. Glasgow 3. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC da face  
TC da coluna cervical  
TC do abdome  
RX do tórax - AP  
RX da bacia - AP  
RX do joelho E - AP e P  
RX da perna E - AP e P  
RX do pé E - AP e P



### TRATAMENTO:

Fraturas múltiplas envolvendo várias regiões do corpo às TC's e aos RX. Pneumotórax D à TC do tórax e abdome. Realizado internamento para tratamentos cirúrgicos. Apresentou parada cardíaco-respiratória nos exames, tendo feito ressuscitação sem resposta, chegando à óbito.

ALTA HOSPITALAR: 31/05/2016 ÓBITO às 14:15 hs  
DATA DA EMISSÃO: 10/11/16

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO EMERGENCIA  
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT





## Guia de Remoção de Cadáveres

HISTÓRIA

### ENCAMINHAMENTO

DATA DO ÓBITO

☒ IML ☐ SVO

HORA: 12:15

DATA: 21/05/16

I- Unidade Hospitalar: 1027000 - A. M. L. A. S. S. M. - 1027000 - 1027000

Registro: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

### II- Identificação do Cadáver

Nome: JOS - ALVES ALVES Idade Provável: \_\_\_\_\_

Sexo: M Cor: P Cor dos Cabelos: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Gestante: ☐ Sim ☐ Não ☐ IGN Sinais Particulares: \_\_\_\_\_Tatuagens: ☐ Local: \_\_\_\_\_

Residência: \_\_\_\_\_ Apt: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Preencher para óbito fetal e de menores de um ano:

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Pai Ocupação Habitual: \_\_\_\_\_

Mãe Ocupação Habitual: \_\_\_\_\_

Pai Grau Instrução: ☐ Nenhuma ☐ Fundamental ☐ 2º Grau ☐ Superior ☐ IGNMãe Grau Instrução: ☐ Nenhuma ☐ Fundamental ☐ 2º Grau ☐ Superior ☐ IGN

N de Filhos: Nascidos Vivos \_\_\_\_\_ Nascidos Mortos \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Duração da Gestação em Semanas: ☐ Menores de 20 ☐ de 20 a 27 ☐ de 28 ou Mais ☐ IgnoradoParidade: ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tríplex ☐ Mais de 03 ☐ IGNParto: ☐ Espontâneo ☐ Operatório ☐ Fórceps ☐ IGNMorte (em relação ao parto): ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ IGNPara menores de 28 dias ou óbito: Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ g ☐ IGN

### III- Local de Ocorrência do Óbito

☐ Residência ☐ Via Pública ☐ Hospital ☐ Trabalho ☐ Outros ☐ Ignorado

Endereço: \_\_\_\_\_

### IV- Circunstâncias em que Ocorreu a Morte: 1 ☐ Morte Natural 1.1 ☐ Agônica 1.2 ☐ Súbita

2 ☐ Morte Violenta 2.1 ☐ Homicídio 2.3.1 ☐ Trânsito ☐ Passageiro ☐ Capotamento2.2 ☐ Suicídio ☐ Pedestre (atropelamento) ☐ Colisão (CARRO/MOTO)2.3 ☐ Acidente ☐ Outros ☐ ING

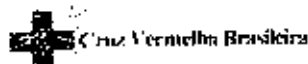
CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

F(NG).APC.029-2

SEGUROS LIVRE 14/08/2017 11:32 - 100029700



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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

**Boletim de Atendimento: 923971**



**GOVERNO  
DA PARAIBA**



|                                                                                                                                                                                                                                  |                                                  |                                       |                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| Identificação do paciente                                                                                                                                                                                                        |                                                  |                                       |                               |
| ID<br>1043424                                                                                                                                                                                                                    | Nome<br>JOSIMARCO ALVES PEREIRA                  | Sexo<br>Masculino                     |                               |
| Data de nascimento<br>12/11/1975                                                                                                                                                                                                 | Idade<br>40 anos 6 meses 19 dias                 | Estado civil<br>SOLTEIRO(A)           | Religião<br>NAO INFORMADA     |
| Mãe<br>VERONICE ALVES DE SOUZA                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Pai<br>JOSE PEREIRA DA SILVA          |                               |
| Escolaridade<br>FUNDAMENTAL INCOMPLETO                                                                                                                                                                                           |                                                  | Responsável (Parentesco)              |                               |
| DDD Móvel<br>83                                                                                                                                                                                                                  | Fone Móvel<br>988615980                          | DDD Fixo                              | Fone Fixo                     |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)                                                                                                                                                                                                |                                                  | Nº Cns<br>898004807082333             |                               |
| Local de procedência<br>BR 101                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Tipo<br>BAIRRO                        | UF<br>PB                      |
| Email                                                                                                                                                                                                                            | Naturalidade<br>JOAO PESSOA                      | CBOVR                                 |                               |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                       |                               |
| CEP<br>58322000                                                                                                                                                                                                                  | Município de residência<br>CONDE                 | UF<br>PB                              | Lugar do<br>DOMINGOS MARANHÃO |
| Número<br>547                                                                                                                                                                                                                    | Complemento                                      | Bairro<br>CENTRO                      |                               |
| Admissão                                                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                       |                               |
| Data e Hora<br>31/05/2016 12:24:49                                                                                                                                                                                               | Número da pulseira<br>1000004252732              | Convênio<br>SUS                       |                               |
| Especialidade<br>CLINICA GERAL                                                                                                                                                                                                   |                                                  | Clínica<br>CLINICA TRAUMA E GERAL     |                               |
| Classificação de risco                                                                                                                                                                                                           |                                                  | Origem do paciente<br>RODOVIA         |                               |
| Caráter de atendimento<br>URGÊNCIA                                                                                                                                                                                               | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |                               |
| Indicadores e Transporte                                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                       |                               |
| Caso potencial<br>Não                                                                                                                                                                                                            | Plano de saúde<br>Não                            | Veio de ambulância<br>Sim             | Trauma<br>Não                 |
| Melo de transporte<br>SAMU                                                                                                                                                                                                       | Quem transportou<br>NAO INFORMADO                |                                       |                               |
| Sinais Vitais                                                                                                                                                                                                                    |                                                  |                                       |                               |
| PA<br>_____ X _____ mmHg                                                                                                                                                                                                         | Pulso                                            | Temperatura                           |                               |
| Exames complementares                                                                                                                                                                                                            |                                                  |                                       |                               |
| Raio X []                                                                                                                                                                                                                        | Sangue []                                        | Urina []                              | TC []                         |
| Liquor []                                                                                                                                                                                                                        |                                                  | ECG []                                | Ultrasonografia []            |
| Dados clínicos                                                                                                                                                                                                                   |                                                  |                                       |                               |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>REV. SEGUROS<br/>DE PREVIDÊNCIA S/A.</p> <p>RECEBI</p> <p>22 SET 2017</p> </div> <div> <p>exame w/Face/cerv.</p> <p>Abol</p> <p>31 05 16</p> </div> </div> |                                                  |                                       |                               |
| Diagnóstico                                                                                                                                                                                                                      | CID                                              |                                       |                               |
| Atendimento por<br>MAYARA RIBEIRA ARAUJO RIBEIRO                                                                                                                                                                                 | Tempo<br>03min 07seg                             |                                       |                               |

## Impressum

CAPEMISA

15 AGO 2017

## REGULAÇÃO DPVAT

31/05/2016 12:53

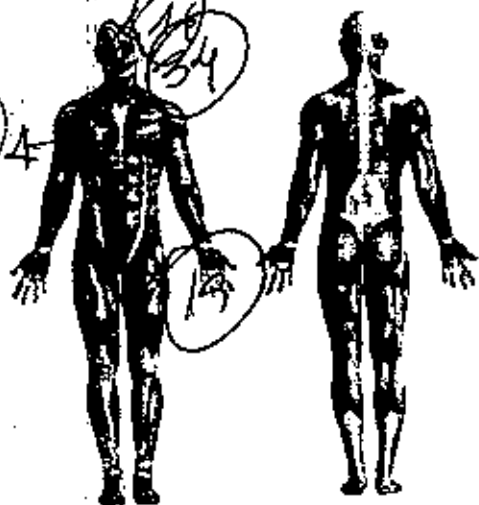


## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Injurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efsema subcutâneo    | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.: \_\_\_\_\_

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

( ) 1º grau

( ) 2º grau

( ) 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

- ☒ Radiografias  
☒ Ultrassonografia (FAST)  
☒ Tomografia computadorizada

- ( ) Lavado peritoneal  
 ( ) Gasometria arterial  
 ( ) Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

Solicito parecer da

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

( ) Centro cirúrgico

( ) Transferência (unidade de saúde)

( ) Internado (setor)

( ) Alta hospitalar

( ) Vómito

( ) Decisão médica

( ) Pare 48 hs

( ) A pedido

( ) Após 48 hs

( ) A revalia

( ) Família

( ) Desistência

( ) SVO

RECEBI

22 SET 2017

ASSINATURA/CARIMBO

Assinatura do Paciente ou Responsável  
 Gilmar da Costa Lima  
 Cargo Geral - CRM 2489

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (\*\*83)  
3216-5736 / 3216-5775

|                                     |                              |                              |                                  |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| PACIENTE<br>JOSIMARCO ALVES PEREIRA |                              | IDADE<br>40a 6m 19d          | DATA DE NASCIMENTO<br>12/11/1975 |
| MÉDICO<br>POLYANNA NASCIMENTO       |                              |                              | CRM<br>9522/PB                   |
| UNIDADE<br>LABORATORIO              | DATA DO PEDIDO<br>31/05/2016 | DATA DA COLETA<br>31/05/2016 | DATA PREV. ENTREGA<br>31/05/2016 |
| SETOR DE ORIGEM<br>EXAMES           | CONVÊNIO                     | PROTOCOLO<br>148613          | BE<br>923971                     |

CATEGORIA: HEMATOLOGIA  
hb + ht - QUANTIDADE: 1

(MATERIAL: SANGUE - MÉTODO: IOT)

Exame

Resultado

Valor(es) Referência(s)

HEMATOCRITO DETERMINAÇÃO

HEMATOCRITO DETERMINAÇÃO

33.02 %

35% a 47% %

HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA

11.0 g/dl

12.0 a 15.0 g/dl g/dl

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

12:50h

Flc. 4942

REV. SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
RECEBI  
22 SET 2017

CAPEMISA  
15 AGO 2017  
REGULAÇÃO DPVAT

SEÇÃO DE REGISTRO DE EXAMES - LABORATÓRIO - 31/05/2016 12:45

# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

END.: DOMINOS REBRAND  
PR. 647 - CENTRO  
CONDE  
CONE: (1)  
IDADE: CELULAR: (82) 928415553  
IDONE: 40  
DT. ENTRADA:

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento  
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: \_\_\_\_\_

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Estagnamento ☐ Laceração ☐ Queimadura  
☐ Mordedura ☐ Objeto encaixado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros: \_\_\_\_\_

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: \_\_\_\_\_

DADOS CLÍNICOS (sintomas): \_\_\_\_\_

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME FÍSICO: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_/\_\_\_\_ mmHg P: \_\_\_\_ bpm SpO2: \_\_\_\_\_ Tax: \_\_\_\_\_

Sistema Neurológico:  
Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado  
Avaliação das pupilas: Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias  
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas  
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória  
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida  
☐ Palidez ☐ Outros: \_\_\_\_\_

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial  
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda  
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros: \_\_\_\_\_

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias  
☐ Internações ☐ Outros: \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar: \_\_\_\_\_

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: \_\_\_\_\_

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:  
*Leve para o URGENTE pelo SAMU, Sábado, TCE  
grave, fratura de fêmur, do torax e de  
paci, realizada Colocação de fêmur  
e torax. Des-entrouda em R.C.  
realizada perfuração de R.C. perianal com  
Ano; u.*

DESTINO: \_\_\_\_\_ ENFERMEIRO: *João de S. Silva* COREN: *15 A60 2017*  
*Enfermeiro*  
*PD 287.228*

REGULAÇÃO DPV: \_\_\_\_\_

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000004283733 BE: 023971  
PACIENTE: NAO IDENTIFICADO (RASC)  
DT. NASC.: 01/01/1979  
RSC:

RNO: DOMINGOS NARRANHO  
N. 647 - CENTRO  
CONE: (1)  
CELULAR: (82) 998615990  
IDRSC: 46  
DT. ENTREGA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

| DATA     | HORA  | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO                                                          |
|----------|-------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 31/05/16 | 14:18 | # CARUR GID TORACICA                                                           |
| 05       |       | VENHO AVALIAR PACIENTE - CHAMADO                                               |
| 16       |       | TELEFÔNICO ÀS 14:03 - DO PCTE                                                  |
|          |       | VÍTIMA DE POLÍTRAMA ACIDENTE                                                   |
|          |       | COM REXMOTO. AO CHEGAR PCTE 35                                                 |
|          |       | NOVA ENTÃO EM PRADA UNIFORME                                                   |
|          |       | SEMDO 35 LASSADO CICLO DE                                                      |
|          |       | REGIMINADO.                                                                    |
|          |       | A TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, DESSEQUIRES                                           |
|          |       | PNEUMOTISMA A DÍGIDA, SEM OBSTRU                                               |
|          |       | DO MEDASTINO RUG AUREGUSSE                                                     |
|          |       | REGRESSO HEMODINÂMICA.                                                         |
|          |       | Daniel Pires Pessoa<br>Especialista Torácico<br>CRM-PB 7445                    |
| 31/05/16 | 14:25 | #BMF#                                                                          |
|          |       | Paciente apresentando TCE grave, sem condições                                 |
|          |       | de colação BMF                                                                 |
|          |       | Roberto Rangel<br>Especialista em Cirurgia Bucal e Maxilofacial<br>CRM-PB 1082 |
|          |       | REV. SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA<br>22 SET 2017                                    |
| 31/05/16 | 15:30 | Serviço Social                                                                 |
|          |       | Estamos aguardando o preenchimento da                                          |
|          |       | requisição de exame cadastral familiar                                         |
|          |       | aguarda no acolhimento familiar.                                               |
|          |       | CAPEMISA                                                                       |
|          |       | 15 AGO 2017                                                                    |
|          |       | REGULAÇÃO DPVAT                                                                |



CT

João Pessoa, 09 de AGOSTO 2017.

