



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
12358437	01/02/2018 14:38	Petição Inicial	Petição Inicial
12358449	01/02/2018 14:38	documento1	Documento de Identificação
12358460	01/02/2018 14:38	documento2	Documento de Comprovação
12358465	01/02/2018 14:38	documento3	Documento de Comprovação
12358475	01/02/2018 14:38	documento4	Documento de Comprovação
12358477	01/02/2018 14:38	documento5	Documento de Comprovação
12358487	01/02/2018 14:38	documento6	Documento de Comprovação
16668692	21/09/2018 08:57	Despacho	Despacho
29869652	15/04/2020 10:48	Expediente	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 nº. 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 consócios, 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 consócio, 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 nexo 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 vítima, 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 inconteste, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-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°. 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°. 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 Félix Pereira, brasileiro, menor, RG n° 4.267.299 SSP/SP, CPF n° 127.437.474-02, neste ato representada por sua genitora na qualidade de requerente e representante, Mora Cristina Félix Rodrigues, brasileira, viúva, doméstica, RG n° 3.345.876, CPF n° 048.926.904-09, 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.

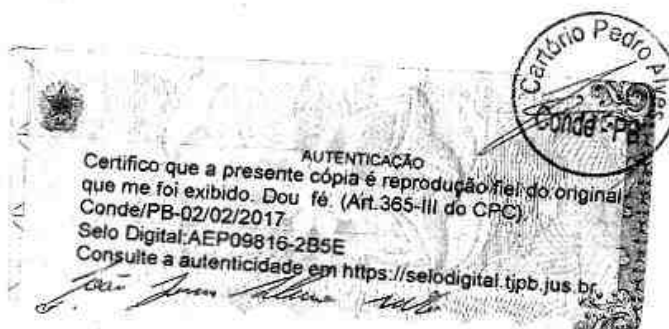
João Pessoa 31 de julho de 2017

Anne Karolynne Félix Pereira
OUTORGANTE

(83) 3241.6957

Av. Dom. Pedro II, 705 - Centro - CEP 58015-400 - João Pessoa - PB
Fone: 3241-6957 - 3241-6958 - 3241-6959 - 3241-6960 - 3241-6961 - 3241-6962 - 3241-6963 - 3241-6964 - 3241-6965 - 3241-6966 - 3241-6967 - 3241-6968 - 3241-6969 - 3241-6970 - 3241-6971 - 3241-6972 - 3241-6973 - 3241-6974 - 3241-6975 - 3241-6976 - 3241-6977 - 3241-6978 - 3241-6979 - 3241-6980 - 3241-6981 - 3241-6982 - 3241-6983 - 3241-6984 - 3241-6985 - 3241-6986 - 3241-6987 - 3241-6988 - 3241-6989 - 3241-6990 - 3241-6991 - 3241-6992 - 3241-6993 - 3241-6994 - 3241-6995 - 3241-6996 - 3241-6997 - 3241-6998 - 3241-6999 - 3241-7000







JOBIMARCO ALVES PEREIRA
RUA DOMINGOS MARANHÃO, 687 - CENTRO
CONDE / PB CEP 58920-010 (AG 1)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDÊNCIA MONOFÁSICO
Rota: 3-21-405-320
Número do cliente: 0000128115

Referência: Jun / 2016
Emissão: 07/06/2016

ENERGISA
ENERGISA PARÁRISTAS TRANSMISSORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.066.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal / Contrato de Energia Elétrica Nº 000.207.775
Código para Débito Automático: 00012811703

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

Conta referente a

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

07/06/2016

Data prevista da
próxima fatura

08/07/2016

CPF/CNPJ/RAI

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Otras
278855498				
Inst. Est.	06/05/15	4318	07/06/16	4571
				55
				92

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 COMUNITÁRIA			8,05
JUROS DE MORA 05/2016			0,51
MULTA 06/2016			1,19
PARCELAMENTO DE DÉBITOS			40,37

Medição de Demanda
(kW)

Maio/16 70
Abril/16 11
Março/16 11
Fevereiro/16 11
Janeiro/16 11
Dezembro/15 11
Novembro/15 11
Outubro/15 11
Setembro/15 11
Ago/15 11
Julho/15 11
Junho/15 11

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	20,91	25,00	5,23
PIS	22,41	1,1088	0,37
COFINS	33,41	5,1010	1,70

14/06/2016

R\$ 84,13

b380.6cff.ed4b.d84f.f2e9.e4f1.f9fe.8ebe

Indicadores de Qualidade

	Limite da ANEEL	Apurado	Limite da Demanda	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	8,90	0,00	NOMINAL	Serviço de Dist. da Energia/PS	8,90	10,00
DIG TRIMESTRAL	13,34			Compra de Energia	11,13	13,23
DIG ANUAL	27,48			Serviço de Transmissão	0,87	0,80
FIG MENSAL	3,70	8,30	CONTRATADA	Encargos Setoriais	2,89	3,20
FIG TRIMESTRAL	7,47		287	Impostos Diretos e Encargos	20,77	24,58
FIG ANUAL	14,93		231	Outros Serviços	40,37	47,99
DMC	5,07					
DCR	12,22					
Total					84,13	100,00

Valor em R\$ (Ref. 4/2016) R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:49

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114330332000000012080821

Número do documento: 18020114330332000000012080821

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

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

CPF nº 078.926.954-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Domingos 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 2014

Assinatura do Declarante: Ana Cristina Felix Rodrigues



2ª Via Extrato de Acordo

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

00657

5140.8707.9606.8019 - 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

Passa e Fica-RN

LOCAL DE NASCIMENTO

Em Canguaretama/RN

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

Jose 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

Dez de dezembro de mil novecentos e oitenta e seis

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Ofício Único de Passa e Fica - RN
Oficial: Anna Bárbara Alencar de Sá e Freitas Silveira
Rua Vereador Genival Barbosa, 61
Centro
Passa e Fica - RN
(64) 967476378

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

DATA: 2 DE



ARN-021205



you also are obliged to use them, to prevent accidents and avoid professional diseases.

