



Número: **0884568-69.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/12/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---------------------------------|
| IVANILDO DA SILVA SOARES (AUTOR) | LIRIDA MACEDO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|--|----------------------------|
| 27265 553 | 26/12/2019 13:29 | Petição Inicial | Petição Inicial |
| 27265 555 | 26/12/2019 13:29 | 00.INICIAL | Outros Documentos |
| 27265 556 | 26/12/2019 13:29 | 01.PROCURAÇÃO | Procuração |
| 27265 558 | 26/12/2019 13:29 | 02.DOC. PESSOAIS | Documento de Identificação |
| 27265 559 | 26/12/2019 13:29 | 03.DOC. VEÍCULO | Documento de Comprovação |
| 27265 561 | 26/12/2019 13:29 | 04.DECL. PROP. DO VEÍCULO | Documento de Comprovação |
| 27265 562 | 26/12/2019 13:29 | 05.B.O. | Documento de Comprovação |
| 27265 563 | 26/12/2019 13:29 | 06.DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA | Documento de Comprovação |
| 27265 564 | 26/12/2019 13:29 | 07.COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA | Documento de Comprovação |
| 27265 565 | 26/12/2019 13:29 | 08. DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA - LAUDO IML | Documento de Comprovação |
| 27265 566 | 26/12/2019 13:29 | 09.COPIA DE PA | Documento de Comprovação |
| 27265 567 | 26/12/2019 13:29 | 10.DOC. MÉDICOS | Documento de Comprovação |
| 27276 648 | 30/12/2019 09:05 | Certidão | Certidão |
| 28044 558 | 06/02/2020 16:03 | Petição | Petição |
| 28044 578 | 06/02/2020 16:03 | GuiaCustas | Outros Documentos |
| 28044 579 | 06/02/2020 16:03 | CTPSDigital | Outros Documentos |
| 28044 580 | 06/02/2020 16:03 | Cumprimento de TO - juntada de guia de custas com desconto | Outros Documentos |
| 33115 945 | 11/08/2020 20:18 | Despacho | Despacho |

Em anexo.



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613273435800000026316411>
Número do documento: 19122613273435800000026316411

Num. 27265553 - Pág. 1

AO JUÍZO DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PARAÍBA.

IVANILDO DA SILVA SOARES, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrita no CPF nº 709.597.674-01 e RG nº 4.218.453 SSP-PB, residente e domiciliado à Rua Homens de Barros, S/N, Q. 52, L. 19, Gramame, CEP 58.069-595, João Pessoa – PB, vem à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seus advogados que esta subscrevem, legalmente constituídas por intrumento de procura anexo a esta peça vestibular, com fulcro na Lei nº 6.194/74, perante V. Exma. propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

Em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, companhia de seguros participante do Consorcio de Seguradoras que operam o seguro de danos pessoais causados por veículo de via terrestre, localizada na Rua Senador Dantas, nº. 74, Centro, Rio de Janeiro – RJ, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, pelos fatos e fundamentos que ora passa a expor e ao final requerer:

GRQN



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613273580700000026316413>
Número do documento: 19122613273580700000026316413

Num. 27265555 - Pág. 1

1. DO BENEFÍCIO DA JUSTIÇA GRATUITA

O Requerente faz jus à concessão dos benefícios da justiça gratuita, haja vista que não possui condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem comprometer o seu sustento e de sua família.

Portanto, o Demandante, à luz do que dispõe a **Lei 1.060/50** e em atendimento ao *due process of law*, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual, até decisão final do feito, consoante reza a inteligência do art. 4º da referida Lei, *in verbis*:

Art. 4º - A parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogados, sem prejuízo próprio ou de sua família.

2. DOS FATOS

Em 27/01/2017, na condução de sua moto ciclomotor, de marca Shineray, modelo XY50Q Phoenix, de placa OEU 6851/PB, ano 2013/2014, Chassi nº LXYXCBL04E0257519, o Promovente foi vítima de acidente automobilístico, ocorrido na Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Mangabeira, João Pessoa-PB. Vinha conduzindo o veículo quando, ao passar por um cruzamento, foi surpreendido com um carro que cortara a estrada, colidindo com a dianteira esquerda deste.

Em decorrência das sequelas provocadas pelo acidente, foi acometido de invalidez permanente. Desta feita, como medida de direito, vem, por meio desta, pleitear o recebimento da indenização à que tem direito, objeto da presente lide.

Salienta-se que o direito do Promovente consiste no recebimento da indenização coberta pelo seguro obrigatório DPVAT, sendo-lhe devido valor a ser calculado

GRQN



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613273580700000026316413>
Número do documento: 19122613273580700000026316413

Num. 27265555 - Pág. 2

por este r.juízo, fixado em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme determina o artigo 3º, inciso II, da lei 6.194. *In verbis:*

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

II – R\$ até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;

Ademais, resta comprovado, na documentação acostada aos autos (boletim de ocorrência policial e laudo médico), o nexo causal entre o acidente e os ferimentos da vítima, que resultaram em sua invalidez parcial permanente.