MEMO Nº : 0513/2017  
ORIGEM : SUCURSAL JOÃO PESSOA  
DESTINO : REGULAÇÃO DE DPVAT  
ASSUNTO : DPVAT MORTE

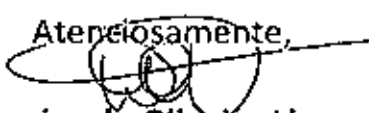
*cap-206  
nº é projeto-*

Encaminhamos em anexo, documentos do(s) participante(s) abaixo relacionado(s), para as providências cabíveis:

**DPVAT MORTE**  
VÍTIMA: JOSIMARCO ALVES PEREIRA



Atenciosamente,

  
**Denise de Oliveira Lima**  
Atendente  
Sucursal João Pessoa

SEGUROSA LHR NPM 7 14/08/2017 11:31 - 000025616





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0215452/17  
Vítima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA  
CPF: 027.688.334-95

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 31/05/2016  
Titular do CPF: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de óbito  
Comprovação de ato declaratório  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Necropsia  
Outros

#### ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES : 078.926.904-09

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

#### ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA : 127.737.474-02

Autorização de pagamento  
Documentos de identificação

#### RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN : 052.202.404-12

Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/09/2017  
Nome: RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN  
CPF: 052.202.404-12

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2017  
Nome: CARSON ALVES CARVALHO  
CPF: 900.361.157-20

CARSON ALVES CARVALHO



Procuração



LACERDA SANTANA  
ADVOCACIA  
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

## OUTORGANTE:

Anne Karolynne Félix Pereira, brasileiro, menor, RG nº 4.267.299-55/DSPB, CPF nº 127.437.474-02, neste ato representada por sua quitadora na qualidade de requerente e representante, Annis Cristina Félix Rodrigues, brasileira, viúva, doméstica, RG nº 3.345.876, CPF nº 078.926.904-09, ambas residentes na Rua Domingos Maranhão, 657, Conde/B.

OUTORGADAS: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, BRASILEIRA, CASADA, ADVOGADA, INSCRITA NA OAB/PB 11.662-3, RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, BRASILEIRO, SOLTEIRO, INSCRITO NA OAB-PB SOB O Nº 14.903, EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, BRASILEIRA, SOLTEIRA, INSCRITA NA OAB/PB SOB O Nº 16.105, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA AV. DOM. PEDRO II, Nº 705, CENTRO, JOÃO PESSOA/PB, TELEFONE (83) 3241-6957.

PODERES: OS DA CLÁUSULA "AD JUDICIA ET EXTRA" PERANTE QUALQUER JUÍZO, INSTÂNCIA OU TRIBUNAL, ATÉ DECISÃO FINAL, USANDO TODOS OS MEIOS E RECURSOS LEGAIS EM REPRESENTAÇÃO DO (A) OUTORGANTE, TAMBÉM, EM QUALQUER ÓRGÃO, EMPRESAS PRIVADAS OU PÚBLICAS, SOCIEDADES DE ECONOMIA MISTA, ETC., CONFERINDO-LHES AINDA PODERES ESPECIAIS PARA: CONFESSAR, DESISTIR, TRANSIGIR, FIRMAR ACORDOS, RECEBER IMPORTÂNCIAS E VALORES, DAR QUITAÇÃO, REQUERER A EXPEDIÇÃO E RECEBER ALVARÁ, LEVANTAR VALORES ATRAVÉS DESTES, RECEBER CHEQUES DECORRENTE DE CONDENAÇÃO JUDICIAL, PRESTAR DECLARAÇÃO PARA IMPOSTO DE RENDA, AGINDO EM CONJUNTO OU SEPARADAMENTE, RECEBER CITAÇÃO, INTIMAÇÃO, NOTIFICAÇÃO, ETC., SUBSTABELECER, COM OU SEM RESERVAS DE PODERES, SEM PREJUÍZO IMEDIATO DE HONORÁRIOS A QUE SE FIZER JUS (NOS MOLDES DO PARÁGRAFO 3º, ALÍNEAS "A", "B" E "C" DO ART. 20 DO CÓDIGO PROCESSUAL CIVIL PÁTRIO), ENFIM, PRATICAR TODOS OS ATOS PREVISTOS NO ART. 38 DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, COM REDAÇÃO DADA PELA LEI Nº 8.952, DE 13/12/94 E ART. 5º, §2º, DA LEI 8.906 DE 04/07/94 (ESTATUTO DA ADVOCACIA E DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL) PARA O FIEL CUMPRIMENTO DOS PODERES OUTORGADOS NESTE INSTRUMENTO.

João Pessoa 31 de Julho de 2017

Annis Cristina Félix Rodrigues

OUTORGANTE

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

SEGUROS  
EVIDÊNCIA S/A.

22 SET 2017

(83) 3241-6957

A. João Pedro II, 705 - Centro - CEP 58013-420 - João Pessoa - PB  
F. Dr. Ordine Fernandes - 63 - sala 110 - Mei Shopping - São Paulo - PB

SEGUROS DPVAT - 15 AGO 2017 - 11:34 - 000000070

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11138812

A/C: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170317065 ASL-0215452/17

Vitima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros faltando  
página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11141022

A/C: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170317065 ASL-0215452/17

Vítima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11543416

A/C: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170317065 ASL-0215452/17

Vitima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2017

Carta nº: 11718274

A/C: ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170317065 ASL-0215452/17

Vitima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2017

Carta nº: 11722573

A/C: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170317065 ASL-0215452/17

Vitima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **22/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA**

Nº Sinistro: **3170317065**  
Vitima: **JOSIMARCO ALVES PEREIRA**  
Data do Acidente: **31/05/2016**  
Cobertura: **MORTE**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170317065**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12570113



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES**

Nº Sinistro: **3170317065**  
Vitima: **JOSIMARCO ALVES PEREIRA**  
Data do Acidente: **31/05/2016**  
Cobertura: **MORTE**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170317065**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12570408



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 1 \*T1%\*



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, GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.420.955

EXPEDIDO POR SSPS - PB

EM 08/04/2016

CPF (133380994-17) / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO: RECUSOU-SE

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU-SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIMARCO AVES PEREIRA, 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT 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 à 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 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0372 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23678-6

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 QUITAÇÃO A REFERIDA INDENIZAÇÃO.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JUN. 2017

João Pessoa, 08 de MAIO de 2017

LOCAL E DATA

X Gabriel Filgueira Pereira  
AG. JOÃO PESSOA  
X Maria de Fatima Santos Filgueira



**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

RECIBO DE DEPOSITO 0372.23678-6/500  
FAVORECIDO: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

DEPOSITO EM DINHEIRO:

CICLO : 09.05.20170043410037210000173  
REALIZADO EM: 09/05/2017 as 11:50:54

AUTENTICACAO

099931E053CF87731A4090522BDC442B8DEF22CC

ITAU0056 037286865 090517

10,00C GABRIE

ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

RECIBO DE DEPOSITO 0372.23678-6/500  
FAVORECIDO: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

DEPOSITO EM DINHEIRO:

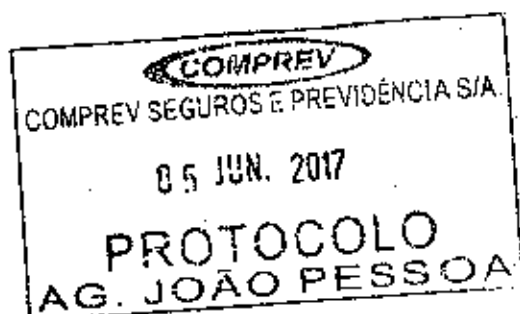
CICLO : 09.05.20170043410037210000173  
REALIZADO EM: 09/05/2017 as 11:50:54

AUTENTICACAO

099931E053CF87731A4090522BDC442B8DEF22CC

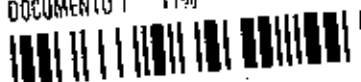
ITAU0056 037286865 090517

10,00C GABRIE



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 1 \*T10%



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, GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.420.955 EXPEDIDO POR SSPS - PB EM 08/04/2016 E

CPF 133380444-17 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO RECURSOS

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSOS NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIMARCO AVES PEREIRA, 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 Lotéticas 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT 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 à 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 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0372 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23678-6

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.

João Pessoa, 08 de MAIO de 2017  
LOCAL E DATA

Gabriele Filgueira Pereira  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO  
Maria da Glória Filgueira  
ASSINATURA DO PROCURADOR  
AC. JOÃO PESSOA



**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

RECIBO DE DEPOSITO 0372.23678-6/500  
FAVORECIDO: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

DEPOSITO EM DINHEIRO:

CICLO : 09.05.20170043410037210000173  
REALIZADO EM: 09/05/2017 as 11:50:54.

AUTENTICACAO

099931E053CF87731A4090522BDC442B80EE22CC

0000056 037286865 090517

10,00C GARTE

ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

RECIBO DE DEPOSITO 0372.23678-6/500  
FAVORECIDO: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

DEPOSITO EM DINHEIRO:

CICLO : 09.05.20170043410037210000173  
REALIZADO EM: 09/05/2017 as 11:50:54

AUTENTICACAO

099931E053CF87731A4090522BDC442B80EE22CC

0000056 037286865 090517

10,00C GARTE



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Autorização de pagamento

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, ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

PORTADOR(A) DO RG Nº 3345846 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 28/07/05 e

CPF 078926904-09 /CNPJ \_\_\_\_\_ PROFISSÃO DESEMPREGADA

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIMARCO ALVES PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 (microempresa) ou EDA;
- 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 Lotéticas 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT 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 à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1635-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 171 290 30434

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.

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

JOÃO PESSOA 31 de Julho de 2017

LOCAL E DATA

Ana Cristina Felix Rodrigues

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

- 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83489460  
**Comunicação:** C2018319  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA**

PRF: 2239927 - JODSON ARAUJO DAS NEVES  
Município/UF: ALHANDRA/PB  
Fase do dia: Pleno dia  
Condições da Pista: Seca  
Sinalização existente: Horizontal  
Sinalização luminosa: Inexistente  
Condição meteorológica: Sol  
Houve danos ao patrimônio da União? Não  
Houve solicitação de perícia? Não  
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não  
Data/Hora do Acidente (hora local): 31/05/2016 11:20  
BR: 101 KM: 92,0  
Tipo de Acidente: Colisão frontal  
Sentido da Via: Crescente  
Restrições de Visibilidade: Inexistente  
Data e horário da solicitação:  
Data e horário do

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:**

Houve danos ao patrimônio do terceiro? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:**

Houve danos ao ambiente? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:**

**CONDIÇÃO DA RODOVIA**

Uso do Solo: Urbano  
Tipo de Localidade: Comercial  
Existe acostamento? Sim  
Estado de Conservação: Bom  
Há desnível? Não  
É pavimentado? Não  
Largura (m): 2  
Possui defesa? Conservada  
Possui meio-fio? Conservada(o)  
Possui sarjeta? Não existe  
Existe canteiro central? Sim  
Estado de Conservação: Bom  
Largura (m): 2  
Tipo de Inclinação: Plano  
Obstáculo ao Cruzamento: Não existe  
Estado de Conservação do Obstáculo: Bom  
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom  
Ocupação: Comércio  
Cerca: Conservada  
Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom  
Tipo: Dupla  
Qtd. de Faixas: 04  
Tipo de Pavimento: Asfalto  
Perfil: Em nível  
Traçado: Reta  
Curva Vertical: Não Existe  
Superelevação: Não  
Superlargura: Não  
Largura da Pista (m): 24  
Estreitamento: Não Existe

**TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:**

Pista dupla, mão única em ambas as pistas. Considera-se a pista 01 a que se encontra no sentido crescente, ou seja, a que a motocicleta V2 encontrava-se no momento da colisão.