Show to your new companion the dangers that surround work.

Each accident is a lesson that must be appreciated, to avoid greater disasters.

Every accident has a cause that is necessary to be researched, to avoid its repetition.

If you are injured, get the medical aid immediately. Do not let the "understandings" and "curiosities" interfere with the aggravation of your injury.

If you are not an electrician, do not go to do electrical services.

Get the medical aid immediately, if you are a victim of an accident, tomorrow will be too late.

The machines do not respect anyone; but you must respect them.

Attend the recommendations of the Members of the CIPA and of the masters and chiefs.

Know always the rules of safety of the section where you work.

Conversation and discussion at work predispose to accidents by distraction.

Read and reflect always on the teachings contained in the cards and notices about prevention of accidents.

The ties, pulswires, suspenders and gloves must not be made part of your uniform at work.

Keep always the guard protectors of the machines in their proper places.

Repair a machine when you have the time to fix it or lubricate it.

Habituate yourself to work protected against accidents. Use equipments of protection adequate to your service.

Know the use of the extinguishers and other devices for fighting fire existing in your work place. You may need to use them some day.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 64681 Série 00030

Assinatura do Portador



Assinatura do Portador

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Maria Lucineide de Lacerda Santana
Loc. Nasc. Caruaru, Pernambuco
Est. PE
Data Nasc. 11/07/1956
Filiação Alvaro de Lacerda Santana e Maria da Glória de Lacerda Santana
Doc. Nº 5.112.123-456789-1

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 10/01/2005 Doc. Ident. Nº 123456789
Exp. em 10/01/2010 Estado PE
Obs.:
Data Emissão 10/01/2005 DRT 123456789-100
Assinatura do Funcionário
Maria de Fátima de S. Gonçalves
Mat. 49.592-1

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.



Registrado em / / como sob
Nº Liv. Fls. Data
DRT Ass. do Funcionário

[illegible]

CARTEIRAS ANTERIORES

[illegible]

Empregador

CNPJ/ME

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD N°

Empregador

CNPJ/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo CBO n°

Data admissão de de

Registro n° Fis./Ficha

Remuneração especificada

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

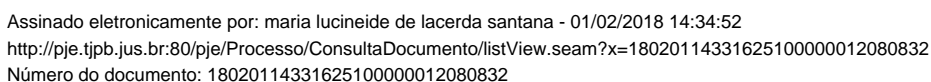
1° 2°

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1° 2°

Com. Dispensa CD N°



15-11-57

ESTADO DE
COMARCA DE
MUNICÍPIO DE
DISTRITO DE

Ilana de Souza

NASCIMENTO Nº 10.636

CERTIFICADO que, às fls. 102 do livro n.º 1-11 de Registro de Nascimentos, foi feito a seguinte declaração de nascimento de Gabriele Figueira, filha de João e de Dona Maria de Fátima Santos Figueira, nascida aos 20 de abril de 1954, às 19 horas, em Itapetininga, Estado de São Paulo, do sexo feminino, filho de Gasimareo Alves Pereira, natural de Itapetininga, Estado de São Paulo.

Sendo avós paternos: José Raimundo da Silva.
e Dona Geromina Alves de Souza.
e avós maternos: José Veloso Vilqueira.
e Dona Maria de Fátima dos Santos.
Foi declarante: O genitor,
"serviram de testemunha: Simeão Lucas Maranhão Ribeiro
e Glória de Oliveira Silva.
Observações: Feito no termo da 1ª em vigor.
Das centim. e assinaturas.

Q ref: 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948,

Estado de Mato Grosso do Sul
Município de Ponta Grossa





VELTON BRAGA
CARTÓRIO REGISTRAL

Rua Presidente João Pessoa, 02
Jardim - PB - CEP: 55020-000
e-mail: cartorio@registro.pb.gov.br
Maria da Glória Braga - Velton Braga
Técnicos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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

João Pessoa-PB, 11/07/2016 09:41:01

Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto

(2016-003438) EMB-PR 2.12 FALCIDO O, P. 155:85

SELO DIGITAL: ADE87347-C7HS

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

Maria da Glória X. Braga
Tabela

Certidão de Óbito

NOME:

*** JOSIMARCO ALVES PEREIRA ***

MATRICULA

072249 01 55 2016 4 00108 241 0044158 76

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 40 anos
NATURALIDADE João Pessoa, Paraíba	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 027.688.334-95, RG 2055450 SSP/PB	DECLARANTE 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 FALLECIMENTO Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis, às 14h15min.		
LOCAL DE FALLECIMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA, VINDO DO IML, NESTA CAPITAL, CONFORME D O DE Nº24492857-6		
CAUSA DA MORTE POLITRAUMATISMO (MORTE VIOLENTA)		
LUGAR DE ENTERRAMENTO 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, tio do falecido
NOME E Nº DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATENDEU O FALLECIDO 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 FALLECIDO 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) 3233-5600
E-mail: cartoriomarcoscosta@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=18020114331625100000012080832>

Número do documento: 18020114331625100000012080832



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Certidão de Óbito

NUM.

