



Número: **0800055-32.2018.8.15.0441**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Conde**

Última distribuição : **01/02/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
A. K. F. P. (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES (REPRESENTANTE)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12358 437	01/02/2018 14:38	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
12358 449	01/02/2018 14:38	<a href="#">documento1</a>	Documento de Identificação
12358 460	01/02/2018 14:38	<a href="#">documento2</a>	Documento de Comprovação
12358 465	01/02/2018 14:38	<a href="#">documento3</a>	Documento de Comprovação
12358 475	01/02/2018 14:38	<a href="#">documento4</a>	Documento de Comprovação
12358 477	01/02/2018 14:38	<a href="#">documento5</a>	Documento de Comprovação
12358 487	01/02/2018 14:38	<a href="#">documento6</a>	Documento de Comprovação
16668 692	21/09/2018 08:57	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
29869 652	15/04/2020 10:48	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

**EXMO. SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DO CONDE/PB**

**ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA**, brasileira, menor, 13 anos, portadora do RG nº 4.267.299 – SSDS/PB, inscrita no CPF sob o nº 127.737.474-02, neste ato representada por sua genitora, na qualidade de requerente e representante, **CRISTINA FELIX RODRIGUES**, brasileira, solteira, do lar, 31 anos, portadora do RG nº 3.345.876 – SSP/PB, inscrita no CPF sob o nº 078.926.904-09, ambas residentes e domiciliadas na Rua Domingos Maranhão, N° 657, Centro, **Conde/PB**; por sua advogada legalmente constituída (mandato incluso), com escritório profissional localizado na Av. Pedro II, 705, Centro, João Pessoa, Estado da Paraíba, CEP 58.013-420, Tel. (83) 3241-6957, onde deverá receber intimações e correspondências, vem à presença de V. Exa. propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)**  
(Com base na Lei N°. 6.194/74, alterada pela Lei n°. 8.441/92 e Lei n. 11.482/07)

contra **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT** pessoa jurídica de direito privado inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, podendo ser citada por seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º e 6º andar Centro, RIO DE JANEIRO – RJ, CEP: 20031205, pelas razões de fato e de direito a seguir delineadas:

## **1. PRELIMINARMENTE**

Requer a concessão do benefício da **JUSTIÇA GRATUITA** em favor da autora, uma vez que ela não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, conforme dispõe o inciso LXXIV do art. 5º da CF/1988 e o art. 2º, caput e parágrafo único, da Lei nº 1.060/50.

### **1.2. PRELIMINARMENTE – DO ENDEREÇO**

Para melhor instruir a presente ação, esclarece-se que o comprovante de residência constante nos autos está em nome do *de cujus*, companheiro da autora, conforme se depreende dos documentos anexos, vez que a requerente residia com o mesmo e não possui comprovante de residência em nome próprio.



## 2. DOS FATOS

No dia 31 de Maio de 2016, por volta das 11:30h, o **Sr. Josimarco Alves Pereira** foi vítima de acidente de trânsito, quando encontrava-se na condição de passageiro da motocicleta conduzida pelo Sr. Cenildo Jose da Silva, de Marca HONDA/NXR 150 BROS, cor preta, ano 2007/2008, Placa MNL-5611, sendo tal veículo atingido, frontalmente, por uma V1 TOYOTA HILUX CD4X4 SRV, placa OGC-1294, conduzida pelo Sr. Antonio Santino da Silva. Em razão disso, os ocupantes da motocicleta sofreram lesões que os deixaram em estado grave, sendo socorridos por equipes médicas do serviço móvel de urgência –SAMU.

Em consequência do exposto acima, o Sr. **Josimarco Alves Pereira** apresentou, devido ao impacto, **Outros traumatismos especificados envolvendo regiões múltiplas do corpo (CID 10: T06.8) e Traumatismos de nervos envolvendo regiões múltiplas do corpo (CID 10: T06.2)**, e, embora tenha sido entubado e sedado, sofreu parada cardiorrespiratória, vindo à óbito poucas horas após o acidente.

Por conseguinte, a parte Promovente, procurou munir-se da documentação necessária, para fazer valer seus direitos, vez que tal indenização, na hipótese de falecimento deve ser paga, conforme disciplina o art. 3.º da Lei n.º 6.194, de 19 de dezembro de 1974.

Outrossim, a Sra. Ana Cristina Felix Rodrigues era companheira do *de cujus*, convivendo maritalmente por mais de 12 (doze) anos, período do qual nasceu a filha do casal, Anne Karolyne Felix Pereira (21/01/2004) – certidão de nascimento anexo.

Dessa forma, comprova-se a união dos mesmos. Nesse sentido, é nítido que **houve, por parte deles, animus de viverem como se casados fossem**, tendo em vista que a existência da filha e o tempo prolongado caracterizam a solidez da união que foi **pública, contínua e duradoura, sempre pautada pela fidelidade, assistência material e moral mútua**, o que pode ser comprovado por meio das provas materiais, em anexo, e testemunhais.

Com efeito, não restam dúvidas quanto ao nexos causal entre o falecimento do Sr. Josimarco Alves Pereira e o acidente relatado em tela. Sendo o laudo do Tanatoscópico conclusivo no que se refere à morte do *de cujus*. Quanto ao valor da indenização devida às requerentes, *este é de R\$13.500,00*, conforme a Medida Provisória de n.º 340/06.

Ademais, cumpre mencionar que não há possibilidade de satisfazer as pendências do requerimento administrativo, visto que A PARTE AUTORA NÃO ESTÁ OBRIGADA A PLEITEAR O DIREITO DE OUTREM.

## 2. DO DIREITO

### 2.1 DA LEGITIMIDADE ATIVA AD CAUSAM

O seguro de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de vias Terrestres -



DPVAT, conhecido popularmente como SEGURO OBRIGATÓRIO, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

"*In casu*", é direito da Promovente receber uma indenização por danos pessoais sob o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), ante o falecimento da vítima. Nesse sentido, a legitimidade ativa das Promoventes na presente demanda é cristalina, por serem filha e companheira da vítima do acidente instituidor do seguro.

## **2.2 DA LEGITIMIDADE PASSIVA AD CAUSAM - O SEGURO DPVAT- CONVÊNIO DE OPERAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**

O Art. 7º. da Lei 6.194/74, determina que, em se tratando do seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo de demanda que vise o recebimento da indenização em tela.

Nesse sentido, a resolução nº 154 de 08 de dezembro de 2006, que "*alterou e consolidou as normas disciplinadoras do seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não*", é considerada como um grande avanço no âmbito dos seguros DPVAT, tendo em vista que ela criou uma seguradora líder dos consórcios, que deverá ser especializada em seguros DPVAT, nos termos do seu art. 5º, § 3º.

Assim, a seguradora Líder foi exclusivamente criada para responder pelos seguros DPVAT, em nome do consórcio, ficando responsável pelo pagamento dos prêmios, nos moldes do Art. 5º § 8º da mesma resolução.

Resta patente, Douto Julgador, a infalibilidade quanto a legitimidade da empresa promovida para responder no polo passivo da presente demanda, que pode ser corroborada pela resolução 154 dos seguros DPVAT, que é incontroversa quanto ao responsável pelo adimplemento da obrigação.

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que **qualquer seguradora que faça parte do complexo da FENASEG constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas, a SEGURADORA LÍDER DPVAT, que representa suas associadas na esfera judicial.** Senão vejamos.