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprt.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 12/05/2017 10:58:29  
NÚMERO DE CONTROLE: 89e6849c4efb8542



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83469460  
**Comunicação:** C2018319  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**CROQUI**

Local Parcialmente Desfeito

**LEGENDA:**

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Centrinho
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Piça do Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Freio
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarelo
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patrimônio do Derrapagem
- Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: \_\_\_\_\_ Longitude do Ponto C: \_\_\_\_\_

Referência do Ponto A/A': \_\_\_\_\_ Referência do Ponto B: \_\_\_\_\_

Distância AB (m): \_\_\_\_\_ Distância AC (m): \_\_\_\_\_ Distância BC (m): \_\_\_\_\_

| VEÍCULO | P1 | DISTÂNCIA P1-A (m) | DISTÂNCIA P1-B (m) | P2 | DISTÂNCIA P2-A (m) | DISTÂNCIA P2-B (m) |
|---------|----|--------------------|--------------------|----|--------------------|--------------------|
|         |    |                    |                    |    |                    |                    |

**Narrativa da Ocorrência:**

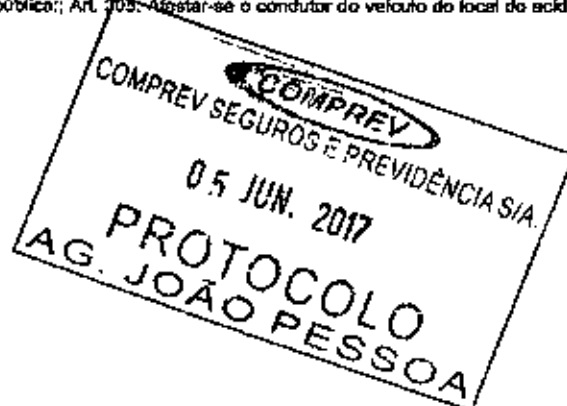
Conforme averiguações realizadas no local do acidente, no município de JOÃO PESSOA - PB, no km 92 sentido crescente da BR-101, constatamos no local, mesmo com o cone parcialmente desfeito, através dos vestígios nos veículos e no pavimento e, ainda, corroborado/confirmado por pessoas que transitavam no local, mas não quiseram prestar depoimento e, dinâmica do acidente no croqui em anexo, que: o veículo V1 TOYOTA HILUX CD4X4 SRV, placas OGC-1294, supostamente conduzido pelo Sr. ANTONIO SANTINO DA SILVA, CPF nº 447.362.584-20 (O QUAL NÃO FOI ENCONTRADO NO LOCAL DO ACIDENTE), cujo mesmo é habilitado na categoria B, deslocava-se pela rodovia, na faixa da direita, sentido Conde x João Pessoa quando, provavelmente de acordo com as marcas de frenagem na pista e marcas nas estruturas físicas, perdeu o controle do veículo atravessando a faixa da esquerda, subiu o canteiro central, adentrou a pista em sentido contrário, isto continuou, veio a colidir frontalmente com uma motocicleta que seguia o fluxo normal da via. Este veículo trata-se de V2 - HONDA/NXR 150 BROS de placas MNL-5511, sendo conduzido pelo Sr. GENILDO JOSE DA SILVA, CPF nº 840.915.844-20, o qual é habilitado na categoria AD; que tinha como passageiro o Sr. JOSIMARCOS ALVES PEREIRA, CPF nº 027.688.334-85. Estes últimos ocupantes da motocicleta foram socorridos por equipes médicas do serviço móvel de urgência - SAMU, pois encontravam-se em estado muito grave. O condutor de V1 só foi identificado devido aos seus documentos estarem dentro do veículo e, ainda corroborado pelo passageiro MANOEL SOUSA DA SILVA, O filho do condutor, Sr. JOSAFÁ MONTEIRO DA SILVA CPF nº 028.274.554-80 também corroborou com a última informação.

Obs1: Devido ao estado grave da vítima de V1 e, a não localização do condutor de V2, não foi possível a oportunidade do teste do alcoolômetro conforme preconiza o art. 277 do Código de Trânsito Brasileiro - CTB.

Obs 2: O Código de Trânsito Brasileiro é bem claro ao preceituar em seu art. 28 que, in verbis: O condutor deverá, a todo momento, ter domínio do seu veículo, dirigindo-o com atenção e cuidados indispensáveis à segurança do trânsito.

O mesmo código aduz que: todo e qualquer condutor envolvido em acidente, podendo, deverá socorrer às vítimas ou, na impossibilidade de fazê-lo, adotar por outros meios os órgãos públicos, sob pena de responsabilização administrativa, cível e penal.

Art. 176, Deixar o condutor envolvido em acidente com vítima: I - de prestar ou providenciar socorro à vítima, podendo fazê-lo; Art. 303, Praticar lesão corporal culposa na direção de veículo automotor; Art. 304, Deixar o condutor de veículo, na ocasião do acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, não podendo fazê-lo diretamente, por justa causa, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública; Art. 305, Abster-se o condutor do veículo do local do acidente, para fugir à responsabilidade penal ou cível que lhe possa ser atribuída.



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 12/05/2017 10:58:29  
NÚMERO DE CONTROLE: 89e8849c4efb8542



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83469460  
**Comunicação:** C2018319  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: OGC-1294 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 8AJFY29G1D8531342 Renavam: 00535054637  
Marca/Modelo: TOYOTA HILUX CD4X4 Cor: PRATA Ano: 2013 Tipo: Caminhonete Empacamento: BAYEUX/PB  
Ocupantes: 2 Espécie: Especial Categoria: Particular  
Proprietário: JOSEIA MONTEIRO DA SILVA CPF/CNPJ: 012.733.344-42  
Endereço: CEP: -  
Município/UF: Telefones: -  
Celular: -

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4: -  
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente: Transilava em sentido oposto Saída de pista? Sim Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Meio Fio Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não  
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

**DADOS DA CARGA**

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Não Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga: CARGA PRESENTE IRRELEVANTE.

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor: Seguradora Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00 Motivo: Devolução  
Responsável pela Recepção: SANTA HELENA  
Documento do Responsável: CPF 910.190.604-88  
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Descrição do Encaminhamento: REBOQUE SÃO JOSÉ. PREPOSTO HENRIQUE JUNIOR NASCIMENTO DE ALMEIDA CPF 047.542.284-68.

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: MML-5811 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9C2KD03208R010822 Renavam: 00949303810  
Marca/Modelo: HONDANXR 150 BROS Cor: PRETA Ano: 2008 Tipo: Motocicleta Empacamento: JOAO PESSOA/PB  
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular  
Proprietário: MARLY CORDEIRO ROCHA CPF/CNPJ: 160.441.004-30  
Endereço: CEP: -  
Município/UF: Telefones: -  
Celular: -

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4: -  
Origem: ALHANDRA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente: Segue fluxo Saída de pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não  
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

**DADOS DA CARGA**

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

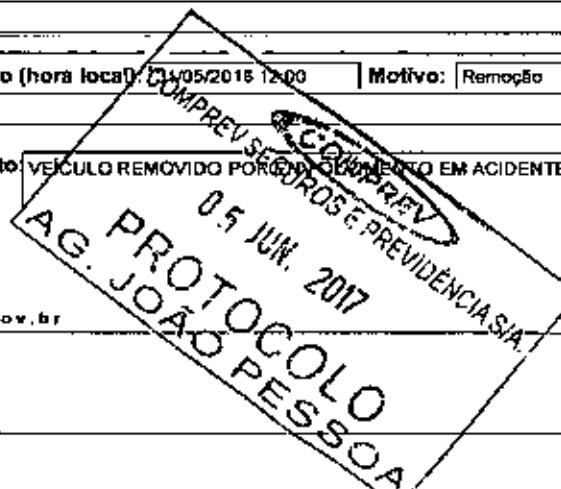
Descrição da Carga:

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor: Posto PRF Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00 Motivo: Remoção  
Responsável pela Recepção: PRF JODSON  
Documento do Responsável: 2239927  
Município/UF: ALHANDRA/PB Descrição do Encaminhamento: VEÍCULO REMOVIDO POR ONI SUBMETIDO EM ACIDENTE.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 12/05/2017 10:58:29  
NÚMERO DE CONTROLE: 89e6849c4efb8542





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460  
Comunicação: C2018319  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/OGC-1294  
Nome/Apelido: ANTONIO SANTINO DA SILVA  
Data de Nascimento: 03/10/1953 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado  
Nome do Pai: JOSE SANTINO DA SILVA  
Nome da Mãe: RITA MARIA DA CONCEICAO  
Endereço: R. PEDRO ULISSES, 56, SÃO VICENTE CEP: -  
Município/UF: BAYEUX/PB Telefones: 83 32221560 Celular: (83) 987257881  
Grau de Instrução: Não informado  
Naturalidade: ALAGOA GRANDE/PB Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:  
CPF: 447.382.584-20 Documento de Identificação: 1133258 Órgão Expedidor: SSP /PB  
Origem: Destino:  
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado  
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: B Registro CNH: 03798849648/PB Primeira Habilitação: 05/08/1985  
Validade CNH: 19/01/2021 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado  
Pertences:  
Informações Complementares: Condutor não foi encontrado no local do acidente, entretanto seus documentos foram encontrados no interior do veículo. Portanto não foi possível a realização de teste de alcoolemia.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Terceiros Responsável pela Recepção: AUSENTE  
Documento do Responsável: AUSENTE Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00  
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Ausência  
Descrição do: CONDUTOR NÃO ENCONTRADO NO LOCAL.

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/MNL-5811  
Nome/Apelido: CENILDO JOSE DA SILVA  
Data de Nascimento: 24/10/1974 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro  
Nome do Pai: ANTONIA JOSEFA DA SILVA  
Nome da Mãe:  
Endereço: RUA RODRIGUES MARANHÃO Nº 604 CEP: -  
Município/UF: CONDE/PB Telefones: Celular: (83) 991674228  
Grau de Instrução:  
Naturalidade: SAO VICENTE FERRER/PE Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:  
CPF: 840.915.844-20 Documento de Identificação: 2240180 Órgão Expedidor: SSP /PB  
Origem: CONDE/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL  
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim  
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado  
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AD Registro CNH: 03918494838/PB Primeira Habilitação: 28/08/2006  
Validade CNH: 04/12/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado  
Pertences:  
Informações Complementares: Condutor identificado a posteriori, pois encontrava-se em pronto atendimento pelas equipes de emergência - SAMU.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo da Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: EQUIPE DO DIA  
Documento do Responsável: SAMU Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00  
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro  
Descrição do: EQUIPE SAMU PLACAS OGD-7268.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 12/05/2017 10:58:29  
NÚMERO DE CONTROLE: 89e6849c4efb8542

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
05 JUN. 2017  
AG. JOAO PESSOA  
PROTOCOLO



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83469460  
**Comunicação:** C2018319  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

**Tipo de Envolvido:** Passageiro **Veículo:** V10GC-1294 /  
**Nome/Apelido:** MANOEL SOUSA DA SILVA **Sexo:** Masculino **Data de**  
**Nome do Pai:** SEVERINO SOUSA DA SILVA  
**Nome da Mãe:** SEBASTIANA MARIA DA CONCEIÇÃO  
**Endereço:** RUA SÃO VICENTE Nº 801 **CEP:**  
**Município/UF:** BAYEUX/PB **Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL  
**CPF:** **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:** **Telefones:**  
**Estado Civil:** **Grau de Instrução:**  
**Ocupação Principal:** **Origem:** **Destino:**  
**Estado Físico:** Ileso **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Sim **Usava Capaceta?** Não Aplicável  
**Existe Declaração em Anexo?** Não  
**Transcrição da Declaração:**

**Partes:**

**Informações Complementares:**

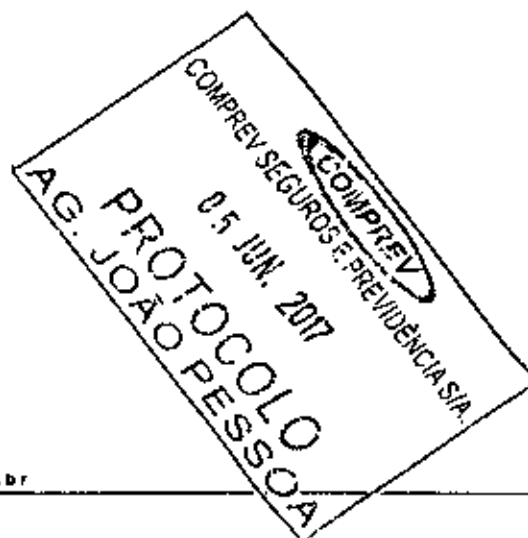
Passageiro não apresentou seus documentos, sendo sua qualificação realizada por vias indiretas, verbais.

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

**Tipo de Receptor:** Terceiros **Responsável pela Recepção:** ILESO  
**Documento do Responsável:** NÃO APRESENTOU **Data/Hora da Recepção (hora local):** 31/05/2016 12:00  
**Município/UF:** JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Auxílio  
**Descrição do Encaminhamento:** PASSAGEIRO ILESO PERMANECER NO LOCAL DA OCORRÊNCIA.