* JOSIMARCO ALVES PEREIRA *

MINISTÉRIO

072249 01 55 2016 4 00108 241 0044158 76

SEXO Masculino	COR Parda	IDADE Solteiro, 40 anos
LOCALIDADE João Pessoa, Paraíba		DOCUMENTOS CPF/MF Nº 027.688.334-95, RG 2055450 SSP/PB
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filho de JOSÉ PEREIRA DA SILVA e de VERONICE ALVES DE SOUZA. Residência do falecido RUA DOMINGOS MARANHÃO nº 577, CENTRO, Conde, Paraíba		
DATA E HORA DE FALECIMENTO Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis, às 14h15min.		DIAS 31
LOCAL DE FALECIMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA, VINDO DO IML, NESTA CAPITAL, CONFORME D O DE Nº24492857-6		MÊS 05
CAUSA DA MORTE POLITRAUMATISMO (MORTE VIOLENTA)		ANO 2016
SEPULTAMENTO - CREMATION 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, pai do falecido
NOME E Nº DE REGISTRO DO MÉDICO QUE ATENDEU O DOENTE DRA ANA FLÁVIA M FRANCA, CRM 4832		

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

Nome do Oficial:
Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício
Oficial Registrador:
Cláudia Cristina Lima Marques
Município/UF:
João Pessoa-PB
Endereço:
Av. Cruz das Armas, 3142, St. 02, Ed. Planalto Center,
Func. 1, CEP: 53057-000 - Tavares - PB 53233-5600
E-mail: cartermarquescosta@gmail.com

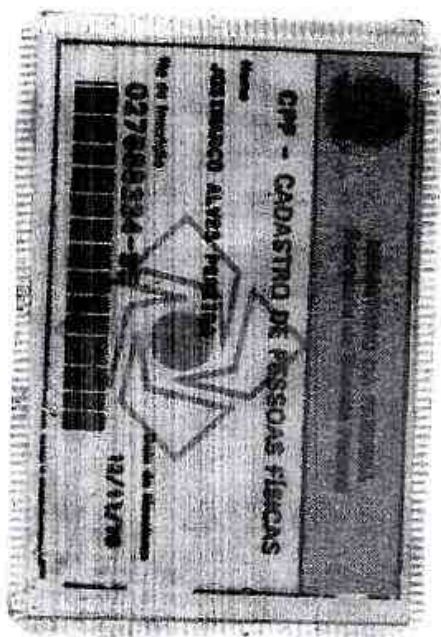
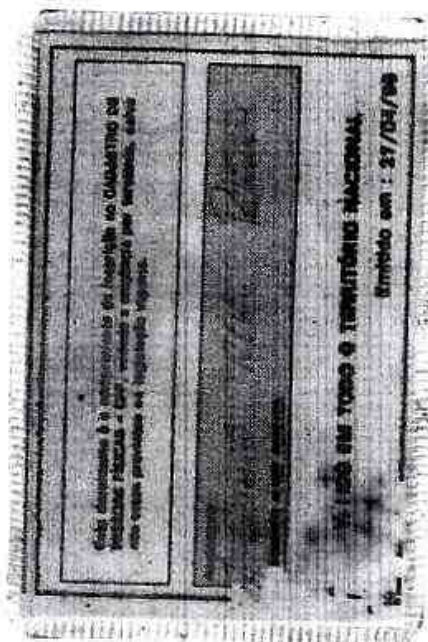
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
João Pessoa-PB, 1 de junho de 2016.

Selo digital AAO83310-ALPW
Consulte a autenticidade em

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

Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:52
ARTÓRIO MARQUES COSTA
11º Ofício
Eliegrina Angela de O. Silva Felix
CREVENTE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

Estado/Território da Paraíba

Município de João Pessoa P.B.

Município de João Pessoa P.B.

Distrito de Cavali P.B.

CARTÓRIO "PEDRO ALVES"
Registro Civil em Anuários de Ta-
bela
João Pessoa, Paraíba
C. S. M.

NASCIMENTO N.º 3.334

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

nasceu no dia 16 de Setembro de 1961, às 12 horas e 15 minutos, em João Pessoa, Paraíba, com a filiação de João Pereira da Silva e Donna Verônica Albuquerque de Souza

filho de João Pereira da Silva, natural de João Pessoa, Paraíba, e de Donna Verônica Albuquerque de Souza, natural deste Estado, P.B.

São avós paternos João Pereira da Silva e Donna Verônica Albuquerque de Souza, e avós maternos João Pereira da Silva e Donna Verônica Albuquerque de Souza.

O presente foi lavrado em 16 de Setembro de 1961, em João Pessoa, Paraíba, e assinado por mim, João Pereira da Silva.

Observações: Feito nos termos do artigo 30, § 2º do artigo 46 da Lei 1015 de 31 de 12 de 1943, não contém rasuras.

O referido é verdade e dou fé.