**"APELAÇÃO CÍVEL - COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – LEGITIMIDADE SEGURADORA - Qualquer seguradora autorizada a operar com o DPVAT é parte legítima para responder ação que vise o recebimento de seguro obrigatório de veículo, porquanto a lei faculta ao beneficiário acionar aquela que melhor lhe aprouver, conforme Resolução 6/86, do Conselho Nacional de Seguros Privados". (TAMG - AP 0350628-9 –Uberlândia – 1ª. C. Cív. - Rel. Juiz Silas Vieira - J. 18.12.2001)**

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se superada qualquer controvérsia, de sorte que, qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.



## 2.3 DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Dispõe o art. 5º da Lei Nº. 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

**"O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado".** (Grifei).

A indenização será paga mediante a apresentação dos seguintes documentos, a saber:

**a) Comprovação do acidente e das sequelas sofridas; b) Registro da ocorrência no órgão policial competente; e c) Laudo do IML à época do acidente e/ou Laudo Complementar das Sequelas,** demonstrando a INVALIDEZ, DEBILIDADE, PERDA ou INUTILIZAÇÃO, INCAPACIDADE E/OU A DEFORMIDADE PERMANENTE.

Reforçando a ideia do citado artigo, pontifica o art. 7º, caput, da lei Nº. 6.194/74, ao estabelecer que:

**"A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído,** obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei". (Grifei).

Assim, **não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório,** bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que, a matéria já se encontra **sumulada na Corte do SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA.** Vejamos:

**"STJ. SÚMULA 257:** A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) **não é motivo para a recusa do pagamento da indenização".** (Grifei).

Diante dos documentos exigidos pela lei supra, todos juntos aos presentes autos, estes se encontram devidamente instruídos, tornando incontestado o nexos causal entre o acidente e o dano que levou a óbito o **Sr. Josimarco Alves Pereira.**

Na mesma seara, decidiu a **TURMA RECURSAL CÍVEL DO ESTADO DA PARAÍBA,** observemos:



"RECURSO - SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) -- LEGITIMIDADE DA SEGURADORA DEMANDADA - AUSÊNCIA DE RESTRIÇÃO DA LEI Nº 8.441/92 A SUA APLICAÇÃO AOS ÓBITOS OCORRIDOS ANTES DE SUA VIGÊNCIA - DESNECESSIDADE DE PROVA DO PAGAMENTO DO PRÊMIO PELOS BENEFICIÁRIOS - SENTENÇA MANTIDA RECURSO IMPROVIDO. **Todas as seguradoras consorciadas são indistintamente obrigadas ao pagamento da indenização do seguro obrigatório (DPVAT), bastando a prova da existência do fato e suas consequências danosas, observando-se a Lei n. 8.441/92, que não fez nenhuma restrição aos óbitos ocorridos antes de sua vigência, sem que se possa exigir dos beneficiários a comprovação do pagamento do prêmio**". (Relator: JUIZ ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCAO. Ano: 2001. Data Decisão: 19/12/2000. Natureza: RECURSO INOMINADO. Órgão Julgador: TURMA RECURSAL CIVEL. Procedência: CAMPINA GRANDE - 2a REGIAO. Origem: JUIZADO ESPECIAL CIVEL. Comarca: CAMPINA GRANDE). (Grifei).

Ainda, proclamou o **STJ**:

"AÇÃO INDENIZATÓRIA - PEDIDO CUMULADO COM DANOS MORAIS - POSSIBILIDADE --SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - ACIDENTE DE VEÍCULO - RECUSA AO PAGAMENTO --PROVA DO FATO - RECURSO IMPROVIDO.

**A indenização decorrente do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais (DPVAT), causados por Veículos Automotores Via Terrestre, devida à pessoa vitimada, pode ser cobrada de qualquer seguradora integrante do convênio, independente de pagamento do prêmio do seguro.** Havendo recusa injustificada à cobertura securitária, pode o prejudicado, a depender do caso concreto, pleitear a indenização na esfera judicial, cumulando-a com danos morais, ante o dissabor da recusa da seguradora em não pagar. "A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização" (Súmula 257 do STJ). (Grifamos).

É incontestável, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de não-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

## 2.4 DO QUANTUM INDENIZATÓRIO

Neste especial, a demanda não comporta maiores ilações. De acordo com a Lei n. 11.482/2007, **o valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (DPVAT), em caso morte é R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), senão vejamos:**

"Art. 8º Os arts. 3º., 4º., 5º. e 11º. da Lei no 6.194, de 19 de dezembro



de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º. desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

**I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Grifos nossos).**

Assim, estando provado e incontroverso o fato do acidente automobilístico, impõe-se a condenação da Promovida com base na Legislação já sobejamente invocada.

### 3. DO PEDIDO

Ante ao todo exposto, requer a Promovente, que V. Exa. se digne determinar:

- a) O Benefício da Justiça Gratuita, constante na Lei N.º. 1.060/50, c/c a Súmula 29 deste Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, uma vez que o Promovente não possui condições de arcar com as custas e despesas processuais, nem com os honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família;
- b) A citação da Promovida, na pessoa de seu representante legal, para, querendo, contestar, no prazo legal, a presente ação, sob pena de revelia e confissão;
- c) Que, ao final, seja a presente ação **JULGADA TOTALMENTE PROCEDENTE, com a condenação da Promovida a pagar a parte Promovente o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de INDENIZAÇÃO POR DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE**, nos termos do art. 3.º, I, da lei n.º 11.482/07, **acrescido de juros legais e correção monetária à data do evento danoso (31/05/2016)**, conforme entendimento sumulado (Súmulas 43 e 54) do Superior Tribunal de Justiça;
- d) Requer, outrossim, a produção de provas, por todos os meios em direito admitidos, depoimento pessoal do representante legal da Promovida, depoimentos de testemunhas, bem como **A INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA EM FAVOR DO PROMOVENTE**, com base no Inciso VIII, Art. 6º. da Lei N.º.: 8.078/90;
- e) Requer, por último, a condenação da Promovida, ainda em custas judiciais, despesas e honorários advocatícios, estes a razão habitual de 20%.
- f) As intimações sejam destinadas, exclusivamente, à Advogada MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA (OAB/PB 11.662-B), sob pena de nulidade.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), para efeitos fiscais.

Termos em que,  
**Pede DEFERIMENTO.**

João Pessoa/PB, 12 de Janeiro de 2018.



**MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA  
OAB-PB 11.662-B**





LACERDA SANTANA  
ADVOCACIA  
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

**OUTORGANTE:**

Anne Karolynne Felix Pereira, brasileiro, menor, RG n° 4.267.299-55 DS/PB, CPF n° 127.437.474-02, neste ato representada por sua genitora na qualidade de requerente e representante, Mora Cristina Felix Rodrigues, brasileira, viúva, doméstica, RG n° 3.345.876, CPF n° 078.926.904-09, ambas residentes na Rua Domingos Maranhão, 657, Ceu

**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 BRASILEIRO, 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, DESISTER, 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, 52, 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

Anne Karolynne Felix Pereira  
OUTORGANTE

(83) 3241.6957

Av. Dom. Pedro II, 705 - Centro - CEP 58015-400 - João Pessoa - PB  
Fone: (83) 3241-6957 - Fax: (83) 3241-6957 - E-mail: lacerda@lacersantana.com.br





AUTENTICAÇÃO  
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original  
que me foi exibido. Dou fé. (Art. 365-III do CPC).  
Conde/PB-02/02/2017.  
Selo Digital: AEP09816-2B5E  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>.