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 12/05/2017 10:58:29  
**NÚMERO DE CONTROLE:** 89e6849c4efb8542





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83469460  
**Comunicação:** C2018319  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**PESSOAS ENVOLVIDAS**

**Tipo de Envolvido:** Passageiro **Veículo:** VZMNL-5611 /  
**Nome/Apelido:** JOSIMARCOS ALVES PEREIRA **Sexo:** Masculino **Data de** 21/11/1975  
**Nome do Pai:** JOSÉ PEREIRA DA SILVA  
**Nome da Mãe:** VERONICE ALVES DE SOUZA  
**Endereço:** RUA NOSSA SENHORA DAS NEVES, SN **CEP:**  
**Município/UF:** CONDE/PB **Naturalidade:** JOAO PESSOA/PB **Nacionalidade:** BRASIL  
**CPF:** 027.888.334-95 **Documento de Identificação:** 2055450 **Orgão Expedidor:** SSP/PB **Telefones:**  
**Estado Civil:** Não Informado **Grau de Instrução:** Não Informado  
**Ocupação Principal:** **Origem:** **Destino:**  
**Estado Físico:** Lesões Graves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não Aplicável **Usava Capacete?** Sim  
**Existe Declaração em Anexo?** Não  
**Transcrição da Declaração:**

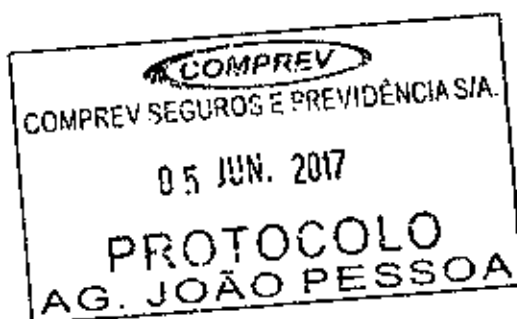
**Pertences:**

**Informações Complementares:**

Passageiro identificado a posteriori, pois encontrava-se em atendimento médico de urgência pelas unidades do SAMU.

**ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO**

**Tipo de Receptor:** SAMU **Responsável pela Recepção:** EQUIPE DO DIA  
**Documento do Responsável:** SAMU **Data/Hora da Recepção (hora local):** 31/05/2016 12:00  
**Município/UF:** JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro  
**Descrição do Encaminhamento:** EQUIPE DE SERVIÇO VIATURA PLACAS OGF-8690.



**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 12/05/2017 10:58:29  
**NÚMERO DE CONTROLE:** 89e8849c4efb8542



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460  
Comunicação: C2018319  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV Placa: OGC-1294  
Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES Nº BOAT: 83469460  
Registro/Matrícula do Agente: 2239927 Data: 31/05/2016 11:20

| Item                          | Descrição do componente                   | Valor | Sim | Não | NA | Item | Descrição do componente                              | Valor | Sim | Não | NA |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-------|-----|-----|----|------|------------------------------------------------------|-------|-----|-----|----|
| 1                             | Teto                                      | 1     |     | X   |    | 26   | Longarina traseira esquerda                          | 3     |     | X   |    |
| 2                             | Capô                                      | 1     |     | X   |    | 27   | Caixa de Roda traseira esquerda                      | 3     |     | X   |    |
| 3                             | Panela corta fogo                         | 3     |     | X   |    | 28   | Assoalho porta-malas / Assoalho                      | 1     |     | X   |    |
| 4                             | Panela dianteiro                          | 1     | X   |     |    | 29   | Caixa de rodas traseira direita                      | 3     |     | X   |    |
| 5                             | Quadro / Suporte do motor                 | 2     |     | X   |    | 30   | Longarina traseira direita                           | 3     |     | X   |    |
| 6                             | Longarina Completa / Caixa de roda esq.   | 3     |     | X   |    | 31   | Chassi porção traseira (veículos carga)              | 3     |     | X   |    |
| 7                             | Longarina Parcial / Avental esquerdo      | 1     |     | X   |    | 32   | Suspensão traseira direita                           | 2     |     | X   |    |
| 8                             | Chassi porção dianteira (veículos carga)  | 3     |     | X   |    | 33   | Lateral traseira direita                             | 1     |     | X   |    |
| 9                             | Pára-lama dianteiro esquerdo              | 1     | X   |     |    | 34   | Coluna traseira externa direita                      | 1     |     | X   |    |
| 10                            | Suspensão dianteira esquerda              | 2     |     | X   |    | 35   | Coluna traseira externa e estrutura direita          | 3     |     | X   |    |
| 11                            | Coluna dianteira externa esquerda         | 1     |     | X   |    | 36   | Porta traseira direita                               | 1     |     | X   |    |
| 12                            | Coluna dianteira externa e estrutura esq. | 3     |     | X   |    | 37   | Coluna central externa direita                       | 1     |     | X   |    |
| 13                            | Porta dianteira esquerda                  | 1     |     | X   |    | 38   | Coluna central externa e estrutura direita           | 3     |     | X   |    |
| 14                            | Soleira externa esquerda                  | 1     |     | X   |    | 39   | Soleira externa direita                              | 1     |     | X   |    |
| 15                            | Soleira externa e estrutura esquerda      | 3     |     | X   |    | 40   | Soleira externa e estrutura direita                  | 3     |     | X   |    |
| 16                            | Assoalho central esquerdo                 | 3     |     | X   |    | 41   | Assoalho central direito                             | 3     |     | X   |    |
| 17                            | Coluna central externa esquerda           | 1     |     | X   |    | 42   | Porta dianteira direita                              | 1     |     | X   |    |
| 18                            | Coluna central externa e estrutura esq.   | 3     |     | X   |    | 43   | Coluna dianteira externa direita                     | 1     |     | X   |    |
| 19                            | Porta traseira esquerda                   | 1     |     | X   |    | 44   | Coluna dianteira externa e estrutura direita         | 3     |     | X   |    |
| 20                            | Coluna traseira externa esquerda          | 1     |     | X   |    | 45   | Pára-lama dianteiro direito                          | 1     | X   |     |    |
| 21                            | Coluna traseira externa e estrutura esq.  | 3     |     | X   |    | 46   | Suspensão dianteira direita                          | 2     |     | X   |    |
| 22                            | Lateral traseira esquerda                 | 1     |     | X   |    | 47   | Longarina completa / Caixa de roda dir.              | 3     |     | X   |    |
| 23                            | Suspensão traseira esquerda               | 2     |     | X   |    | 48   | Longarina parcial / Avental direito                  | 1     |     | X   |    |
| 24                            | Tempa traseira                            | 1     |     | X   |    |      | Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM": | 3     |     |     |    |
| 25                            | Panela Traseira / divisor                 | 1     |     | X   |    |      | Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":  | 0     |     |     |    |
| Total de pontos "SIM" + "NA": |                                           |       |     |     |    |      |                                                      | 3     |     |     |    |

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

| Item | Descrição do componente        | SIM | NAO | Item | Descrição do componente                          | SIM | NAO |
|------|--------------------------------|-----|-----|------|--------------------------------------------------|-----|-----|
| 49   | Air Bag Motorista              | X   |     | 55   | Feróis                                           |     | X   |
| 50   | Air Bag Passageiro             | X   |     | 56   | Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras) |     | X   |
| 51   | Air Bag Lateral                |     | X   | 57   | Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)    |     | X   |
| 52   | Local gravação VIN             |     | X   | 58   | Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)           |     | X   |
| 53   | Pára-brisa                     | X   |     | 59   | Rodas/pneus                                      |     | X   |
| 54   | Vidros laterais e/ou traseiros |     | X   |      |                                                  |     |     |

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☒ Dano de Pequena Monta: até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".  
☐ Dano de Média Monta: de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".  
☐ Dano de Grande Monta: acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM  
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NAO  
Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente

NAO = Item não danificado ou não existente

NA = Item que não foi possível avaliar a dano (não avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 12/05/2017 10:58:29  
NÚMERO DE CONTROLE: 69e6849c4efb8542

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
05-JUN-2017  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/NXR 150 BROS CARGO Placa: MNL-5611  
Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES Nº BOAT: 83469460  
Registro/Matrícula do Agente: 2239927 Data: 31/05/2016 11:20

| Item                                | Descrição - Componentes Não Estruturais                                                                                  | Valor | SIM | NÃO | NA |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|----|
| 1                                   | Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.                                                                        | 2     | X   |     |    |
| 2                                   | Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc.) | 2     | X   |     |    |
| 3                                   | Amortecedor(es) trns. (inclusive fixação no chassi).                                                                     | 2     |     | X   |    |
| 4                                   | Motor e suas fixações.                                                                                                   | 2     |     | X   |    |
| 5                                   | Eixo do garfo traseiro                                                                                                   | 2     |     | X   |    |
| 6                                   | Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)                                                                   | 2     |     | X   |    |
| 7                                   | Eixo da roda dianteira/traseira.                                                                                         | 2     |     | X   |    |
| 8                                   | Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc.)   | 2     |     | X   |    |
| 9                                   | Pedale de apoio do condutor e passageiro                                                                                 | 1     | X   |     |    |
| 10                                  | Bagageiro traseiro deformado (se houver).                                                                                | 1     |     | X   |    |
| 11                                  | Alça traseira                                                                                                            | 1     |     | X   |    |
| 12                                  | Assento (fixação e firmeza)                                                                                              | 1     |     | X   |    |
| 13                                  | Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.                                                                     | 2     |     | X   |    |
| 14                                  | Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)                                                                         | 2     |     | X   |    |
| Descrição - Componentes estruturais |                                                                                                                          |       |     |     |    |
| A                                   | Coluna de direção e mesa sup./inf. (folga anormal, danos)                                                                | 3     |     | X   |    |
| B                                   | Amortecedores) dianteiro(s)                                                                                              | 3     | X   |     |    |
| C                                   | Chassi (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)                                                                 | 3     |     | X   |    |
| D                                   | Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)                                                         | 3     |     | X   |    |

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA":

8

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Montia: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados nenhum componente estrutural.
- ☒ Dano de Média Montia: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Montia: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independentemente do acúmulo de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X na coluna SIM

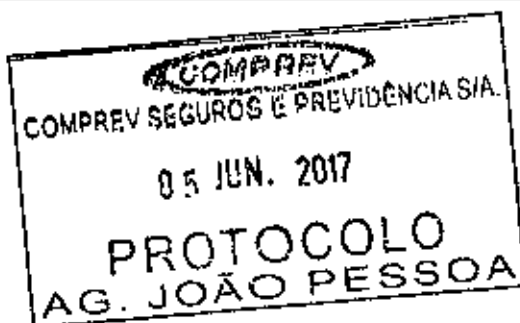
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X na coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X na coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 12/05/2017 10:58:29  
NÚMERO DE CONTROLE: 89e6849c4efb8542



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83469460

**Comunicação:** C2018319

**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS**

**Veículo:** V1 / I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

**Placa:** OGC-1294

**Nome do Agente/Assinatura:** JODSON ARAUJO DAS NEVES

**Nº BOAT:** 83469460

**Registro/Matrícula do Agente:** 2239927

**Data:** 31/05/2016 11:20



**Frente**



**Traseira**



**Lateral Esquerda**

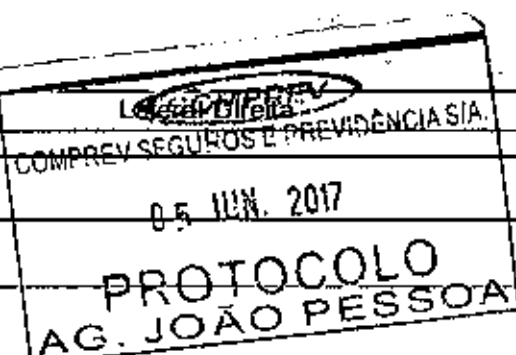


**JUSTIFICATIVA**

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 12/05/2017 10:58:29

**NÚMERO DE CONTROLE:** 89e6849c4efb8542





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83469460

**Comunicação:** C2018319

**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS**

**Veículo:** V2 / HONDA/NXR 150 BROS CARGO

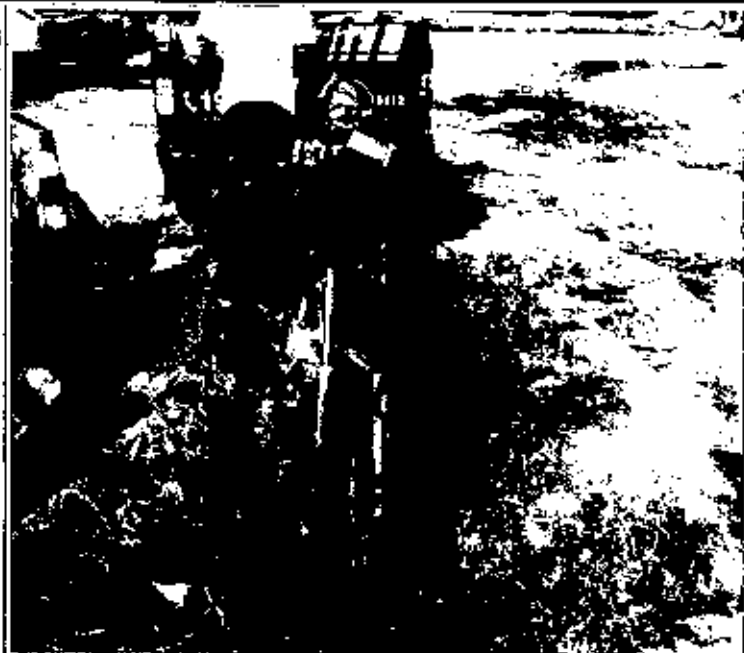
**Placa:** MNL-5611

**Nome do Agente/Assinatura:** JODSON ARAUJO DAS NEVES

**Nº BOAT:** 83469460

**Registro/Matricula do Agente:** 2239927

**Data:** 31/05/2016 11:20



Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 12/05/2017 10:58:29

**NÚMERO DE CONTROLE:** 89e6849c4efb8542

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 JUN. 2017

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460

Comunicação: C2018319

\*STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 2239927 JODSON ARAUJO DAS NEVES Data/Hora do Acidente (hora local): 31/05/2016 11:20 BR: 101 KM: 92,0  
Município/UF: ALHANDRA/PB Tipo de Acidente: Colisão frontal Sentido da Via: Crescente  
Fase do dia: Pleno dia Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente  
Sinalização existente: Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Sol  
Houve danos ao patrimônio da União? Não  
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:  
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do:

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

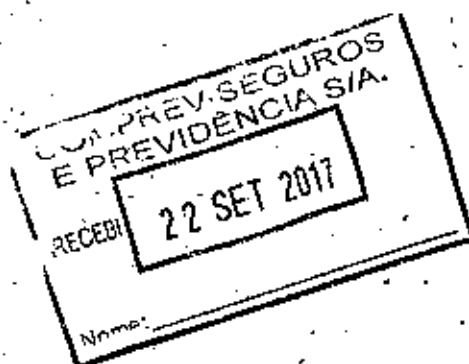
Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial  
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 2  
Possui defesa? Conservada Possui meio-fio? Conservada Possui sarjeta? Não existe

Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 2 Tipo de Inclinação: Plano  
Obstáculo ao Cruzamento: Não existe Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Comércio  
Cerca: Conservada Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 04  
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reto Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não  
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 24 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Pista dupla, mão única em ambas as pistas. Considera-se a pista 01 a que se encontra no sentido crescente, ou seja, a que a motocicleta V2 encontrava-se no momento da colisão.



CAPEMISA  
15 AGO 2017  
REGULAÇÃO DPVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/05/2016 13:18:05  
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1aaacd4





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 83469460  
**Comunicação:** C2018319  
**STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**CROQUI**

Local Parcialmente Desfeito

BR-101  
km  
000,0

JOÃO PESSOA - PB

ALHAÍDRA - PB

**LEGENDA:**

- Automóvel
- Veículo Tator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Geminção
- Tombamento
- Incêndio
- Local de colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Caminhão
- Objeto Flutuante
- Ponto A
- Ponto A'
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Arrebanado
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amoreção
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou Desarrapagem
- Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: \_\_\_\_\_ Longitude do Ponto C: \_\_\_\_\_

Referência do Ponto A/A': \_\_\_\_\_ Referência do Ponto B: \_\_\_\_\_

Distância AB (m): \_\_\_\_\_ Distância AC (m): \_\_\_\_\_ Distância BC (m): \_\_\_\_\_

| VEÍCULO | P1 | DISTÂNCIA P1-A (m) | DISTÂNCIA P1-B (m) | P2 | DISTÂNCIA P2-A (m) | DISTÂNCIA P2-B (m) |
|---------|----|--------------------|--------------------|----|--------------------|--------------------|
|         |    |                    |                    |    |                    |                    |

**Narrativa da Ocorrência:**

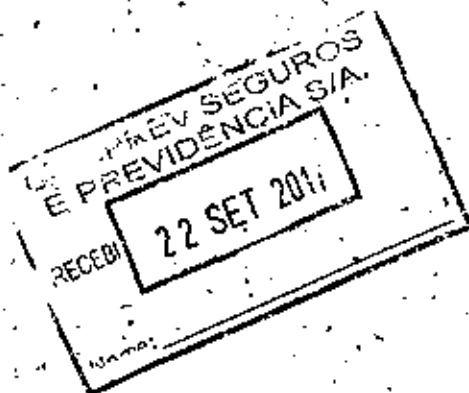
Conforme averiguações realizadas no local do acidente, no município de JOÃO PESSOA - PB, no km 92, sentido crescente da BR-101, constatamos o local, mesmo com a cena parcialmente desfeita, através dos vestígios nos veículos e no pavimento e, ainda, corroborado/confirmado por pessoas que transitavam no local, mas não quiseram prestar depoimento e, dinâmica do acidente no croqui em anexo, que: o veículo V1 TOYOTA HILUX CD4X4 SRV, placas OGC-1294, supostamente conduzido pelo Sr. ANTONIO SANTINO DA SILVA, CPF nº 447.362.584-20 (O QUAL NÃO FOI ENCONTRADO NO LOCAL DO ACIDENTE), cujo mesmo é habilitado na categoria B, deslocava-se pela rodovia, na faixa da direita, sentido Conde x João Pessoa quando, provavelmente, de acordo com as marcas de frenagem na pista e marcas nas estruturas físicas, perdeu o controle do veículo atravessando a faixa da esquerda, subiu o canteiro central, adentrou a pista em sentido contrário, até continuar, veio a colidir frontalmente com uma motocicleta que seguia o fluxo normal da via. Este veículo trata-se de V2 - HONDA/NXR 150 BROS de placas MNL-5611, sendo conduzido pelo Sr. CENILDO JOSE DA SILVA, CPF nº 840.915.844-20, o qual é habilitado na categoria AD; que tinha como passageiro o Sr. JOSIMARCOS ALVES PEREIRA, CPF nº 027.685.334-95. Estes últimos ocupantes da motocicleta foram socorridos por equipes médicas do serviço móvel de urgência - SAMU, pois encontravam-se em estado muito grave. O condutor de V1 só foi identificado devido aos seus documentos estarem dentro do veículo e, ainda corroborado pelo passageiro MANOEL SOUSA DA SILVA. O filho do condutor, Sr. JOSAFÁ MONTEIRO DA SILVA, CPF nº 028.274.554-80 também corroborou com a última informação.

Obs1: Devido ao estado grave da vítima de V1 e, a não localização do condutor de V2, não foi possível e oportuno de teste de alcoolemia conforme preconiza o art. 277 do Código de Trânsito Brasileiro - CTB.

Obs 2: O Código de Trânsito Brasileiro é bem claro ao prever em seu art. 29 que, in verbis: O condutor deverá, a todo momento, ter domínio de seu veículo, dirigindo-o com atenção e cuidados indispensáveis à segurança do trânsito.

O mesmo código aduz que: todo e qualquer condutor envolvido em acidente, podendo, deverá socorrer as vítimas ou, na impossibilidade de fazê-lo, acionar por outros meios os órgãos públicos, sob pena de responsabilização administrativa, civil e penal.

Art. 176. Deixar o condutor envolvido em acidente com vítima: I - de prestar ou providenciar socorro à vítima, podendo fazê-lo; Art. 303. Praticar lesão corporal culposa na direção de veículo automotor; Art. 304. Deixar o condutor do veículo, na ocasião do acidente, de prestar imediato socorro à vítima, ou, não podendo fazê-lo diretamente, por justa causa, deixar de solicitar auxílio da autoridade pública; Art. 305. Afastar-se o condutor do veículo do local do acidente, para fugir à responsabilidade penal ou civil que lhe possa ser atribuída.



VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/08/2016 18:18:30

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1a2acd4

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVA





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460  
Comunicação: C2018319  
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: 00C-1294 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 8AJFY29G1D8531342 Renavam: 00535054637  
Marca/Modelo: TOYOTA HILUX CD4X4 Cor: PRATA Ano: 2013 Tipo: Caminhoneta Emplacamento: BAYEUX/PB  
Ocupantes: 2 Espécie: Especial Categoria: Particular  
Proprietário: JOSELIA MONTEIRO DA SILVA CPF/CNPJ: 012.733.344-42  
Endereço: Município/UF: Telefones: CEP:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:  
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Transitava em sentido oposto Saída de Pista? Sim Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Meio Fio Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não  
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Ilesa Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:  
Descrição da Carga: CARGA PRESENTE IRRELEVANTE.

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Seguradora Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00 Motivo: Devolução  
Responsável pela Recepção: SANTA HELENA  
Documento do Responsável: CPF 910.190.604-58  
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Descrição do Encaminhamento: REBOQUE SÃO JOSÉ. PREPOSTO HENRIQUE JUNIOR NASCIMENTO DE ALMEIDA CPF 047.542.294-88.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MNL-5611 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9C2KD03208R010822 Renavam: 00949303810  
Marca/Modelo: HONDA/NXR 150 BROS Cor: PRETA Ano: 2008 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JOAO PESSOA/PB  
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular  
Proprietário: MARLY CORDEIRO ROCHA CPF/CNPJ: 160.441.004-30  
Endereço: Município/UF: Telefones: CEP:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:  
Origem: ALHANDRA/PB - BRASIL Destino: JOAO PESSOA/PB - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não  
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Vazio Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:  
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Posto PR Responsável pela Recepção: PRADO LISON  
Documento do Responsável: 239927  
Município/UF: ALHANDRA/PB Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00 Motivo: Remoção  
Descrição do Encaminhamento: VEÍCULO REMOVIDO POR ENVOLVIMENTO EM ACIDENTE.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 22/05/2016 13:36:25

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1a2ac04

CAPEMISA.

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460  
Comunicação: C2018319  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/OGC-1294  
Nome/Apelido: ANTONIO SANTINO DA SILVA  
Data de Nascimento: 03/10/1953 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado  
Nome do Pai: JOSE SANTINO DA SILVA  
Nome da Mãe: RITA MARIA DA CONCEIÇÃO  
Endereço: R. PEDRO ULISSES, 58, SÃO VICENTE  
Município/UF: BAYEUX/PB Telefones: 83 32221500 Celular: (83) 987257961 CEP:   
Grau de Instrução: Não Informado  
Naturalidade: ALAGOA GRANDE/PB Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:   
CPF: 447.362.564-20 Documento de Identificação: 1133258 Órgão Expedidor: SSP /PB  
Origem: Destino:   
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado  
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: B Registro CNH: 03798849648/PB Primeira Habilitação: 05/08/1985  
Validade CNH: 19/01/2021 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado  
Pertences:   
Informações Complementares: Condutor não foi encontrado no local do acidente, entretanto seus documentos foram encontrados no interior do veículo. Portanto não possível a realização da teste de alcoolemia.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Terceiros Responsável pela Recepção: AUSENTE  
Documento do Responsável: AUSENTE Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00  
Município/UF: JOÃO PESSOA/PB Motivo: Ausência  
Descrição do: CONDUTOR NÃO ENCONTRADO NO LOCAL.

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V3/MNL-5611  
Nome/Apelido: GENILDO JOSE DA SILVA  
Data de Nascimento: 24/10/1974 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro  
Nome do Pai: ANTONIA JOSEFA DA SILVA  
Nome da Mãe:   
Endereço: RUA RODRIGUES MARANHÃO N° 304  
Município/UF: CONDE/PB Telefones: Celular: (83) 991674228 CEP:   
Grau de Instrução:   
Naturalidade: SÃO VICENTE FERRER/PE Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:   
CPF: 840.915.844-20 Documento de Identificação: 2240180 Órgão Expedidor: SSP /PB  
Origem: CONDE/PB - BRASIL Destino: JOÃO PESSOA/PB - BRASIL  
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim  
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado  
Transcrição da Declaração:

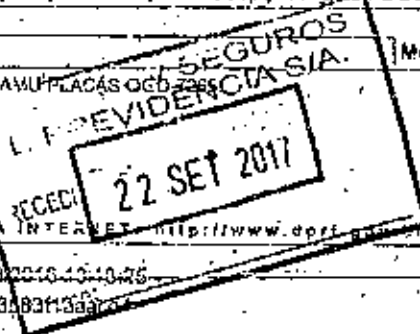
Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AD Registro CNH: 03918494638/PB Primeira Habilitação: 29/08/2006  
Validade CNH: 04/12/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado  
Pertences:   
Informações Complementares: Condutor identificado a posteriori, pois encontrava-se em pronto atendimento pelas equipes de emergência - SAMU.