Cavali, 16 de Janeiro de 1961
João Pereira da Silva



Ministério da Saúde		Declaração de Óbito		24492857-6	
1) Tipo de óbito		2) Data do óbito		3) Cartão SUS	
1) Fato		2) Não Fato		4) Naturalidade	
3) Nome do Falecido		4) Nome da Mãe		5) Naturalidade	
6) Nome do Pai		7) Nome da Mãe		8) Nome da Mãe	
9) Data de nascimento		10) Sexo		11) Raça/Cor	
12) Situação conjugal		13) Situação civil		14) Situação civil	
15) Escolaridade (última série concluída)		16) Ocupação habitual		17) Ocupação habitual	
18) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		19) Número		20) CEP	
21) Bairro/Distrito		22) Município de residência		23) UF	
24) Local de ocorrência do óbito		25) Estabelecimento		26) Código CNES	
27) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)		28) Número		29) CEP	
30) Bairro/Distrito		31) Município de ocorrência		32) UF	
33) Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano - informações sobre a mãe		34) Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano - informações sobre a mãe		35) Preenchimento exclusivo para óbitos fetais e de menores de 1 ano - informações sobre a mãe	
36) Número de filhos vivos		37) Tipo de gravidez		38) Tipo de parto	
39) Tipo de parto		40) Morte em relação ao parto		41) Peso ao nascer	
42) Obito de mulher em idade fértil		43) Assistência médica		44) Diagnóstico confirmado por	
45) Causas da morte		46) Anote somente um diagnóstico por linha		47) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	
48) Causas antecedentes		49) Nome do médico		50) CRM	
51) Nome do médico		52) CRM		53) Obito atestado por médico	
54) Nome do médico		55) CRM		56) Obito atestado por médico	
57) Nome do médico		58) CRM		59) Obito atestado por médico	
60) Nome do médico		61) CRM		62) Obito atestado por médico	
63) Nome do médico		64) CRM		65) Obito atestado por médico	
66) Nome do médico		67) CRM		68) Obito atestado por médico	
69) Nome do médico		70) CRM		71) Obito atestado por médico	
72) Nome do médico		73) CRM		74) Obito atestado por médico	
75) Nome do médico		76) CRM		77) Obito atestado por médico	
78) Nome do médico		79) CRM		80) Obito atestado por médico	
81) Nome do médico		82) CRM		83) Obito atestado por médico	
84) Nome do médico		85) CRM		86) Obito atestado por médico	
87) Nome do médico		88) CRM		89) Obito atestado por médico	
90) Nome do médico		91) CRM		92) Obito atestado por médico	
93) Nome do médico		94) CRM		95) Obito atestado por médico	
96) Nome do médico		97) CRM		98) Obito atestado por médico	
99) Nome do médico		100) CRM		101) Obito atestado por médico	



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
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário da solicitação:
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: Urbana Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 2
Possui defesa? Conservada Possui meio-fio? Conservada(o) Possui sarjeta? Não existe
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 2 Tipo de Inclinação: Plano
Obstáculo ao Cruzamento: Não existe Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

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

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

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

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

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

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

Página 1 de 10



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114333068000000012080837>
Número do documento: 18020114333068000000012080837

Num. 12358465 - Pág. 1



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

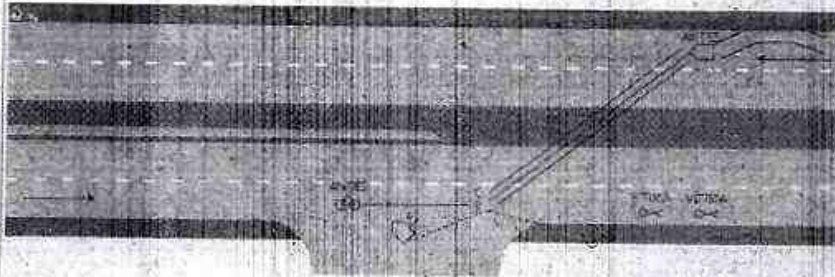
OCORRÊNCIA: 83469460

Comunicação: C2018319

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

PROEMI

Local Parcialmente Desfeito



- LEGENDA:
- Automóvel
 - Veículo Trator
 - Pedestre
 - Ponto B
 - Ponto P
 - Ponto C
 - Ônibus
 - Animal
 - Capotagem
 - Capinhão
 - Tombamento
 - Incêndio
 - Local da colisão
 - Marcha à ré
 - Placa de Trânsito
 - Trem
 - Conjugado
 - Objeto Fixo
 - Ponto A'
 - Ponto A
 - Antes da Colisão
 - Marca de Frenagem
 - Veículo Ausente
 - Reboque/Semi-reboque
 - Triângulo de Amarração
 - Veículo de 2 ou 3 rodas
 - Marcha à frente
 - Patinagem ou Derrapagem
 - Depois da Colisão

JOÃO PESSOA - PB

ALHAÍDRA - 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 CD4X4 SRV, 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 flancas perdeu o controle do veículo atravessando a faixa da esquerda, subiu o canteiro central, adentrou a pista em sentido contrário, após continuo, veio a colidir frontalmente com uma motocicleta que seguia o fluxo normal da via. Este veículo matase de V2: HONDA/NXR 150 BROS de placas MNL-5611, sendo conduzido pelo Sr. CENILDO JOSE DA SILVA, CPF nº 840.915.844-20, o qual é habilitado na categoria AD, que tinha como passageiro o Sr. JOSIMARCOS ALVES PEREIRA, CPF nº 027.688.334-95. 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. 28 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: 092c3b83f1a2a0c4

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

Página 2 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

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: OGC-1294 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: 9C2KD03208R010822 Renavam: 00949303810
Marca/Modelo: HONDA/NXR 150 BROS Cor: PRETA Ano: 2008 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JOAO PESSOA/PB
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: MARLY CORDEIRO ROCHA CPE/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

CONDUZIR ENVOJADO

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: 1133258 Órgão Expedidor: SSP /PB
Origem: - Destino: -
Estado Físico: - Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração: -

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

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

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

CONDUZIR ENVOJADO

Veículo: V2/MNL-5811
Nome/Apelido: CENILDO JOSE DA SILVA
Data de Nascimento: 24/10/1974 Sexo: Masculino Estado Civil: Solteiro
Nome do Pai: ANTONIA JOSEFA DA SILVA
Nome da Mãe: -
Endereço: RUA RODRIGUES MARANHÃO Nº 604
Município/UF: CONDE/PB Telefones: - Celular: (83) 991674228 CEP: -
Grau de Instrução: -
Naturalidade: SÃO VICENTE FERRER/PE Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal: -
CPF: 840.915.844-20 Documento de Identificação: 2240180 Órgão Expedidor: SSP /PB
Origem: CONDE/PB - BRASIL Destino: 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: 83918404638/PB Primeira Habilitação: 29/08/2006
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 13:16:25
NÚMERO DE CONTROLE: 092c3b83f-aaac04