Cartório Pedro Alves  
Conde-PB

*João José Alves*





**JOBIMARCO ALVES PEREIRA**  
 RUA DOMINGOS MARANHÃO, 687 - CENTRO  
 CONCEILIA - PB CEP 58921010 (AG 1)



ENERGISA ENERGIA E TRANSMISSÃO DE ENERGIA S/A  
 Rua José de Sousa, 100 - Joo Pessoa - PB - CEP 58071-880  
 CNPJ 08.066.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0  
 Referência: Jun/2016  
 Emissão: 07/08/2016  
 Nota Fiscal / Cópia de Energia Elétrica Nº 000 207 775  
 Código para Débito Automático: 0001281703

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

Conta referente a: [Redacted] Canal de contato

Jun / 2016

Apresentação

07/08/2016

Data prevista da próxima fatura

08/07/2016

CPF/CNPJ/RAZÃO

278885488  
 Ins. Est. 16/05/15 4318 07/08/16 4571

Artes	Ativ	Constante	Consumo	Otras
1			55	95

Data	Leitura	Data	Leitura
16/05/15	4318	07/08/16	4571

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	55	0,41817	22,99
CMS			4,35
PS			0,37
COFINS			1,70
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			4,05
JUROS DE MORA 05/2016			0,51
MULTA 06/2016			1,79
PARCELAMENTO DE DÉBITOS			40,37

Máximo de Demanda (kW)

Mar18	70
Abr18	0
Mai18	0
Jun18	0
Jul18	0
Ago15	0
Set15	0
Out15	0
Nov15	0
Dez15	0
Jan16	0
Fev16	0
Mar16	0
Abr16	0
Mai16	0
Jun16	0
Jul16	0
Ago16	0
Set16	0
Out16	0
Nov16	0
Dez16	0

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
CMU	20,91	25,00	5,23
PIS	24,47	1,0000	0,37
COFINS	33,41	5,1000	1,70

Medida dos últimos meses: 75 kWh  
**14/06/2016** **R\$ 84,13**

RESERVA DE CANCELAMENTO  
**b380 6cff.ed4b d84f.f2e9 e4f1 f9fe 8ebe**

Indicadores de Qualidade

Indicador	Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Sensação	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIU MENSAL	8,00	0,00	NORMAL	Serviço de Dist. de Energia/PS	8,50	10,63
DIU TRIMESTRAL	13,74			Compra de Energia	11,13	13,73
FCI ANUAL	27,48			Serviço de Transmissão	0,87	0,80
FCI MENSAL	3,70	8,00	CONTRATADA	Encargos Setoriais	2,89	3,20
FCI TRIMESTRAL	7,47		LIMITE INFERIOR	Impostos, Cargas e Encargos	20,73	24,58
FCI ANUAL	14,95		LIMITE SUPERIOR	Dúvidas Setoriais	40,37	47,99
DMC	0,0			<b>Total</b>	<b>84,13</b>	<b>100,00</b>
DCR	12,22			Valor em E-USD (Ref. 4/2016): R\$ 0,00		



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

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

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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Demingon Maranhão
Número	657
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 2017

Assinatura do Declarante: Ana Cristina Felix Rodrigues



**2ª Via Extrato de Acordo**

ANA C.F. RODRIGUES  
RUA DOMINGOS MARANHÃO 00657  
PX IGRJ SANTANA  
58322-000

5140.8707.9605.8019 - CARTÃO C&A MC INTERNACIONAL

Data de Vencimento 03/07/2017

Valor 1.866,82



14/08/2017 - 14:03

Autenticação Mecânica

Via Loja





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:  
**ANA CRISTINA FÉLIX RODRIGUES**

MATRÍCULA:  
**0942270255 1986 1 00008 143 0005512 63**  
Livro nº 08 - A Folha nº 143 Termo nº 6512

DATA DE NASCIMENTO POR-EXTENSO DIA MÊS ANO  
Primeiro de julho de mil novecentos e oitenta e seis 01/07/1986

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO  
Canguaretama/RN

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LOCAL DE NASCIMENTO	SEXO
Passa e Fica - RN	Em Canguaretama/RN	Feminino

FILIAÇÃO  
José Rodrigues e Izabel Felix Rodrigues.

AVÓS  
Avós Paternos: Aprigio Rodrigues e Josefa Maria da Conceição.  
Avós Maternos: Luiz Félix da Silva e Julia Maria da Conceição.

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)  
 NÃO

DATA DO REGISTRO POR-EXTENSO NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO  
Dez de dezembro de mil novecentos e oitenta e seis

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Ofício Único de Passa e Fica - RN  
Oficial: Anna Bárbara Alencar de Sá e Freitas Silveira  
Rua Vereador Genival Barbosa, 81  
Centro  
Passa e Fica - RN  
(84) 987476378

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Passa e Fica - RN, 14 de junho de 2016



*Rosemary de Lima Costa de Sales*  
Assinatura da Oficial/Escrevente Autorizada

**VALOR COBRADO:**  
Emolumentos: R\$ 44,48  
FDJ:..... R\$ 11,31  
FCRCPN:..... R\$ 4,45  
TOTAL: R\$ 60,24

ARN-021205







REPÚBLICA

BRASIL

REGISTRO CIVIL  
ESTADO DE Paraíba  
COMARCA DE Paraíba  
MUNICÍPIO DE Paraíba  
DISTRITO DE Paraíba



Alanogor Grande Sampa  
Chefe do Registro Civil

**NASCIMENTO Nº 10.616**

SERTIFICO que, às fls. 102 do livro nº A-116 de Registro de Nascimentos, foi feito hoje o registro de

do(a) bebê BRUNO nascido(a) em 2004 às 19 horas e 54 minutos do mês de abril de 2004 em Paraíba - PB

do(a) pai Gasimareo Alves Pereira natural de Paraíba - PB

e da mãe Maria de Fátima Santos Figueira natural de Paraíba - PB

Sendo avô paterno Gasimareo Alves de Souza e Dona Benedita Alves de Souza  
e avô materno José Veloso Figueira e Dona Maria de Fátima dos Santos

Foi declarante Gasimareo Alves de Souza  
e serviram de testemunha Benedita Alves de Souza e Maria de Fátima dos Santos

Observações: Foto no documento em vigor - não contém rasuras

Assinado eletronicamente por: Alanogor Grande Sampa de 2004  
Chefe do Registro Civil





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Rua Presidente João Pessoa, 02  
Alfândega - PB - CEP: 50090-000  
e-mail: cartorio@registro.pb.gov.br  
Município de João Pessoa - Estado de Paraíba

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que foi apresentado. Em testemunho da verdade.