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: EQUIPE DO DIA  
Documento do Responsável: SAMU Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00  
Município/UF: JOÃO PESSOA/PB Motivo: Socorro  
Descrição do: EQUIPE SAMU PLACAS OCIDENTAIS

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dpsf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/06/2016 16:40:26  
NÚMERO DE CONTROLE: 092c318311388702



CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460  
Comunicação: C2018319  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☐ Veículo ☐ VI/060-1294 /  
Nome/Apelido: MANOEL SOUSA DA SILVA Sexo: Masculino Data de:   
Nome do Pai: SEVERINO SOUSA DA SILVA  
Nome da Mãe: SEBASTIANA MARIA DA CONCEIÇÃO  
Endereço: RUA SÃO VICENTE Nº 201 CEP:   
Município/UF: BAYEUX/PB Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL  
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:   
Estado Civil: Grau de Instrução:   
Ocupação Principal: Origem: Destino:   
Estado Físico: ☐ Ileso ☐ Socorrido pela PRF? ☐ Não Usava Cinto? ☐ Sim Usava Capacete? ☐ Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo? ☐ Não  
Transcrição da Declaração:

Pertencas:

Informações Complementares:

Passageiro não apresentou seus documentos, sendo sua qualificação realizada por vias indiretas, verbais

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Terceiros Responsável pela Recepção: IESO  
Documento do Responsável: NÃO APRESENTOU Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00  
Município/UF: JOÃO PESSOA/PB Motivo: Auxílio  
Descrição do Encaminhamento: PASSAGEIRO IESO PERMANECER NO LOCAL DA OCORRÊNCIA.



SECRETARIA DE DEFESA E INTELIGÊNCIA - COCCO

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 29/06/2016 12:13:25  
NÚMERO DE CONTROLE: d97c3b83f1a22cd4

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT



SEGUROS  
EVIDENCIA S/A.  
22 SET 2017

CAPEMISA  
15 AGO 2017  
REGULACAO





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83469460  
Comunicação: C2018319  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: ☐ Passageiro ☒ Veículo: V2/MNL-5611 /  
Nome/Apelido: JOSIMARCOS ALVES PEREIRA Sexo: ☒ Masculino Data de: 21/11/1975  
Nome do Pai: JOSÉ PEREIRA DA SILVA  
Nome da Mãe: VERONICE ALVES DE SOUZA  
Endereço: RUA NOSSA SENHORA DAS NEVES, SN CEP:  
Município/UF: CONDE/PB Naturalidade: JOAO PESSOA/PB Nacionalidade: BRASIL  
CPF: 027.688.334-95 Documento de Identificação: 2055450 Órgão Expedidor: SSP/PB Telefones:  
Estado Civil: Não informado Grau de Instrução: Não informado  
Ocupação Principal: Origem: Destino:  
Estado Físico: Lesões Graves? ☒ Socorrido pela PRF? ☒ Não Usava Cinto? ☒ Não Aplicável Usava Capacete? ☒ Sim  
Existe Declaração em Anexo? ☒ Não  
Transcrição da Declaração:

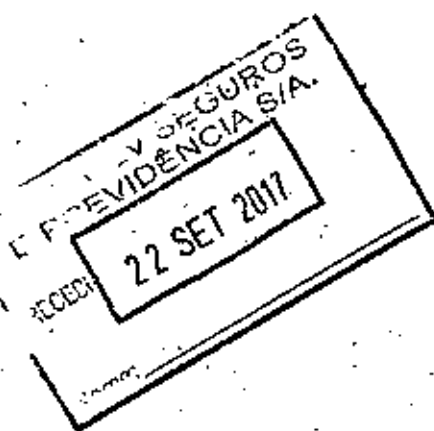
Pertences:

Informações Complementares:

Passageiro identificado a posteriori, pois encontrava-se em atendimento médico de urgência pelas unidades do SAMU.

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: SAMU Responsável pela Recepção: EQUIPE DO DIA  
Documento do Responsável: SAMU Data/Hora da Recepção (hora local): 31/05/2016 12:00  
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro  
Descrição do Encaminhamento: EQUIPE DE SERVIÇO VIATURA PLACAS OGF-8890.



COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - COTRAN

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.epri.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/08/2016 13:18:25  
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1aaacd4

CAPEMISA

1-5-AGO-2017

REGULAÇÃO DPV





**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS**

**Veículo:** V1 / ITOYOTA HILUX CD4X4 SRV **Placa:** OGC-1294  
**Nome do Agente/Assinatura:** JODSON ARAUJO DAS NEVES **Nº BOAT:** 83469460  
**Registro/Matrícula do Agente:** 2239927 **Data:** 31/05/2016 11:20

| Item                          | Descrição do componente                   | Valor | Sim | Não | NA | Item                                                 | Descrição do componente                      | Valor | Sim | Não | NA |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-------|-----|-----|----|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------|-----|-----|----|
| 1                             | Teto                                      | 1     |     | X   |    | 26                                                   | Longarina traseira esquerda                  | 3     |     | X   |    |
| 2                             | Capô                                      | 1     |     | X   |    | 27                                                   | Caixa de Roda traseira esquerda              | 3     |     | X   |    |
| 3                             | Painel corta fogo                         | 3     |     | X   |    | 28                                                   | Assoalho porta-malas / Assoalho              | 1     |     | X   |    |
| 4                             | Painel dianteiro                          | 1     | X   |     |    | 29                                                   | Caixa de rodas traseira direita              | 3     |     | X   |    |
| 5                             | Quadro / Suporte do motor                 | 2     |     | X   |    | 30                                                   | Longarina traseira direita                   | 3     |     | X   |    |
| 6                             | Longarina Completa / Caixa de roda esq.   | 3     |     | X   |    | 31                                                   | Chassi porção traseira (veículos carga)      | 3     |     | X   |    |
| 7                             | Longarina Parcial / Avental esquerdo      | 1     |     | X   |    | 32                                                   | Suspensão traseira direita                   | 2     |     | X   |    |
| 8                             | Chassi porção dianteira (veículos carga)  | 3     |     | X   |    | 33                                                   | Lateral traseira direita                     | 1     |     | X   |    |
| 9                             | Pára-lama dianteiro esquerdo              | 1     | X   |     |    | 34                                                   | Coluna traseira externa direita              | 1     |     | X   |    |
| 10                            | Suspensão dianteira esquerda              | 2     |     | X   |    | 35                                                   | Coluna traseira externa e estrutura direita  | 3     |     | X   |    |
| 11                            | Coluna dianteira externa esquerda         | 1     |     | X   |    | 36                                                   | Porta traseira direita                       | 1     |     | X   |    |
| 12                            | Coluna dianteira externa e estrutura esq. | 3     |     | X   |    | 37                                                   | Coluna central externa direita               | 1     |     | X   |    |
| 13                            | Porta dianteira esquerda                  | 1     |     | X   |    | 38                                                   | Coluna central externa e estrutura direita   | 3     |     | X   |    |
| 14                            | Soleira externa esquerda                  | 1     |     | X   |    | 39                                                   | Soleira externa direita                      | 1     |     | X   |    |
| 15                            | Soleira externa e estrutura esquerda      | 3     |     | X   |    | 40                                                   | Soleira externa e estrutura direita          | 3     |     | X   |    |
| 16                            | Assoalho central esquerdo                 | 3     |     | X   |    | 41                                                   | Assoalho central direito                     | 3     |     | X   |    |
| 17                            | Coluna central externa esquerda           | 1     |     | X   |    | 42                                                   | Porta dianteira direita                      | 1     |     | X   |    |
| 18                            | Coluna central externa e estrutura esq.   | 3     |     | X   |    | 43                                                   | Coluna dianteira externa direita             | 1     |     | X   |    |
| 19                            | Porta traseira esquerda                   | 1     |     | X   |    | 44                                                   | Coluna dianteira externa e estrutura direita | 3     |     | X   |    |
| 20                            | Coluna traseira externa esquerda          | 1     |     | X   |    | 45                                                   | Pára-lama dianteiro direito                  | 1     | X   |     |    |
| 21                            | Coluna traseira externa e estrutura esq.  | 3     |     | X   |    | 46                                                   | Suspensão dianteira direita                  | 2     |     | X   |    |
| 22                            | Lateral traseira esquerda                 | 1     |     | X   |    | 47                                                   | Longarina completa / Caixa de roda dir.      | 3     |     | X   |    |
| 23                            | Suspensão traseira esquerda               | 2     |     | X   |    | 48                                                   | Longarina parcial / Avental direito          | 1     |     | X   |    |
| 24                            | Tampa traseira                            | 1     |     | X   |    | Soma de todos os pontos assinalados na coluna "SIM": |                                              |       | 3   |     |    |
| 25                            | Painel Traseiro / Divisor                 | 1     |     | X   |    | Soma de todos os pontos assinalados na coluna "NA":  |                                              |       | 0   |     |    |
| Total de pontos "SIM" + "NA": |                                           |       |     |     |    |                                                      |                                              | 3     |     |     |    |

**ITENS NÃO PONTUÁVEIS**

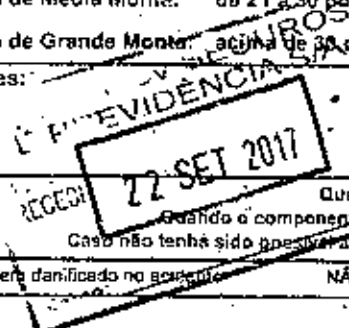
| Item | Descrição do componente        | SIM | NAO | Item | Descrição do componente                          | SIM | NAO |
|------|--------------------------------|-----|-----|------|--------------------------------------------------|-----|-----|
| 49   | Air Bag Motorista              | X   |     | 55   | Faróis                                           |     | X   |
| 50   | Air Bag Passageiro             | X   |     | 56   | Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras) |     | X   |
| 51   | Air Bag Lateral                |     | X   | 57   | Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)    |     | X   |
| 52   | Local gravação VIN             |     | X   | 58   | Pára-choques (dianteiro e/ou traseiro)           | X   |     |
| 53   | Pára-brisa                     | X   |     | 59   | Rodas/pneus                                      | X   |     |
| 54   | Vidros laterais e/ou traseiros |     | X   |      |                                                  |     |     |

**CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO**

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo.

- ☒ **Dano de Pequena Monta:** até 20 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".  
☐ **Dano de Média Mont:** de 21 a 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".  
☐ **Dano de Grande Mont:** acima de 30 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados na colunas "SIM" e "NA".

Observações:



Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NÃO

SIM = Item danificado no acidente. NÃO = Item não danificado ou não existente. NA = Item que não foi possível avaliar o dano (Não Avaliado).

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25

NÚMERO DE CONTROLE: 09263b83f1aaacd4

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT





RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLADOS

Veículo: V2 / HONDA/NXR 150 BROS CARGO Placa: MNL-5611  
Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES Nº BOAT: 83469460  
Registro/Matrícula do Agente: 2239927 Data: 31/05/2016 11:20

| Item                                                                    | Descrição - Componentes Não Estruturais                                                                                 | Valor | Sim | Não | NA |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|-----|----|
| 1                                                                       | Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.                                                                       | 2     | X   |     |    |
| 2                                                                       | Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc) | 2     | X   |     |    |
| 3                                                                       | Amortecedor(es) tras. (inclusive fixação no chassis).                                                                   | 2     |     | X   |    |
| 4                                                                       | Motor e suas fixações.                                                                                                  | 2     |     | X   |    |
| 5                                                                       | Eixo do garfo traseiro.                                                                                                 | 2     |     | X   |    |
| 6                                                                       | Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)                                                                  | 2     |     | X   |    |
| 7                                                                       | Eixo da roda dianteira/traseira.                                                                                        | 2     |     | X   |    |
| 8                                                                       | Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)   | 2     |     | X   |    |
| 9                                                                       | Pedais de apoio do condutor e passageiro                                                                                | 1     | X   |     |    |
| 10                                                                      | Bagageiro traseiro deformado (se houver).                                                                               | 1     |     | X   |    |
| 11                                                                      | Alça traseira                                                                                                           | 1     |     | X   |    |
| 12                                                                      | Assento (fixação e firmeza)                                                                                             | 1     |     | X   |    |
| 13                                                                      | Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.                                                                    | 2     |     | X   |    |
| 14                                                                      | Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)                                                                        | 2     |     | X   |    |
| Descrição - Componentes Estruturais                                     |                                                                                                                         |       |     |     |    |
| A                                                                       | Coluna de direção e massa sup./inf. (folga anormal, danos)                                                              | 3     |     | X   |    |
| B                                                                       | Amortecedor(es) dianteiro(s)                                                                                            | 3     | X   |     |    |
| C                                                                       | Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)                                                               | 3     |     | X   |    |
| D                                                                       | Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)                                                        | 3     |     | X   |    |
| Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA": |                                                                                                                         |       |     |     | 8  |

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- ☐ Dano de Pequena Montante: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☒ Dano de Média Montante: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Montante: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente da soma total de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NAO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