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

Página 4 de 10





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: VT.OGC-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:
Estado Físico: Ileso Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Sim Destino:
Existe Declaração em Anexo? Não Usava Capacete? Não Aplicável
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.dprf.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 Órgão Expedidor: SSP/PB Telefones:
Estado Civil: Não informado Grau de Instrução: Não informado
Ocupação Principal:
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 13:16:25
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1aaacd4

nte possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 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 AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

Placa: OGC-1294

Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES

Nº BOAT: 83469460

Registro/Matricula do Agente: 2239927

Data: 31/05/2016 11:20

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

ITENS NÃO 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	Rodas/pneus	X	
54	Vidros laterais e/ou traseiros		X				

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

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

Observações:

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

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna 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.dpfrf.gov.br>

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

NÚMERO DE CONTROLE: d82c3b83f1aead4





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

OCORRÊNCIA: 83469460

Comunicação: C2018319

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

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

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, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
Descrição - Componentes estruturais					
A	Coluna de direção e 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 Montagem: 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 Montagem: 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 Montagem: quando tiverem sido 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: 28/05/2016 13:18:25
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1aaac4

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

Página 8 de 10



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114333068000000012080837>
Número do documento: 18020114333068000000012080837

Num. 12358465 - Pág. 8



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

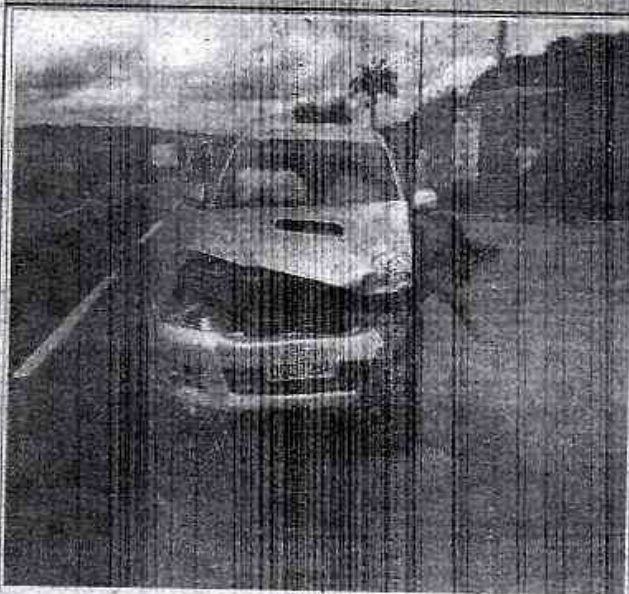
Placa: OGC-1294

Nome do Agente/Assinatura: JOBSON ARAUJO DAS NEVES

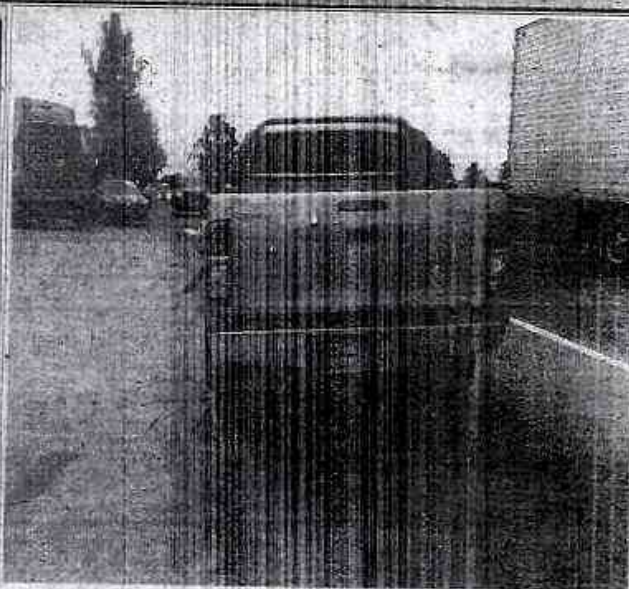
Nº BOAT: 83469460

Registro/Matricula do Agente: 2239927

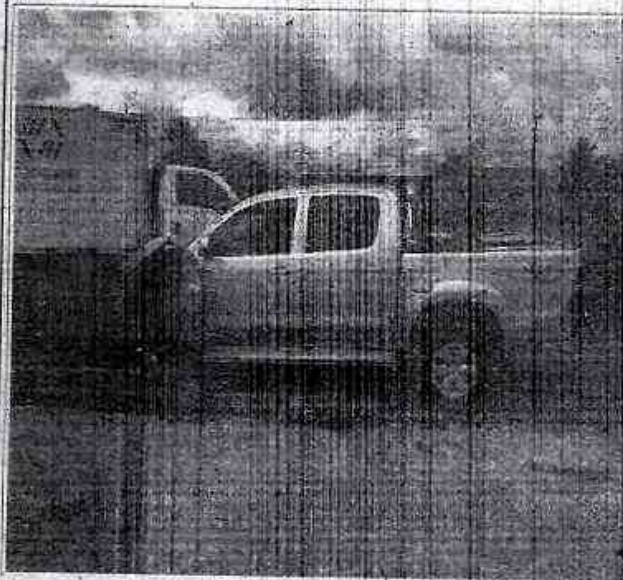
Data: 31/05/2016 11:20



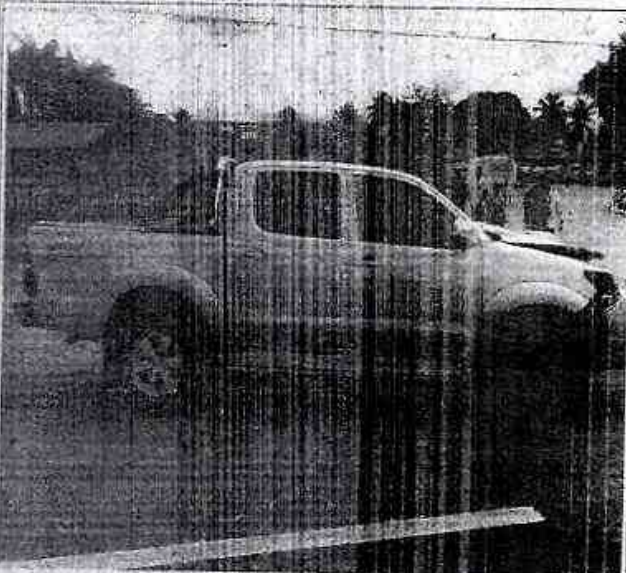
Frente



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 ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/NXR 150 BROS CARGO