Alfândega-PB, 11/07/2016 09:41:01

Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto

CPF nº 00343831 END: RUA 2, 12 FAZENDA DO PEDREIRO, 155:000

SELO DIGITAL: ADE87347-C7HS

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

*Braga*  
Mário do Socorro X. Braga  
Tabela

## Certidão de Óbito

NOME

\* JOSIMARCO ALVES PEREIRA \*

MATRÍCULA

072249 01 55 2016 4 00108 241 0044158 76

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 40 anos
NACIONALIDADE João Pessoa, Paraíba	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 027.688.334-95, RG 2055450 SSP/PB	ESPOSER Sim

FILHO(S) 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 DE FALECIMENTO Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis, às 14h15min.	DIAS 31	MESES 05	ANOS 2016
---	------------	-------------	--------------

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

CAUSA DA MORTE  
POLITRAUMATISMO (MORTE VIOLENTA)

LOCAL DE ENTERRAMENTO NO CEMITÉRIO NOVO-CONDE-PB	DECLARANTE LUIZ ALVES SOBRINHO, RG Nº 1 297.717 SSP/PB, CPF/MF Nº 891.117.314-00, profissão COMERCIANTE, estado civil casado, residente RUA MANOEL ALVES 613, CENTRO, CONDE-PB, tio do falecido
---	---

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATENDEU AO FALECIDO  
DRA ANA FLAVIA M FRANCA, CRM 4832

OBSERVAÇÃO - AVERBOS GEN:  
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 Ofício  
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 Center,  
Func. I, CEP: 58087-000 - Telefax: (83) 3233-5603  
E-mail: cartoriomarquescosta@gmail.com

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

Selo digital AAO89310-ALPW

Consulte a autenticidade em

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

*Elieging Angela de Oliveira Silva*  
CARTÓRIO MARQUES COSTA  
11º Ofício  
Elieging Angela de O. Silva Felix  
CREVENTE



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



Nº 158577 - B



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1802011433162510000012080832>

Número do documento: 1802011433162510000012080832



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## Certidão de Óbito

NUM.:

\* JOSIMARCO ALVES PEREIRA \*

NUMERÇÃO:

072249 01 55 2016 4 00108 241 0044158 76

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL / IDADE Solteiro, 40 anos
LOCALIDADE João Pessoa, Paraíba		DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 027.688.334-95, RG 2055450 SSP/PB

LEITURAS  
Sim

IDENTIFICAÇÃO RESIDENCIAL  
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 DE OBITO	DIAS	MÊS	ANO
Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis, às 14h15min.	31	05	2016

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

CAUSA DA MORTE  
POLITRAUMATISMO (MORTE VIOLENTA)

DEPOSITAMENTO - TUMULOCRÔNICO NO CEMITÉRIO NOVO-CONDE-PB	DECLARANTE LUIZ ALVES SOBRINHO, RG Nº 1.297.717 SSP/PB, CPF/MF Nº 691.117.314-00, profissão COMERCIANTE, estado civil casado, residente RUA MANOEL ALVES 613, CENTRO, CONDE-PB, no do falecido
---	---

NOME E Nº DE REGISTRO DO MÉDICO QUE ATENDEU O FALLECIDO  
DRA ANA FLÁVIA M FRANCA, CRM 4832

OBSERVAÇÕES - AVERBAÇÕES  
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 FALLECIDO ERA PEDREIRO, SOLTEIRO, DEIXA FILHOS, NÃO DEIXA RENS 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, St. 02, Eq. Planalto Center,  
Func. 1, CEP: 53057-000 - Tavares - PB 53233-5600  
E-mail: cartorio@marquescosta@gmail.com

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

Selo digital: AA089310-ALPW  
Consulte a autenticidade em

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

*Cláudia Cristina Lima Marques*

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



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

F-10

*Sto. simão de Alth Pereira*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Esta Carteira tem validade somente no Estado da Paraíba e não serve para identificação em outros Estados, Territórios ou Municípios.

TRANSCRIÇÃO DIGITADA E COPIA EM 02/11/2018

02/10/18 : um original

CNP - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

ANTONIO ALVES PEREIRA

02768534-9

12/11/79



VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

Registro 2055450

JOSÉ MARCO ALVES PEREIRA

José Pereira da Silva  
Verônica Alves de Souza

JOÃO FERREIRA-FB.

12/11/1979

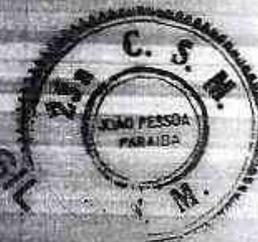
Cert. Nasc. N. 3.334. Fls. 162-S. Liv. A-4

Cert. de Cons. FB.

12/11/1979



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

Estado/Território da Paraíba

Município de João Pessoa PB

Distrito de Condi PB

CARTÓRIO "PEDRO ALVES"
Registro Civil em Alfândegas de João Pessoa PB

NASCIMENTO N.º 3.334

CERTIFICO que no dia 16 de Setembro de 1961 do Registro de Nascimento foi feita hoje a seguinte declaração: nomeado Alina Pereira

com idade de 1 ano, 10 meses e 25 dias, nascida em 12 de Novembro de 1959 às 10 horas e 30 minutos em Alfândegas de João Pessoa PB

filha de João Pereira da Silva

natural deste Estado

e de Dona Aronice Alves de Souza

natural deste Estado PB

São avós paternos João Pereira da Silva

e Dona Aronice Alves de Souza

e avós maternos João Pereira da Silva

e Dona Aronice Alves de Souza

Observações: Feito nos termos do artigo 30 e 1º do artigo 46 da Lei nº 10.161 de 31 de 11 de 1943

em conformidade com as assinaturas.

O referido é verdade e dou fé.

Condi PB de Janeiro de 1961
Assinatura: Maria Luciene de Lacerda Santana



I	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fato <input type="checkbox"/> Morte Fetal	2) Data do óbito 13.10.2016	3) Cartão SUS	4) Naturalidade J Pessoa PB
	5) Nome do Falecido Joaquim Alves Pereira	6) Nome do Pai João Pereira da Silva	7) Nome da Mãe Viviane Alves de Souza	8) Data de nascimento 13.11.1975
	9) Idade Anos completos: 41 Meses de 1 ano: 0 Dias: 0 Horas: 0 Minutos: 0	10) Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	11) Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela	12) Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo
II	13) Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	14) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Rua Augusto Maranhão	16) CEP
	17) Bairro/Distrito Centro	18) Município de residência Londrina	19) UF PR	20) UF
	21) Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Alameda <input type="checkbox"/> Indígena	22) Estabelecimento Trauma	23) CEP	24) UF
III	25) Baixo/Distrito São Bonifácio	26) Município de ocorrência J Pessoa	27) UF	28) UF
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	29) Idade (anos) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	30) Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	31) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)	32) CEP
IV	34) Número de filhos vivos Masculinos: <input type="checkbox"/> 0 Femininos: <input type="checkbox"/> 0	35) Nº de semanas de gestação Parciais: <input type="checkbox"/> 0 Abortos: <input type="checkbox"/> 0	36) Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Gêmeos <input type="checkbox"/> Tripla e mais	37) Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Quirúrgico
	38) Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorada	39) Peso ao nascer Gramas	40) Número da Declaração de Nascimento	41) UF
	OBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			
V	42) A morte ocorreu: <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No puerpério <input type="checkbox"/> No período de 42 dias após o término da gestação	43) Assistência médica <input type="checkbox"/> Não recebeu <input type="checkbox"/> Recebeu	44) Diagnóstico confirmado por: <input type="checkbox"/> Necropsia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	45) Causa da morte Doença ou estado inicial com causal diretamente a morte: Doença antecedente: Outras condições agravadas que contribuíram para a morte, e que não entraram na etiologia básica.
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
	a) Devido ou como consequência de: b) Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:			
VI	46) Nome do Médico Ana Francisca F. Machado	47) CRM 4832	48) Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IMC	49) Município e UF do SVO ou IMC J. Pessoa - PR
	50) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	51) Data do atestado 01/06/2016	52) Assinatura Ana Francisca F. Machado	53) UF
	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)			
VII	54) Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros	55) Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	56) Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial <input type="checkbox"/> Resposta <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outros	57) UF
	58) Descrição sumária do evento Gravidez de acidente automobilístico			
	59) Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Rua Augusto Maranhão			
VIII	60) Cartório J. Pessoa	61) Código 9000	62) Registro 44158	63) Data 01/06/2016
	64) Município J. Pessoa	65) UF PR	66) UF	67) UF
	68) Declarante Márcia Regina Schunke			
IX	69) Testemunhas			
	A) _____			
	B) _____			