REV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A  
22 SET 2017

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/05/2016 13:18:25

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f15aacd4

CAPEMISA

15 AGO 2017

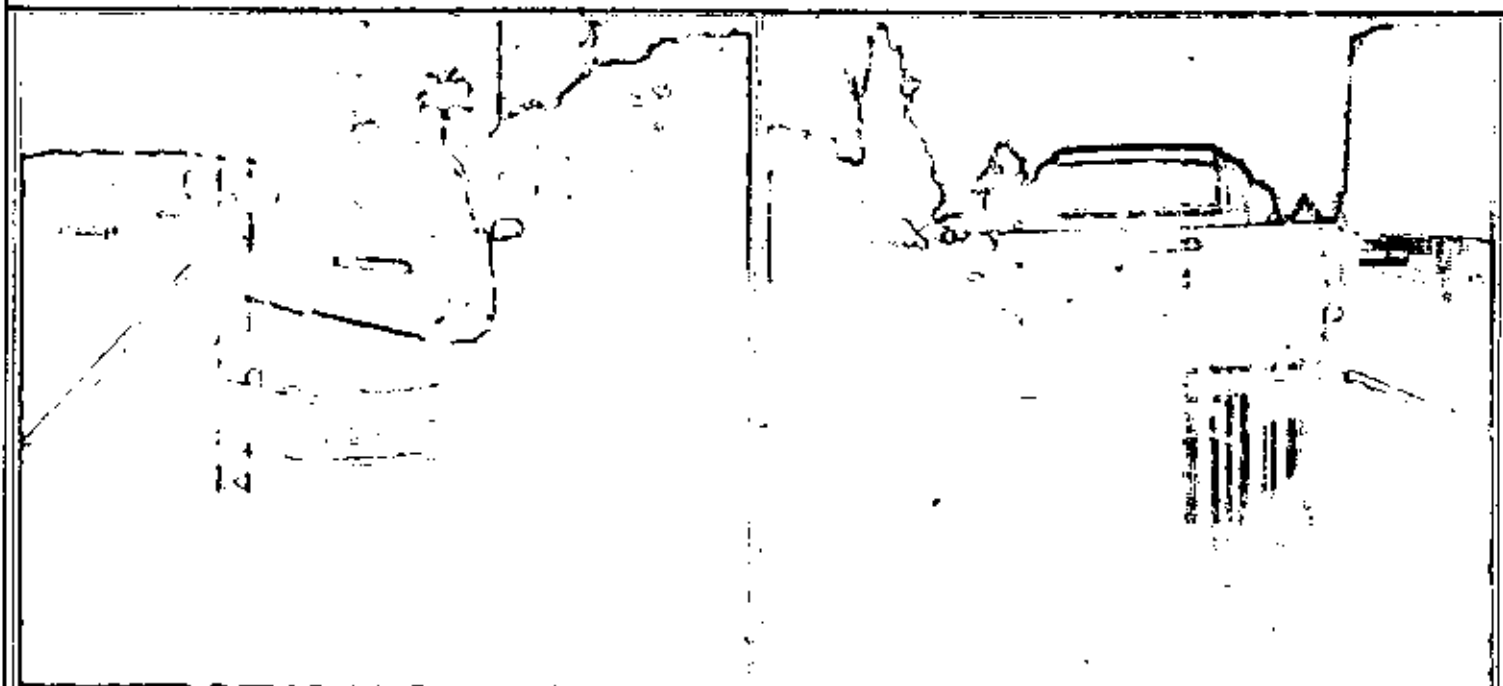
REGULAÇÃO DPVAT





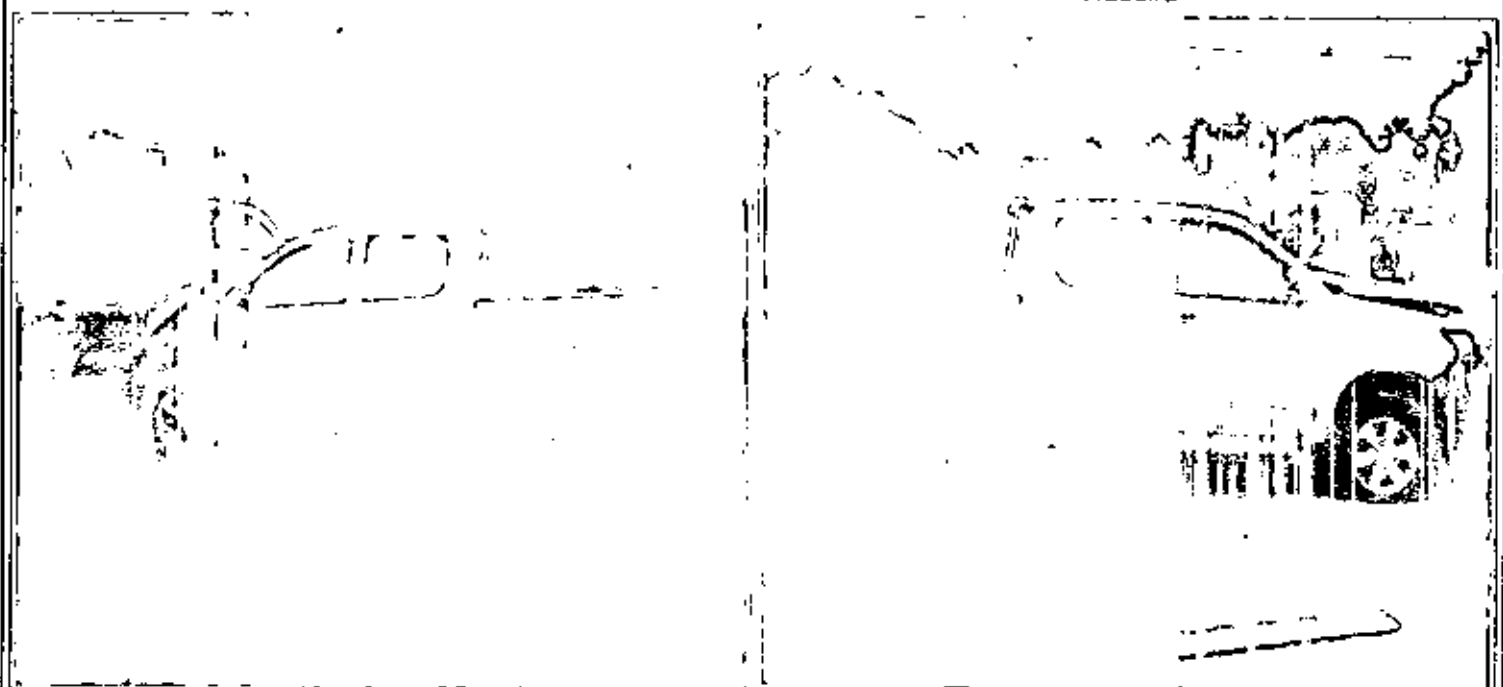
RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

|                                                    |                        |
|----------------------------------------------------|------------------------|
| Veículo: V1 / ITOYOTA HILUX CD4X4 SRV              | Placa: OGC-1294        |
| Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES | Nº BOAT: 83469460      |
| Registro/Matrícula do Agente: 2239927              | Data: 31/05/2016 11:20 |



Frente

Traseira



Lateral Esquerda

Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/05/2016 13:18:25  
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b53f1aaec04ECCD

22 SET 2017

CAPEMIS

15 AGO 2017

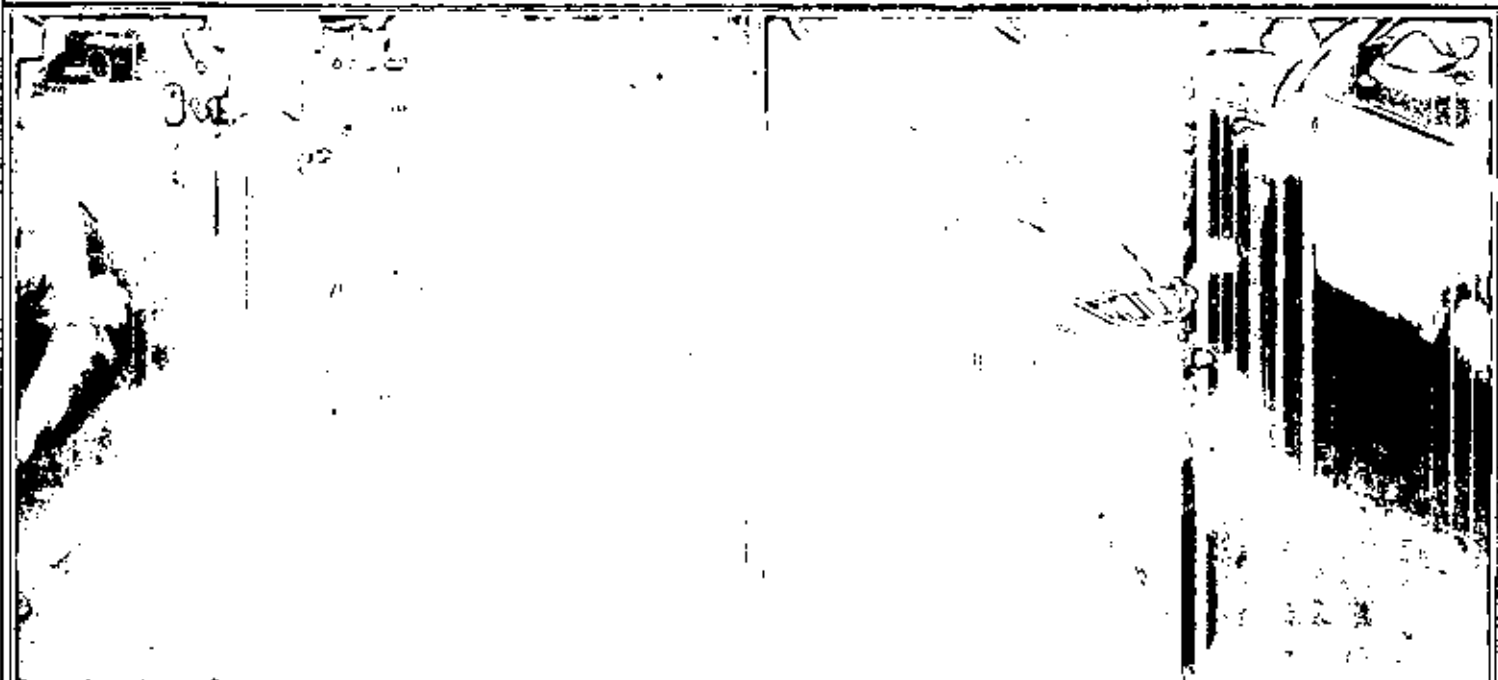
REGULAÇÃO D





RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

|                                                    |                        |
|----------------------------------------------------|------------------------|
| Veículo: V2 / HONDA/NXR 150 BROS CARGO             | Placa: MNL-5611        |
| Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES | Nº BOAT: 83469460      |
| Registro/Matrícula do Agente: 2239927              | Data: 31/05/2016 11:20 |



Frete

Traseira



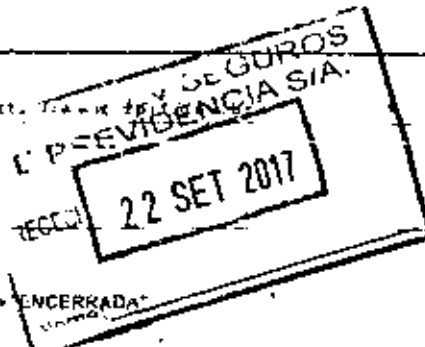
Lateral Esquerda

Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dptf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/05/2016 13:18:25

NÚMERO DE CONTROLE: 6924368315-004



CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPTAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

Estado/Território de Paraná  
Comarca de João Pessoa - C.B.  
Município de Conde - C.B.  
Distrito de Conde - C.B.

**CARTÓRIO "PEDRO ALVES"**  
Registro Civil com Atribuições de Ta-  
belionato  
Bel.<sup>a</sup> Maria José Gomes de Sousa  
OFICIAL DO REGISTRO  
CONDE - PARAIBA

**NASCIMENTO** N.º 3.334

CERTIFICO que às folhas 162-S do livro N.º 4 04, do Registro de Nascimento foi feito hoje, o assento de Yosimarco Alves Pereira.

nascido aos doze (12) de Novembro de mil novecentos e setenta e cinco (12-11-1975) às 10:00 horas e minutos em a eternidade Candida Vargas de Jesus Pessoa PB do sexo masculino

filho de José Pereira da Silva  
natural deste Estado P.B.  
e de Dona Aeronice Alves de Souza  
natural deste Estado P.B.

São avós paternos João Pereira da Silva (f.)  
e Dona Vicência Martins da Silva (f.)  
e avós maternos Josefa Alves de Souza  
e Dona

Foi declarante O genitor  
e serviram de testemunhas Antonio José de Santana  
Elisira de Oliveira Lilara

Observações: Feito nos termos do artigo 30 e 2º do artigo 46 da Lei 6015 de 21 de 12 de 1966. Não contém rasuras.

05 JUN. 2017

O referido é verdade e dou fé.

Ende 06 de

## PROTOCOLLO

ALL INFORMATION CONTAINED HEREIN IS UNCLASSIFIED

OFFICIAL



Declaro e certifico que a reprodução fiel do original que se foi apresentada. Em testemunho da verdade.