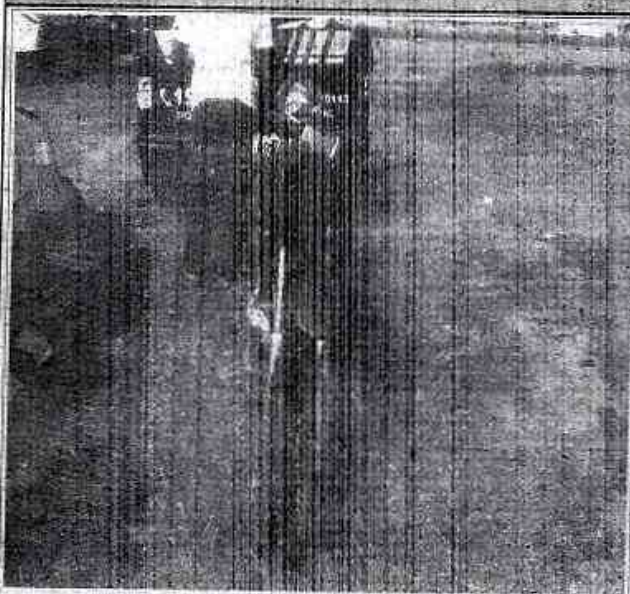
Placa: MNL-5611

Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES

Nº BOAT: 83469460

Registro/Matrícula do Agente: 2239927

Data: 31/05/2016 11:20



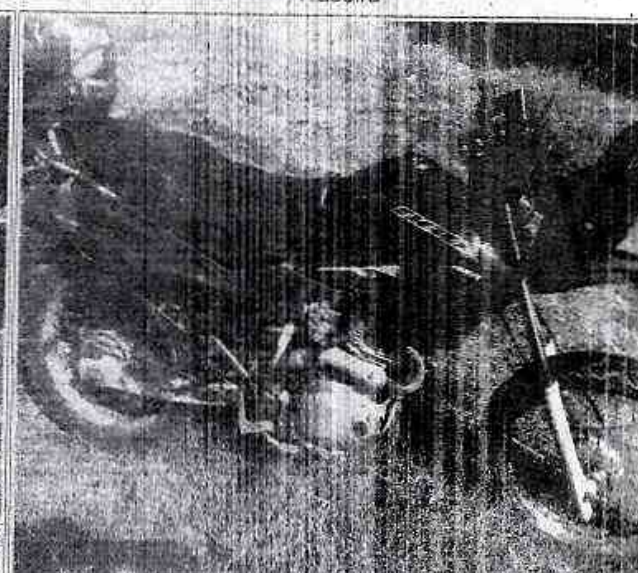
Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1szacd4

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

Página 10 de 10



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114333068000000012080837>
Número do documento: 18020114333068000000012080837

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 MÚLTIPAS 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.

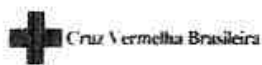
ALTA HOSPITALAR: 31/05/2016 ÓBITO às 14:15 hs
DATA DA EMISSÃO: 10/11/16

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO DE EMERGÊNCIA
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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA PEDRO GONDIM, 5/N -- CNES: 122343 - Tel: _____

Boletim de Atendimento: 923971



Identificação do paciente						
ID 1043424	Nome JOSIMARCO ALVES PEREIRA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 12/11/1975	Idade 40 anos 5 meses 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 95529		
Mãe VERONICE ALVES DE SOUZA			Pai JOSE PEREIRA DA SILVA			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 983463632	DDD Fixo 83		Fone Fixo 993331563		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2055450	Nº Cns 898004507082333				
Local de procedência BR 101			Tip BAIRRO	UF PB		
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro DOMINGOS MARANHÃO			
Número 8N	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 31/05/2016 12:24:49	Número da pulseira 1000004252732	Contêiner SUS				
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco			Origem do paciente RODOVIA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO INFORMADO					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso		Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico					CD	
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO					Tempo 03min 07seg	

Imprimer

08/06/2016 09:24



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 01/02/2018 14:34:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020114334515000000012080847>

Número do documento: 18020114334515000000012080847

Num. 12358475 - Pág. 2



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 CADOMATO () Ignorado

V- Informações do Serviço Médico

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

() Faleceu durante o Internamento: _____ Dias

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

Idade Apresentado ao chegar no hospital: 60 AN, 6415003

Lesões apresentadas em regiões do corpo: ferimentos externos em membros superiores e inferiores
ferimento orbital direito, ferimento na região da cabeça, ferimento na região da perna e
ferimento na região da perna esquerda, ferimento na região da perna direita
O projétil foi retirado durante o ato cirúrgico: () Sim () Não

Síntese da história clínica: paciente trazido pela SAAC e politrauma
magistral, entorpecido, Glasgow 3, ferimentos
múltiplos (torax, abdômen, membros superiores e inferiores),
sem sinais vitais, pupilas midriáticas, não
responde a estímulos.