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 defensa? 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: Reto Curva Vertical: Não Existe Super elevação: 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.dprf.gov.br>

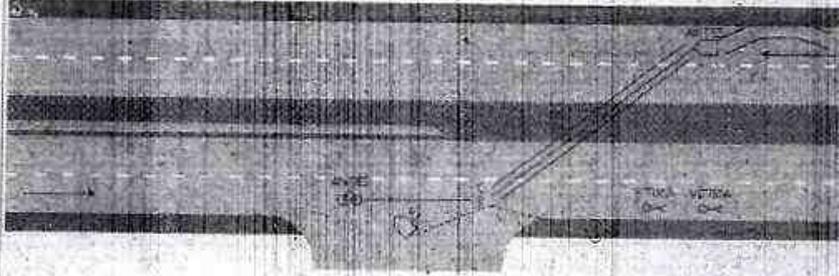
DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25  
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1eaacd4





PROMI

Local Parcialmente Desfeito



- LEGENDA:**
- Automóvel
  - Veículo Trator
  - Pedestre
  - Ponto B
  - Ponto P
  - Ponto C
  - Ônibus
  - Animal
  - Carga
  - Carinhão
  - Tombamento
  - Incêndio
  - Local de colisão
  - Marcha à ré
  - Placa de Trânsito
  - Trem
  - Conjugado
  - Objeto Fixo
  - Ponto A'
  - Ponto A
  - Antes da Colisão
  - Marca de Freagem
  - Veículo Ausente
  - Rebouque/Semi-rebouque
  - Triângulo de Amarração
  - Veículo de 2 ou 3 rodas
  - Marcha à frente
  - Patinação ou Derrapagem
  - Depois da Colisão

← JOÃO PESSOA - PB

ALHAÉDRA - PB →

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 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 CD4X1 SUV, placas GGC-1294, supostamente conduzido pelo Sr. ANTONIO SANTINO DA SILVA, CPF nº 447.362.384-20 (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/faixas perdeu o controle do veículo atravessando a faixa da esquerda, subiu o canteiro central, adentrou a pista em sentido contrário, após contínuo veio a colidir frontalmente com uma motocicleta que seguia o fluxo normal da via. Este veículo tratase de V2: HONDA/NXR 150 BROS de placas MNL-5611, sendo conduzido pelo Sr. GENILDO JOSÉ 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 027.688.334-95. 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 028.274.554-60 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 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 preceituar em seu art. 26 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: 28/06/2016 13:18:25  
 NÚMERO DE CONTROLE: 092c3b83f15aacc4





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-1284 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 8AJFY29G1D8531342 Renavam: 00535054637  
Marca/Modelo: TOYOTA HILUX CD4X4 Cor: PRATA Ano: 2013 Tipo: Caminhonete Emplacamento: BAYEUX/PB  
Ocupantes: 2 Espécie: Especial Categoria: Particular  
Proprietário: JOSELIA 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: 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 910.190.604-68  
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Descrição do Encaminhamento: REBOQUE SÃO JOSÉ, PREPOSTO HENRIQUE JUNIOR NASCIMENTO DE ALMEIDA, CPF 047.542.284-88.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: MNL-5611 Sequencial: V2 Descrição: Chassi: 9CZKD03208R010822 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: 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: 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 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 ENVOLVIMENTO EM ACIDENTE.

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25  
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1aaacd4

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 10





**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/DGC-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 32221580 Celular: (83) 987257981 CEP: -  
 Grau de Instrução: Não Informado  
 Naturalidade: ALAGOA GRANDE/PB Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: -  
 CPF: 447.362.884-20 Documento de Identificação: 1193258 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 JOSÉ 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° 604  
 Município/UF: CONDE/PB Telefones: - Celular: (53) 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: 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: 83918404838/PB Primeira Habilitação: 20/08/2006  
 Validade CNH: 04/12/2018 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: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro  
 Descrição do: EQUIPE SAMU PLACAS OGD-7269

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25  
 NÚMERO DE CONTROLE: 092c3b83f1aaac04

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"





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

OCORRÊNCIA: 8346946  
Comunicação: C201831  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrad

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido:  Passageiro  Veículo/VI: OGG-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 901 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  Sim  
Transcrição da Declaração:

Pertences:

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 PERMANECU NO LOCAL DA OCORRÊNCIA.

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25  
NÚMERO DE CONTROLE: 692c3b83f1aaac04

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 10





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:	JOSE 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:	027.688.034-95	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: 28/06/2016-13:18:25  
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

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

Veículo: V1 / 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	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			
								<b>Total de pontos "SIM" + "NA":</b>	<b>3</b>		

ITENS NÃO PONTUAVEIS

Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
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	Ródas/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 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

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.dpif.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:18:25  
 NÚMERO DE CONTROLE: dB2c3b83f1aaacd4





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/Matricula 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 chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, cores, 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 mesas 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 Monta: 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 Monta: 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 Monta: quando diversos são assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório 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

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: 28/06/2016 13:18:25  
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