Denota-se legítimo o dever da ré em efetuar o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, ora pleiteado, visto que a mesma pertence ao rol de seguradoras que compõem atualmente o consórcio referente ao convênio DPVAT.

De antemão, vale salientar que o veículo no qual o Promovente sofreu o acidente não integra seu patrimônio, sendo pertencente ao Sr. Luciano da Silva Dias. Não obstante, o processo administrativo foi impetrado com a referida documentação do bem, bem como com a declaração de proprietário, anexadas aos presentes autos.

Ademais, consoante a jurisprudência do STJ, o Promovente ingressou previamente com o pedido administrativo. Todavia, a Promovida, indevidamente, negou o requerimento, alegando que os documentos foram apresentados de maneira incompleta, muito embora o Requerente tenha apresentado todos os documentos necessários à concessão da indenização objeto da presente lide.

Nesse interim, a Promovida indeferiu o pedido administrativo alegando inconclusividade no laudo do exame de corpo de delito, realizado pelo IML, bem como na

GRQN



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613273580700000026316413>
Número do documento: 19122613273580700000026316413

Num. 27265555 - Pág. 3

declaração de proprietário do veículo.

Data vênia, a impugnação da declaração de proprietário foi medida que pegou a Promovente de surpresa, uma vez que todos os campos foram devidamente preenchidos, de acordo com o modelo constante no próprio portal eletrônico da Promovida.

Doutra senda, é indubitável que o laudo do IML não comporta qualquer vício que ponha em xeque a sua validade, de modo que não havia razão plausível para que a Promovida o impugnasse.

Soma-se a isso o fato de que a jurisprudência pátria já consolidou o entendimento de que o exame de corpo de delito, realizado pelo IML, não constitui documento essencial para o deferimento do pedido de indenização de seguro DPVAT, uma vez que tem a finalidade de demonstrar o nexo causal entre o acidente e os ferimentos da vítima, de modo que, não obstante, tal finalidade pode ser suprida mediante apresentação de outros documentos, tais como o boletim de ocorrência e o laudo médico obtido no primeiro atendimento após o acidente. Com efeito:

E M E N T A APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO. PROVA DO ACIDENTE E DO DANO DECORRENTE. DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DEVIDA. AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML. DOCUMENTO NÃO ESSENCIAL À LIDE. COMPROVAÇÃO DE DEBILIDADE PERMANENTE. I - O exame de corpo de delito do Instituto Médico Legal, não se trata de documento essencial ao ajuizamento da demanda, diante da existência de outros meios de prova idôneos que comprovam a ocorrência do acidente e o dano corporal suportado. II - Já recebido parte do valor da indenização na via administrativa, deve ser garantido o direito à diferença devida.

(TJ-MA - AC: 00037014820138100037 MA 0522702017, Relator: JORGE RACHID MUBRACK MALUF, Data de Julgamento: 25/01/2018, PRIMEIRA CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 02/02/2018 00:00:00)

E mais:

GRQN



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613273580700000026316413>
Número do documento: 19122613273580700000026316413

Num. 27265555 - Pág. 4

APELAÇÃO CÍVEL. COBRANÇA. SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUE NÃO CONSTITUI DOCUMENTO ESSENCIAL À PROPOSITURA DA AÇÃO. INDENIZAÇÃO. PROPORACIONALIDADE. JULGAMENTO ANTECIPADO. AUSÊNCIA DE RECURSO. PRECLUSÃO. RECURSO IMPROVIDO. 1. Não merece prosperar a preliminar de inépcia da inicial, vez que a causa de pedir encontra-se devidamente identificada, assim como o pedido, a narração dos fatos com conclusão lógica, e a possibilidade jurídica do pedido, nos termos da legislação pátria. 2. Nas ações de complementação de seguro DPVAT, a parte deve demonstrar a ocorrência do sinistro e as lesões dele decorrentes, não sendo documento essencial, para a propositura da demanda, o laudo do Instituto Médico Legal (IML), conforme se verifica no art. 5º da lei do DPVAT. 3. No que toca à alegação de que o recorrido não faz jus ao recebimento de indenização na forma integral, verifica-se que a parte recorrida não se desincumbiu do ônus de comprovar à existência de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, (art. 373 do CPC), vez que quando do anúncio do julgamento antecipado da lide, deixou de se insurgir quanto a necessidade de realização de perícia para apuração do grau de invalidez suportada pelo recorrido. 4. Recurso conhecido e improvido. ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos estes autos, acorda a 2ª Câmara Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por unanimidade, em conhecer do recurso, mas para negar-lhe provimento, nos termos do voto do relator. Fortaleza, 17 de maio de 2017 CARLOS ALBERTO MENDES FORTE Presidente do Órgão Julgador DESEMBARGADOR CARLOS ALBERTO MENDES FORTE Relator

(TJ-CE - APL: 04586288620118060001 CE 0458628-86.2011.8.06.0001, Relator: CARLOS ALBERTO MENDES FORTE, 2ª Câmara Direito Privado, Data de Publicação: 17/05/2017).