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 torax, abdômen, pelve,
de fêmur e tibia

Hipóteses Diagnósticas formuladas: TCE grave, fraturas múltiplas
de fêmur e tibia, costelas

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

Exames complementares de relevância: batotomia durante reperfusão de sangue
com pleiotomia subcutânea do abdômen
maiores do resuscitador sem resposta

João Pessoa 31/05/2018

Nome: _____

CRM-PB: Gilberto Corneio Leal
Cirurgia Geral - CRM 2489

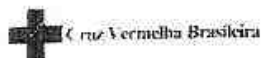
F(NG).APC.029-2





1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

F(NG).APC.029-2



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 923971



**GOVERNO
DA PARAIBA**



Identificação do paciente						
ID 1043424	Nome JOSIMARCO ALVES PEREIRA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 12/11/1975	Idade 40 anos 5 meses 19 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Promúrio		
Mãe VERONICE ALVES DE SOUZA	Pai JOSE PEREIRA DA SILVA		Responsável (Parentesco)			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO						
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988615980	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2055450	Nº Cns 898004807082333				
Local de procedência BR 101	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR				
Endereço						
CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro DOMINGOS MARANHÃO			
Número 847	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 31/05/2016 12:24:49	Número da pulseira 1000004252732	Convênio SUS				
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO			
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA					
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou NAO INFORMADO					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
<p>crânio/Face/cerv. Abel 31 05 16</p>						
Diagnóstico						CID
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO						Tempo 03min 07seg

Imprimir

31/05/2016 12:37



VERMELHA
ASILEIRA

Primeiro Atendimento M



IMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

IME DO PACIENTE:

IDADE:

DIAGNÓSTICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente de motocicleta (carro/moto), com trauma de crânio, trauma de tórax e abdômen, fratura de HTE. Excluído pelo JMW no + 25 minutos da chegada ao hospital. Idade 48 anos.

AME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Pêlvicas ☐ Obstruídas
AÉREAS ☒
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 SaO₂ 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 ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente
BE OU B4 ☒ Sim ☐ Não
FC: _____ bpm PA: 80 x 48 mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN:

Superfície abdominal plena, flácida

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)
Escala de Glasgow: 3 (digo 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

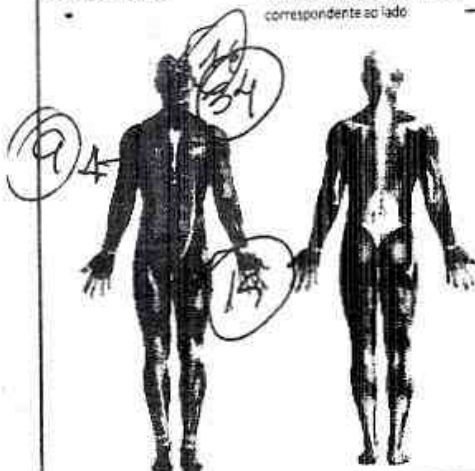


EXAME SECUNDÁRIO

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 Ênfase subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encravado |
| 11 Equimose | 29 Otorragia |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de Fogo | 31 Paresia |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorragia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS.: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

() 1º grau

() 2º grau

() 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias
☒ Ultrassonografia (FAST)
☒ Tomografia computadorizada

() Lavado peritonial
 () Gasometria arterial
 () Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUZ E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1º atendimento		
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

DATA DA 31/05/16SAÍDA 14:15hHORAS: 14:15h

() Centro cirúrgico

() Transferência (unidade de saúde)

() Internado (setor)

() Alta hospitalar

() Óbito

() Decisão médica

() Até 48 hs.

() A pedido

() Após 48 hs.

() A reavalia

() Família

() Desistência

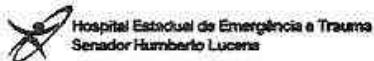
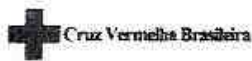
() SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

P(R)G).CC.001-1

RESULTADO DE EXAMES



Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João 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: 100)

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

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

12:50h

Elc
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

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:

AME FÍSICO

PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax:

Sistema Neurológico:

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

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

Sistema Respiratório:

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

Sistema Circulatório:

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

Sistema Digestório:

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

Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros:

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Interações ☐ Outros: Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÊTANO?

☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Paciente veio pelo SAMU, ferido, TCC grave, fratura de fêmur e do tórax, e de pelv. Realizado Cateterismo Urinal de Sonda e aspiração. Des-entubado em PR. Realizado profilaxia de RCB. Período em PR. Ance;

DESTINO:

ENFERMEIRO:

Josiane de S. Silva
Enfermeira
C.R.N. 287.220

COREN:



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000004282732 BE: 929871
PACIENTE NÃO IDENTIFICADO (PARCO)
DT. NASC.: 31/01/1978
MÃE:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

SND.: DOMINGOS MARRANHÃO
N. 647 - CENTRO
CONDE
PONE: ()
CELULAR: (03) 999919999
IDRGE: 48
DT. ENTRADA:

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
31/05/18	14:18	# CURR GID TORACICA# VENHO AVALIAR PACIENTE - CHAMADO TELEFÔNICO ÀS 14:03 - O PACIENTE VEM DO POLICLÍNICA A CUIDAR CADERNEXIMO. AO CHEGAR, PEGE SE HISTÓRICO ENTÃO EM PRONTO-SO SEGUNDO SE É LESÃO DO CICLO DE REGULAMENTO. A TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, OBSERVA PNEUMOTÓRAX DA DIREITA, SEM OBSERVA DE MEGALISTO 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 avaliação BMF. Rômulo Rangel Travençolo Cirurgião Bucal Maxilo Facial Implante Dentário CAO. 1062
31/05/18	15:30	Serviço Social I 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

GOVERNADOR
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLÓGICA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL
Márcio 16/06/2016
Márcio 16/06/2016

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.