Administrative 11/27/2016 09:40:51

Vict: - Hugo Ferreira Braga - Substituted

12-16-5 36351 BTL:19 2.12 FCF

AND DIGITAL RECORDING

Confirma a autenticidade em <https://seledigital.tjrs.br>

Rue Prospero Jean Poncelet 62  
Alameda - PO - Tel. 098 374-1000 / 374-1001  
E-mail: marmarad@prospectos.com.br  
Rua da Boa Vista 150 - Alameda - PO - Tel. 098 374-1000  
Fax: 098 374-1001

*Maria F. Bragg*

## ANOTAÇÃO

Certifico e dou fé que foi lavrado neste Cartório  
à fls. 25 do Livro B.oux 2 sob nº 525  
em data de 22/12/2005 o casamento dos  
pais do registrado, passando sua genitora a adotar  
o nome de Teronice Alves de Souza Silva

Alhandra, 18 de fevereiro de 2006

*[Assinatura]*



VITOR HUGO FERREIRA BRAGA

Advogado - PB - Tel: (31) 3221-1000  
e-mail: vitorhugofb@vitorhugofb.com.br  
Miguel do Espírito Santo - Vitor Hugo Ferreira Braga  
Tribunal

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que foi  
apresentado. Em testemunho da verdade.  
Alhandra-PB 11/07/2016/09:40:51  
Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto  
[2016-003236] ENCL:RS 2,12 FAPEN:RS 0,25 CPA:RS 0,42 ISS:RS 0,00  
SELO DIGITAL: ADE87345-EP71  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



*[Assinatura]*  
Miguel do Espírito Santo F. Braga  
Tabela

Recebi a importância total de

cinco pagam. referente a(o)  
registro e 12 Cart.  
dos B. B. A.

Em 06 de 01 de 2006

*[Assinatura]*  
ESCRIVA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



## REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Paraíba  
 COMARCA DE Itambé  
 MUNICÍPIO DE Conde  
 DISTRITO DE Conde



Manoel José de Souza  
 Oficial do Registro Civil

**NASCIMENTO Nº 10.616**

SERTEFICO que, às fls. 102 do livro n.º 4-11 de Registro de Nascimentos, foi feito hoje o assento de Gabriele Figueira Be-

reira, nascid. a 04 de maio (05) de 2004 (2.000) às 19 horas e 54 minutos em Paterni-  
dade Cândida Vargas e José Pessoa - PB

do sexo masculino, filh. a de Antônio Alves Pereira, natural de Estado - PB, e de Dona Maria de Fátima Santos Figueira, natural de Estado - PB.

Sendo avós paternos José Pereira da Silva, e Dona Geromina Alves de Souza, e avós maternos José Felix Figueira, e Dona Maria de Fátima dos Santos.

Foi declarante O genitor, e serviram de testemunhas Antônio Lucas Maranhão Ribeiro e Alina de Oliveira Silva.

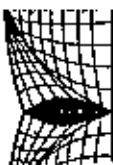
Observações: Feito nos termos da lei em vigor.  
As assinaturas.

CARTÓRIO LEGAL DO ESTADO DE PARAÍBA  
 CENTRO LEGAL DO ESTADO DE PARAÍBA  
 Rua da Liberdade, 100 - Centro - João Pessoa - PB

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
 05 JUN. 2017  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

O referido é verdade e dou fé.

Conde 16 de Junho de 2004  
Manoel José de Souza  
 Oficial



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



VEIGON BRAGA

Para Presidente João Pessoa, RJ  
Alameda - 11 - Tel: (83) 3254-1083/3254-1084  
Cidade: João Pessoa - Paraíba  
Vale do Bonfim - João Pessoa - Paraíba  
Tabela



DOCUMENTO 3 \*T34\*



Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.

Alhanda-PB 11/07/2016 09:41:01

Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto

[2016-003637] EMOL:R4 2.12 FASEN:R4 0.25 FEPI:R4 0.42 ISS:R4

SELO DIGITAL: ADEB7346-8780

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

## Certidão de Óbito

NOME

\* JOSIMARCO ALVES PEREIRA \*

IDENTIFICAÇÃO

072249 01 55 2016 4 00108 241 0044158 76

|                                      |                                                                              |                                           |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| SEXO<br>Masculino                    | COR<br>Parda                                                                 | ESTADO CIVIL E IDADE<br>Solteiro, 40 anos |
| NATURALIDADE<br>João Pessoa, Paraíba | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO<br>CPF/MF Nº 027.688.334-95, RG<br>2055450 SSP/PB | ESPOSADO<br>Sim                           |

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA  
Filho de JOSÉ PEREIRA DA SILVA e de VERONICE ALVES DE SOUZA. Residência do falecido: RUA DOMINGOS MARANHÃO nº 577, CENTRO, Conde, Paraíba

DATA E HORA DO FALECIMENTO  
Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis, às 14h15min.

LOCAL DO FALECIMENTO  
NO HOSPITAL DE TRAUMA, VINDO DO IML, NESTA CAPITAL, CONFORME D O DE Nº24492857-6

CAUSA DA MORTE  
POLITRAUMATISMO, (MORTE VIOLENTA)

|                                                     |                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO<br>NO CEMITÉRIO NOVO-CONDE-PB | DECLARANTE<br>LUIZ ALVES SOBRINHO, RG Nº 1.297.717 SSP/PB,<br>CPF/MF Nº 691.117.314-00, profissão COMERCIANTE,<br>estado civil casado, residente RUA MANOEL ALVES,<br>613, CENTRO, CONDE-PB, tio do falecido |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

DECLARANTE  
DRA ANA FLAVIA M FRANCA, CRM 4832

OBSERVAÇÕES / AVISOS  
Ato registrado no livro C-108, às folhas 241 sob o nº 44158. Data do registro: 1 de junho de 2016. Data de nascimento do falecido: 12 de novembro de 1975. O FALECIDO ERA PEDREIRO, SOLTEIRO, DEIXA FILHOS, NÃO DEIXA BENS E ERA ELEITOR. LIDO, CONFERIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE.

Nome do Oficial  
Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício  
Oficial Registrador  
Cláudia Cristina Lima Marques  
Município/UF  
João Pessoa-PB  
Endereço  
Av. Cruz das Armas, 3142, Sl. 02, Ed. Planalto Centro  
Func. I, CEP: 58087-000 - Telefax: (83) 3233-5600  
E-mail: cartoriorlmarquescosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
João Pessoa-PB, 1 de junho de 2016.

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
05 JUN. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Selo digital AAO89310-ALPW  
Consulte a autenticidade em

<https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Eliegrina Angela de Oliveira Silva

CARTÓRIO MARQUES COSTA  
11º Ofício  
Eliegrina Angela de O. Silva Felix  
CREVENTE



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 158577 B DOCUMENTO ORIGINAL





**SAMU  
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU  
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

**CNPJ 08.806.754/0015-40**  
**SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA**  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

DOCUMENTO 4 "T46"



## DECLARAÇÃO

**ATO DECLARATORIO**

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 701/014, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1297172, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSIMARCOS ALVES PEREIRA** idade 37 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto)** no dia 31/05/2016, na BR-101 - KM 3,5, Bairro: Distrito Industrial - João Pessoa - aproximadamente às 11:30 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, 09 de Janeiro de 2017.

**Jefferson da Rocha Augusto**  
Estatístico  
CRE/S - Registro: 10171

**Jefferson da Rocha Augusto**

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

**SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA**

**SAMU 192**

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
05 JUN. 2017  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB

Fonc SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



### Con Vermelho Brasileiro



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel:

**Boletim de Atendimento: 923971**

### Comprovação de ato declaratório



|                                                                                                                                                |                                               |                                     |                              |                  |         |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------|---------|---------------------|
| <b>Identificação do paciente</b>                                                                                                               |                                               |                                     |                              |                  |         |                     |
| ID 1043424                                                                                                                                     | Nome JOSIMARCO ALVES PEREIRA                  | Sexo Masculino                      |                              |                  |         |                     |
| Data de nascimento 12/11/1975                                                                                                                  | Idade 40 anos 6 meses 27 dias                 | Estado civil SOLTEIRO(A)            | Religiao NAO INFORMADA       | Prontuario 95529 |         |                     |
| Mãe VERONICE ALVES DE SOUZA                                                                                                                    |                                               |                                     | Pai JOSE PEREIRA DA SILVA    |                  |         |                     |
| Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO                                                                                                            |                                               |                                     | Responsável (Parentesco)     |                  |         |                     |
| DDD Móvel 83                                                                                                                                   | Fone Móvel 988463632                          | DDD Fixo 83                         | Fone Fixo 993331583          |                  |         |                     |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE)                                                                                                                 | Número documento 2055450                      | Nº Cns 888004507092333              |                              |                  |         |                     |
| Local de procedência BR 101                                                                                                                    |                                               | Tipo BAIRRO                         | UF PB                        |                  |         |                     |
| Email                                                                                                                                          | Naturalidade JOAO PESSOA                      | CBO/R                               |                              |                  |         |                     |
| <b>Endereço</b>                                                                                                                                |                                               |                                     |                              |                  |         |                     |
| CEP 56322000                                                                                                                                   | Município de residência CONDE                 | UF PB                               | Logradouro DOMINGOS MARANHÃO |                  |         |                     |
| Número 31N                                                                                                                                     | Complemento                                   | Bairro CENTRO                       |                              |                  |         |                     |
| <b>Admissão</b>                                                                                                                                |                                               |                                     |                              |                  |         |                     |
| Data e Hora 31/05/2016 12:24:49                                                                                                                | Número da pulseira 1000004252732              | Convênio SUS                        |                              |                  |         |                     |
| Especialidade CLINICA GERAL                                                                                                                    | Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL                |                                     |                              |                  |         |                     |
| Classificação de risco                                                                                                                         |                                               |                                     | Origem do paciente RODOVIA   |                  |         |                     |
| Caráter do atendimento URGENCIA                                                                                                                | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Data/hor do acidente VEICULO X MOTO |                              |                  |         |                     |
| <b>Indicadores e Transporte</b>                                                                                                                |                                               |                                     |                              |                  |         |                     |
| Caso policial Não                                                                                                                              | Plano de saúde Não                            | Velo de ambulância Sim              | Trauma Não                   |                  |         |                     |
| Melo de transporte SAMU                                                                                                                        | Quem transportou NAO INFORMADO                |                                     |                              |                  |         |                     |
| <b>Sinais Vitais</b>                                                                                                                           |                                               |                                     |                              |                  |         |                     |
| PA _____ X _____ mmHg                                                                                                                          | Pulso                                         | Temperatura                         |                              |                  |         |                     |
| <b>Exames complementares</b>                                                                                                                   |                                               |                                     |                              |                  |         |                     |
| Raio X [ ]                                                                                                                                     | Sangue [ ]                                    | Urina [ ]                           | TC [ ]                       | Liquor [ ]       | ECG [ ] | Ultrasonografia [ ] |
| Dados clínicos                                                                                                                                 |                                               |                                     |                              |                  |         |                     |
| <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-10deg); display: inline-block;"> <p>RECIBO</p> <p>22 SET 2017</p> </div> |                                               |                                     |                              |                  |         |                     |
| Diagnóstico                                                                                                                                    |                                               |                                     |                              |                  |         | CID                 |
| Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO                                                                                                     |                                               |                                     |                              |                  |         | Tempo 03min 07seg   |

SEATTLE 1105P, APR 17 11:32 - 00000570

## Importing

CAPEMISA

15 AGO 2017

## REGULAÇÃO DO MVET

08/06/2016 09:24



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

RG nº 4.420.955, data de expedição 08/04/2016,  
 Órgão SSP/PB, CPF nº 133.980.444-17, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>RUA PROJETADA</u>                      |
| Número                            | <u>SIN</u>                                |
| Aptº / Complemento                |                                           |
| Bairro                            | <u>LOTEAMENTO NOSSA SENHORA DAS NEVES</u> |
| Cidade                            | <u>CONDE</u>                              |
| Estado                            | <u>PARAÍBA</u>                            |
| CEP                               | <u>58322-000</u>                          |
| Telefone de contato               |                                           |
| E-mail                            |                                           |

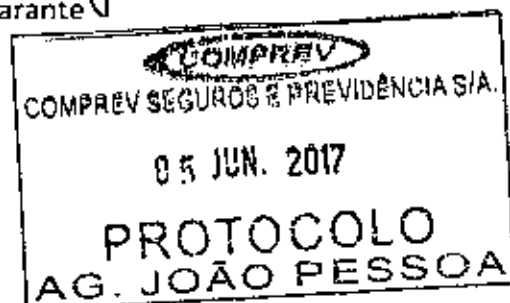
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB, 12/05/2017.

X Gabrielle Filgueira Pereira

X Maria de Fátima Santos Filgueira

Assinatura do Declarante



REMETENTE

057029

INSS

AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA-CENTRO

R BARAO DO ABIAI,

CENTRO

JOAO PESSOA - PB

58013-080



☐ MUDOU-SE

☐ RECUSADO

☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO  
PORTEIRO/SÍNDICO

☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐ NÃO PROCURADO

☐

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO  
INDICADO

☐ AUSENTE

☐ DESCONHECIDO

☐ FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM: .....

EM: .....

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



056174



GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

RUA PROJETADA SN

LOT N S DAS NEVES

CONDE PB

58322-000



5013196987419350000005617430041016