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

Veículo: V1 / I TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

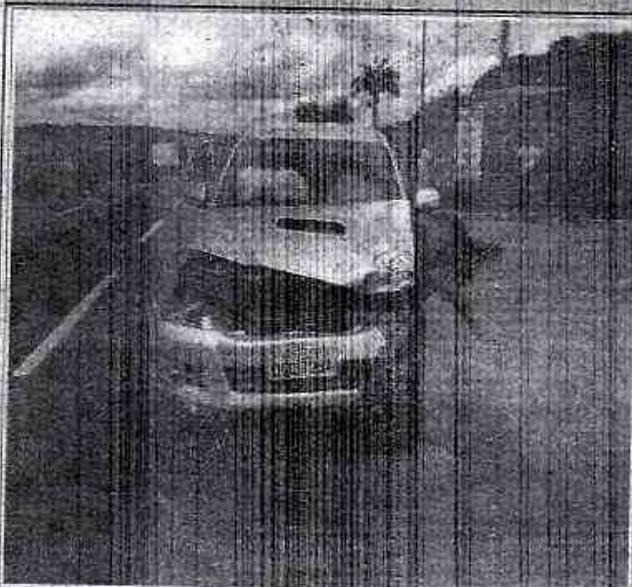
Placa: OGC-1294

Nome do Agente/Assinatura: JOBSON ARAUJO DAS NEVES

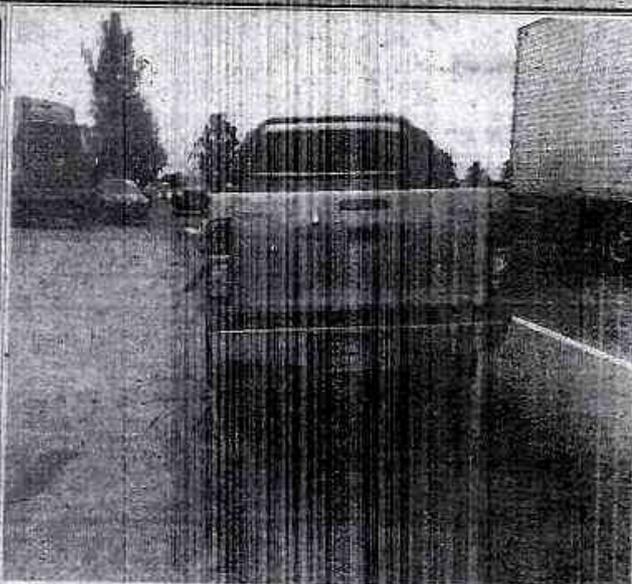
Nº BOAT: 83469460

Registro/Matrícula do Agente: 2239927

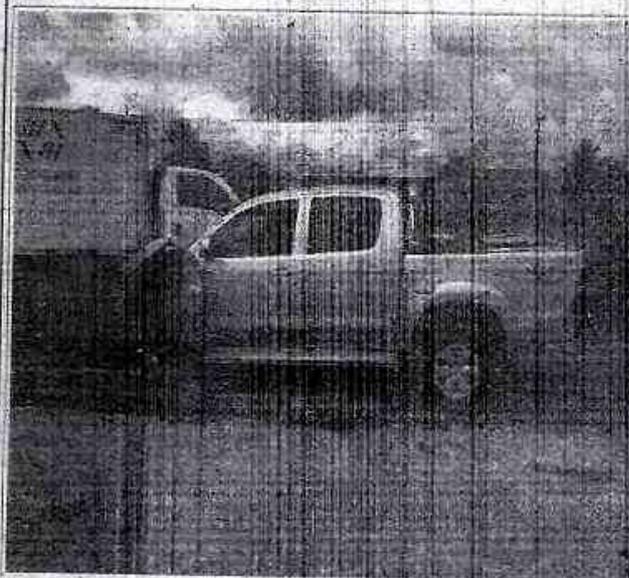
Data: 31/05/2016 11:20



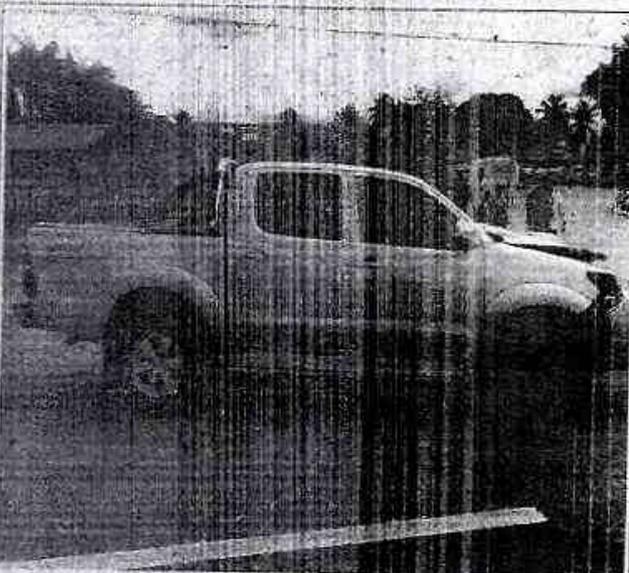
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/06/2016 13:16:25

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1aaac34

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 9 de 10





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 ASSEMBLADOS

Veículo: V2 / HONDA/NXR 150 BROS CARGO

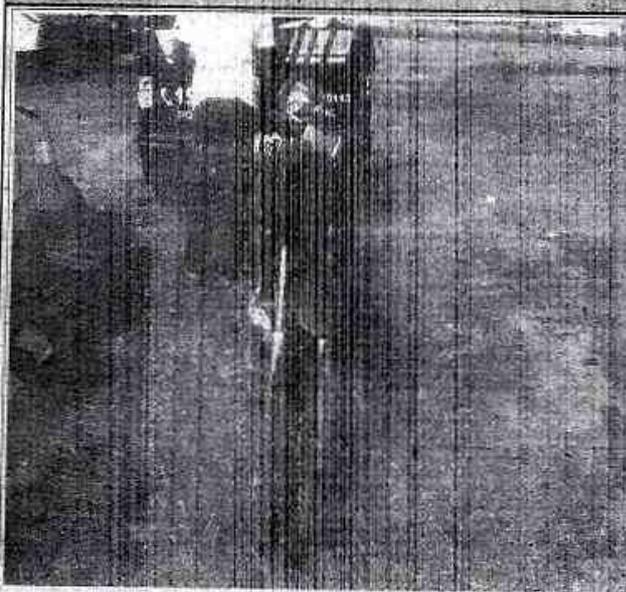
Placa: MNL-5611

Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES

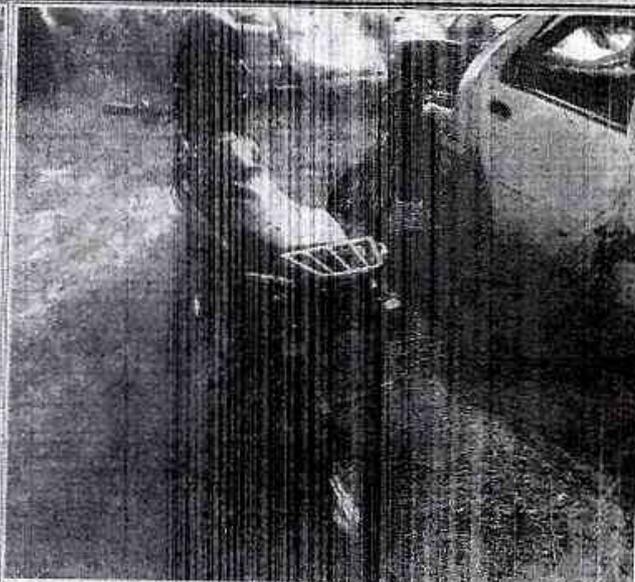
Nº BOAT: 83469460

Registro/Matrícula do Agente: 2239927

Data: 31/05/2016 11:20



Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1szcc4

\* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 10 de 10



Assinado eletronicamente por: maria lucideide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1802011433306800000012080837>  
Número do documento: 1802011433306800000012080837

Num. 12358465 - Pág. 10



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



## 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

### 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 - RBHEET/PA  
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







# Guia de Remoção de Cadáveres

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

### 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 CASO / MORTO ( ) Ignorado

### 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: COMA, GLAUCOMA 3

Lesões apresentadas em regiões do corpo: lesões em esterno e costelas  
fratura orbitária, fratura da mandíbula, fratura de tíbia  
fratura de fêmur, fratura de rádio e ulna, fratura de pé  
 Projétil foi retirado durante o ato cirúrgico ( ) Sim ( ) Não

Síntese da história clínica: paciente trazido pelo SAMU com queimaduras  
traumáticas, entorpecido, glaucoma 3, fraturas  
múltiplas (tórax, braço e/ou membros de cabeça, região  
semelhante a múltiplas, papéis individuais, etc  
Atendimento realizado no hospital: \_\_\_\_\_

(  ) Clínico. Medicação utilizada: Adrenalina

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

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

Exames complementares de relevância: Rx de tórax, cabeça, fêmur,  
de e pé

Hipóteses Diagnósticas formuladas: TCE grave, fraturas múltiplas  
face, membros, costelas

Outras informações que julgar necessário: paciente teve parada cardíaca. repi

Exames complementares de relevância: batotomia durante reperfusão de sangue  
com pleurotomias subcutâneas e at  
maiores áreas de ressecção sem reporte