Dentes Permanentes															
D								E							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
M								M							

Dentes Decíduos									
D					E				
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Códigos

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

Jr. Pedro Aurélio de Lencastre
Perito Odonto - Legista
Matr. 70.721-0
CNO 286-PB





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 366416

07/16
Assinado eletronicamente por: Maria Lucineide 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 complexão física normolínea, aparentando bom estado de nutrição e de conservação; não trajando roupas, está em rigidez cadavérica e mostra livores violáceos de hipóstase em dorso; estando o cadáver em boas condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos castanhos e apresenta ferimento de bordas afastadas, \pm 10 cm, sangrante, em região parietal direita posteriormente. Pálpebras cerradas (equimose periorbital direita), globos oculares exibindo córneas transparentes, pupilas dilatadas, íris na cor castanho, escleróticas e conjuntivas brilhantes. Dos condutos auditivos, narinas e boca não surge secreção. Face: com escoriação de arrastão em região zigomática direita. Exame Odonto Legal em anexo. O pescoço não permite a execução de movimentos anormais. Tórax com escoriações à nível de clavícula esquerda. Abdômen com escoriações lineares. 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.

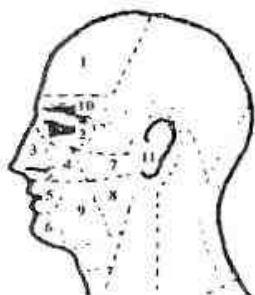
II - INSPEÇÃO INTERNA:

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

Assinado

1/2





REGIÕES DA FACE

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

DESCRIÇÃO DO EXAME:

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

Dr(a). Pedro Aurélio de Luna Freire
Perito Oficial Odonto-Legal
Matr. 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. Berafim 20 07 16
Matr. 168574-1
Assinatura Carimbo do Perito



Juradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE **M**

IDENTIFICAÇÃO

TITULA: APARECIDO ALVARO LEONARDO

1ª DO ACIDENTE: 31/05/16 CP DA VITIMA: 027.658.334-95

REATOR DA DOCUMENTAÇÃO: Ricardo Henrique e Pinheiro

ALICIAÇÃO DO PORTADOR: em apresentação legal () BENEFICIÁRIO, CUID PARENTES

MA VITIMA É

DEREITO DO PORTADOR: Apresenta Raimundo P. P. P.

TCO: COMPLETO Corte BARRO Cordeiro

MODE: Apresenta UF: CE CEP: Cordeiro

MAIL: ricardo@condel.com.br TELEFONE: (33) 98250-6387

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

LORES DE INDENIZAÇÃO: MORTE = R\$ 13.500,00
INVALIDAZ PERMANENTE = ATE R\$ 11.500,00
DESPESAS MEDICAS (GASTO) = ATE R\$ 2.700,00 (PRESENCIAL)

PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO E DE 30 DIAS CONTIGUOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS

RA ACOMPANHAR O PERÍODO DE INDENIZAÇÃO. ACESSO: WWW.DPVATSEGURODUTRANSTO.COM.BR OU LIGUE

ARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE

DOCUMENTOS BÁSICOS

DECLARAÇÃO DE OCUPAÇÃO ESPECIAL DO VITIMIZADO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CERTIFICADO DE ÓBITO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DECLARAÇÃO DE OCUPAÇÃO ESPECIAL DO VITIMIZADO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO VITIMIZADO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO VITIMIZADO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO VITIMIZADO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO VITIMIZADO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO DO VITIMIZADO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTÃO DE IDENTIDADE OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CÔNJUGO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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. <u>ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES</u>			
2. <u>ANNE KAROLINE FELIX PEREIRA</u>			
3. <u>GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA</u>			
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.

LOCAL E DATA	<u>ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES</u> 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
1. <u>Maria Lucineide de Lacerda Santana</u>	<u>838.933</u>	<u>335.389.604</u>	<u>Maria Lucineide de Lacerda Santana</u>
2. <u>Carolina da Rodrigues de Oliveira</u>	<u>95.244.442</u>	<u>069.551.354-57</u>	<u>Carolina da Rodrigues de Oliveira</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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





CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

ETM 28/07/05

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIMARCO ALVES PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir): 1635-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir): 111 290 304-4

* Ana Cris Lima Felix de Souza
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EL: ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA
PORTADOR(A) DO RE Nº 4.267.299 EXPEDIDO POR SSDS/PA EM 18/07/14
CPF 127434474-02 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO MEI
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIMARCO A. PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sussep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1635-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 171.290.304-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1635-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 171.290.304-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 31 de agosto de 2014 x Ana Karolyne Felix Pereira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

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

JOÃO PESSOA

LOCAL E DATA

JOÃO PESSOA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Ana Cristina Felix Rodrigues

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Ana Cristina Felix Rodrigues

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1 ANA CRISTINA F. RODRIGUES	3.345.876	078.926.904-09	X Ana Cristina Felix Rodrigues
2			

2

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1 Bonnelita Rodrigues de Oliveira	2.952.444	069.854.754-97	X Bonnelita R. de Oliveira
2 Maria Antonina Sales de Oliveira	338.933	335.147.004-72	X Maria Antonina Sales de Oliveira

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (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: **3170317065** CPF da Vítima: **027.688.334-95** Nome completo da vítima: **JOSIMARCO ALVES PEREIRA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES		CPF titular da conta 078926904-09	Profissão DESEMPREGADA
Endereço R. DOMINGOS MARANHÃO		Número 657	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade CONDE	Estado PB	CEP 58322000
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. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(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"/> <i>Nº da Conta</i>	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"/> <i>assinar</i>	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)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.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-Efetutados.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

<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text" value="AC"/>	<input type="text"/>
<input type="button" value="Enviar"/>	



(<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 ALEX MALHEIROS COSTA
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18020114344437600000012080810