João Pessoa 31/05/2018

Nome: \_\_\_\_\_ CRM-PB: **Gilvando Carneiro Leal**  
Cirurgia Geral - CRM 2489







Primeiro Atendimento M

180008428475  
PACIENTE NÃO IDENTIFICADO (NASC)  
DT. NASC: 01/01/1978  
MAR:  
END: DOMINGOS MARRAHO  
N. 847 - CENTRO  
CONDE  
FORMA:  
CELULAR: (03) 998615980  
IDADE: 48  
DT. ENTRADA:



IMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

IME DO PACIENTE:

IDADE:

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente de motocicleta (carro/moto), com trauma de tórax, trauma de cabeça e abdome, fratura de HTE. Gerenciado pelo SAMU em + 25 minutos da chegada ao hospital (diagnóstico 151)

AME PRIMÁRIO

VIAS  Pêrvias ( ) Obstruídas  
IAÉREAS  Pêrvias ( ) 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- RUIDOS

( ) sim ( ) Não  
HTD: Roncos Sibilos Estertores  
HTE: Roncos Sibilos Estertores

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

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:  Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica... ( ) Pletórica ( ) Ictérica  
TEMPERATURA DA PELE ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria  
PULSO ( ) Normal ( ) Aumentado ( ) Fino ( ) Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente  
BULHAS ( ) Normatonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Hipofonéticas ( ) Ausente  
SOPRO ( ) Presente ( ) Ausente  
BE OU B4  Sim ( ) Não  
FC: \_\_\_\_\_ bmp PA: 80/48 mmHg T: \_\_\_\_\_ °C  
ECG: \_\_\_\_\_

ABDOMEN:

Delimitado Superficialmente plano, flexível

DÉFICIT NEUROLÓGICO

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

Escala de Glasgow: 3 (diagnóstico 3)

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhum	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1

IL:

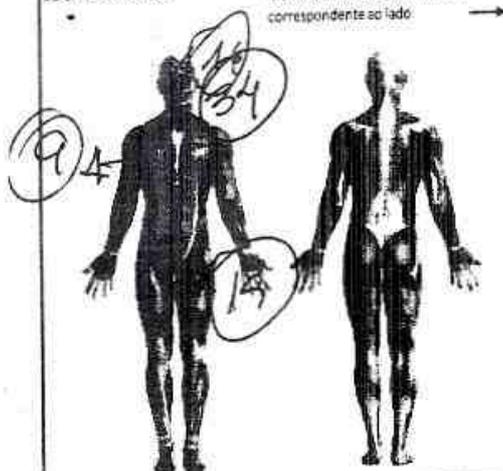
F(NG).CC.001-1



**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 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efüema 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%)  1º grau  2º grau  3º grau

EXAMES SOLICITADOS

<input checked="" type="checkbox"/> Radiografias	<input type="checkbox"/> Lavado peritonial
<input checked="" type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST)	<input type="checkbox"/> Gasometria arterial
<input checked="" type="checkbox"/> Tomografia computadorizada	<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	CONDUZAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<i>1º atendimento</i>		
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da *Neurologia* às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_  
 Solicito parecer da *Neurologia* às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE  Centro cirúrgico  Transferência (unidade de saúde) *Torácico*

DATA DA SAÍDA *31/05/16*

HORAS: *14:15h*  Noite  Até 48 hs.  Após 48 hs.  A pedido  A reavalia  Desistência

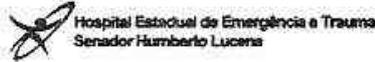
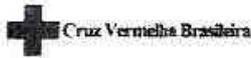
ASSINATURA/CARIMBO

*Gilmarino Carneiro Leal*  
 Cirurgião Geral - CRM 2489  
 ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



RESULTADO DE EXAMES

http://www.tjpb.jus.br



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

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

CATEGORIA: HEMATOLOGIA  
hb + ht - QUANTIDADE: 1

(MATERIAL: SANGUE - METODO: IXX)

Exame	Resultado	Valor(es) Referência(s)
<b>HEMATOCRITO DETERMINACAO</b>		
HEMATOCRITO DETERMINACAO	33.02 %	35% a 47% %
<b>HEMOGLOBINA</b>		
HEMOGLOBINA	11.0 g/dl	12.0 a 15.0 g/dl g/dl

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

*lg: SDh*

*Elo*  
CRM: 4942

31/05/2016 12:45





# AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

END.: DOMINGOS MARANHÃO  
N. 847 - CENTRO  
CONDE  
FONE: ( )  
CELULAR: (81) 908615900  
IDADE: 48  
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  Esmagamento  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: / /

TENSÃO ARTERIAL: 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 pérvias  
 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  
 Fadidez  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  Hematuria  Oligúria  Poliúria  SVD  Outros:  
 Hipertensão  Diabetes  Câncer  Alergias  Cirurgias  
 Interações  Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?  Sim  Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?  Sim  Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:  
*Paciente veio pelo SAMU, sábado, TCC grave, fratura de fêmur e do tornozelo e de pé; realizou cateterismo vesical de urgência e cirurgia. Des-entroudo em PR. Realizado protocolo de RCP, porém sem sucesso;*

DESTINO: ENFERMEIRO: *Joseane de S. Silva* COREN: *12287220*





# EVOLUÇÃO DO PACIENTE



1000004282732 BE: 829871  
 PACIENTE NÃO IDENTIFICADO (PARCO)  
 DT. NASC.: 01/01/1978  
 MÃE:

SND.: DOMINGOS MARANHÃO  
 N. 647 - CENTRO  
 CONDE  
 FONE: ( )  
 CELULAR: (03) 99991999  
 IDADE: 48  
 DT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
31/05/18	14:18	# CURA GID TORÁCICA
05/06/18		VENHO AVALIAR PACIENTE - CHAMADO TELEFÔNICO ÀS 14:03 - O PACIENTE VÊ TENDAS DE POLÍTRONA ACIDENTE CARRÃO X MOTO. AO CHEGAR, PEGOU SEU MOTO ENTÃO EM PRADA CARROÇA SEMOS SE LESSADO CICLO DE 60MIN. NO LIXO.
		A TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, OBSERVA PNEUMOTÓRAX DA DIREITA, SEM OBSERVAÇÃO DE MEGALISTIA RUGA AUMENTADA REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA.
		Daniel Pires Pessoa Cirurgião Torácico CRM-PB 7445
31/05/18	14:25	#BMF# Paciente apresentando TCE grave, sem condições de colocação BMF
		Rômulo Rangel Travençolo Cirurgião Bucal Maxilo Facial Implante Dentário CRM-PB 1062
31/05/18	15:30	Serviço Social Estamos aguardando o preenchimento da requisição de exame cadastral familiar aguarda no acolhimento familiar.

FING.FNE.018-1





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

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA 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  
Isadoro  
Mat. 168574  
20 09 16

**LAUDO TANATOSCÓPICO**  
Secção de Odontologia

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.

**D Dentes Permanentes E**

**D Dentes Decíduos E**

**Códigos**

- - Restauração
- O - Cárie
- X - Extração
- RR - Resto radicular
- Λ - Ausente
- H - Hígido

Jr. Pedro Aurélio de Lacerda  
Perito Odonto - Legista  
Matr. 70.721-0  
CRO 286-PB





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

07/16  
Assinado eletronicamente por: Maria Luciene de Lacerda Santana

## 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 compleição 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, ± 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.

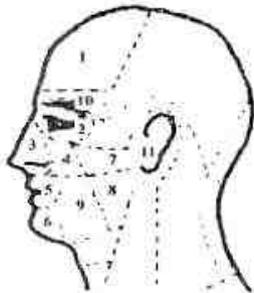
### II - INSPEÇÃO INTERNA:

**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 músculos-cutâneos da parede tóraco abdominal. Removido o plastrão

*Maria*

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  
Mat. 070.721-0 CRO 886/PB

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

Isadora D. Perafim 20 07 16  
Mat. 168574-1  
ASSINADO CARIMBO DE FISCALIZAÇÃO





**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS**

Declaro(amos), 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			
2. ANNE KAROLINE FELIX PEREIRA			
3. GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA			
4.			
5.			

(\*) 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 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.

_____	<u>ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES</u>
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
_____	_____
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
_____	_____
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
_____	_____
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
_____	_____
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

**DADOS DAS TESTEMUNHAS**

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
<u>Maria Lucineide de Lacerda Santana</u>	<u>838933</u>	<u>335389604</u>	<u>Maria Lucineide de Lacerda Santana</u>
<u>Carolina Rodrigues de Oliveira</u>	<u>95244442</u>	<u>069351354-57</u>	<u>Carolina Rodrigues de Oliveira</u>

**(\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter **ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS**, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) Caso o herdeiro legal possua **entre 16ANOS (INCOMPLETOS) 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 (1).







**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS**

Declaro(amos), 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	3345.876	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

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

x Ana Cristina Felix Rodrigues  
ASSINATURA DO DECLARANTE

JOÃO PESSOA  
LOCAL E DATA

X Ana Cristina Felix Rodrigues  
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

	NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1	ANA CRISTINA F. RODRIGUES	3.345.876	078.926.904-09	<u>Ana Cristina Felix R.</u>
2				

**2 DADOS DAS TESTEMUNHAS**

	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1	<u>Bonnelita Rodrigues de Oliveira</u>	<u>2.952.444</u>	<u>069.854.754-97</u>	<u>Bonnelita R. de Oliveira</u>
2	<u>Mª Beneditina Silva de Oliveira</u>	<u>338.933</u>	<u>335.111.004-72</u>	<u>Beneditina S. de Oliveira</u>

**(\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:**

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) 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 (1).





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

- Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL <b>3170317065</b>	CPF da Vítima <b>027.688.334-95</b>	Nome completo da vítima <b>JOSIMARCO ALVES PEREIRA</b>
--	--	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES</b>		CPF titular da conta <b>078926904-09</b>	Profissão <b>DESEMPREGADA</b>
Endereço <b>R. DOMINGOS MARANHÃO</b>		Número <b>657</b>	Complemento
Bairro <b>CENTRO</b>	Cidade <b>CONDE</b>	Estado <b>PB</b>	CEP <b>58322000</b>
Email			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- RECUSO INFORMAR     
  SEM RENDA     
  ATÉ R\$ 1.000,00     
  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00     
  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00     
  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00     
  ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237)   
  BANCO DO BRASIL (001)   
  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	DIV. <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>	DIV. <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome <input type="text"/>		NRO. <input type="text"/>	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	DIV. <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>	DIV. <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

x *Ana Cristina Felix Rodrigues*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001.V001/2017





(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização



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

### **SINISTRO 3170317065 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** JOSIMARCO ALVES PEREIRA

**COBERTURA** Morte

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

**CPF/CNPJ:** 07892690409

**Posição em 09-10-2017 13:09:13**

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser

09/10/2017 13:08



entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA
<input checked="" type="checkbox"/> Autorização de pagamento <input checked="" type="checkbox"/> No da Conta	Representante	Não Conforme	ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES ✓
Comprovante de residência <i>↳ em nome da representante</i>	Beneficiário	Pendente	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Declaração Circular SUSEP 445/12 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Assinar	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Procuração	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

## SINISTRO 3170317065 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSIMARCO ALVES PEREIRA

**COBERTURA** Morte

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA

**CPF/CNPJ:** 12773747402

**Posição em 09-10-2017 13:09:13**

09/10/2017 13:08



A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA
Autorização de pagamento	Representante	Não Conforme	ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES
Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Procuração	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

## ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)



## COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-

09/10/2017 13:08





(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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

### SINISTRO 3170317065 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSIMARCO ALVES PEREIRA

COBERTURA Morte

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

CPF/CNPJ: 07892690409

Posição em 28-12-2017 16:41:27

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA
Autorização de pagamento	Representante	Não Conforme	ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES
Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Procuração	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

### SINISTRO 3170317065 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSIMARCO ALVES PEREIRA

COBERTURA Morte

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA

CPF/CNPJ: 12773747402

Posição em 28-12-2017 16:41:28

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e

v.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=07892690409&sinistroConsultaPed... 1/2



entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA
Autorização de pagamento	Representante	Não Conforme	ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES
Comprovante de residência	Beneficiário	Pendente	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Declaração Circular SUSEP 445/12	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN
Procuração	Beneficiário	Não Conforme	RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

#### ACESSIBILIDADE

 (/Pages/Acessibilidade.aspx)  (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

#### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)  
 Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)  
 Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)  
 Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

#### PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)  
 Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)  
 Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

#### ASSINE NOSSA NEWSLETTER

Nome

E-mail

AC  Cidade



(<https://novosite.seguradoralider.com.br>)



Vistos, etc.  
Defiro o pedido de justiça gratuita.  
Cite-se com as cautelas legais.  
Diligências necessárias.  
Cumpra-se.  
DATADO E ASSINADO



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
COMARCA DE CONDE  
Juízo do(a) Vara Única de Conde  
Rua Projetada, S/N, Centro, CONDE - PB - CEP: 58322-000  
Tel.: ( ) ; e-mail:  
Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.1.00

### EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0800055-32.2018.8.15.0441  
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]

AUTOR: A. K. F. P.  
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

### MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem da MM Juíza LESSANDRA NARA TORRES SILVA, Juíza de Direito da Vara Única do Conde-PB, na forma da Lei, etc, através da presente, CITO, o(a) nacional abaixo qualificado (a), para os termos presente desta ação, podendo oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias.

Se o réu não contestar a ação no prazo legal, reputar-se-ão como verdadeiros os fatos afirmados na petição inicial (art. 344, CPC).

Segue, em anexo, despacho judicial e petição inicial.

#### Prazo: 15 dias

De ordem do(a) MM Juiz(a) de Direito, ficam a(s) parte(s) e seu(s) advogado(s) ADVERTIDOS que a presente intimação foi encaminhada, **via sistema**, exclusivamente ao(s) advogado(s) que se encontrava(m), no momento da expedição, devidamente cadastrado(s) e validado(s) no PJe/TJPB, conforme disposto na Lei Federal nº 11.419/2006. **Observação:** A eventual ausência de credenciamento resulta na intimação automática apenas do(s) advogado(s) habilitado(s) que esteja(m) devidamente cadastrado(s) e validado(s) no sistema PJe do TJPB, uma vez que a prática de atos processuais em geral por meio eletrônico somente é admitida mediante uso de assinatura eletrônica, sendo, portanto, obrigatório o credenciamento prévio no Poder Judiciário, conforme arts. 2º, 5º e 9º da Lei 11.419/2006 c/c art. 7º da Resolução 185/2013/CNJ.

CONDE-PB, em 15 de abril de 2020

De ordem, BRUNO ALLEX MALHEIROS COSTA  
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 1802011434443760000012080810