Nesse sentido, Excelência, em decorrência do acidente do qual foi vítima, culminado em invalidez permanente, o Promovente busca a tutela jurisdicional do Estado para fazer valer o seu direito.

3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT foi criado no ano de 1974, pela Lei Federal nº. 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que determinam que todos os veículos automotores paguem anualmente uma taxa que garante, na ocorrência de acidentes, o recebimento de indenização tanto nos casos de ferimento quanto nos casos de morte.

Em conformidade com o artigo 2º da Lei nº. 6.194/74, os danos pessoais

GRQN



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613273580700000026316413>
Número do documento: 19122613273580700000026316413

Num. 27265555 - Pág. 5

cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar. Vejamos o que nos diz este artigo com sua alínea:

Art. 2º – Fica acrescida ao artigo 20, do Decreto-Lei nº. 73, de 21 de novembro de 1966, a alínea “I” nestes termos:

Art. 20, I – Danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

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

II – R\$ até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;

Nesse interim, uma vez que o caso em comento trata-se de invalidez parcial permanente, a indenização deve ser fixada em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a depender do grau de invalidez, que será constado a partir de perícia médica a ser designada por este r.juízo.

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP. Vejamos o seguinte julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA. FINALIDADE DO VEICULO. IRRELEVANCIA. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso torna-se a imposição de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ-MA em 06/07/01).

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do artigo 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

GRQN



Art. 5º. 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.

O processo não é um fim em si mesmo, devendo sempre ser conduzido com razoabilidade e respeito à segurança jurídica, compreendida não como previsibilidade de decisões judiciais, mas como garantia da **expectativa de direito, gerada pela interpretação do artigo 5º da Lei nº 6.194/74 à luz de precedentes judiciais citados.**

Desse modo, recorre o Promovente ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

4. DO PEDIDO

Isto posto, **REQUER-SE:**

- a) A citação da parte demandada, na pessoa de seu representante legal e no endereço constante nesta petição, para que, querendo, conteste o feito, sob pena de aplicação de revelia, seguida de confissão ficta, nos termos disciplinados no artigo 242 do NCPC;
- b) A procedência do pedido em todos os termos, condenando o promovido ao pagamento do Seguro Obrigatório (DPVAT), no valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), **acrescidos de juros de mora e atualização monetária;**
- c) A designação de perícia médica a ser realizada no Promovente, a fim de constatar o grau de invalidez parcial permanente, que servirá de base de cálculo da indenização;
- d) O benefício da assistência judiciária gratuita à promovente, nos termos da lei 1.060/50, por não poder arcar com custas processuais e

GRQN



honorários advocatícios, sem prejuízo próprio, em conformidade com o § 4º do art. 5º da Lei 1.060/50;

e) A condenação do promovido ao pagamento de custas processuais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência, nos termos do artigo 85, §2º do NCPC;

f) A inversão do ônus da prova, tendo em vista a hipossuficiência da autora, considerando a verossimilhança das alegações postas;

g) Que toda notificação/intimação/publicação referente à presente ação seja realizada exclusivamente em nome de **LÍRIDA MACEDO**, inscrita na OAB/PB 11.279, na modalidade do artigo 271, sob pena de nulidade processual.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, inclusive, testemunhal e pericial!

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

Nestes termos.

Pede e espera DEFERIMENTO.

João Pessoa/PB, 20 de dezembro de 2019.

LÍRIDA MACEDO
OAB/PB 11.279

GRQN



PROCURAÇÃO

IVANILDO DA SILVA SOARES, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF sob o nº 709.597.674-01, RG nº 4.218.453 – 2ª via - SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Hermano Toscano L Cavas, Quadra 35, Lote 10, Portal do Sol, Próximo ao Haras, João Pessoa-PB, CEP: 58046-533, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados que integram a sociedade de advogados **VELLOSO ADVOCACIA**, inscrita na Ordem dos 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, onde recebe intimações, na pessoa de seus advogados **FÁBIO ANTÉRIO FERNANDES**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrita no CPF sob o nº 000.809.724-03, e inscrito na OAB/PB sob o nº 10.202 e **LÍRIDA MACEDO**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n. 11.279, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, as quais confere poderes para o fórum em geral outorgante(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, usando dos recursos legais, em qualquer juízo, instância, tribunal ou órgão, para representar seus interesses em processos judiciais ou administrativos, podendo receber citação, intimações e notificações, sacar valores, dar e receber quitação, bem como acompanhar as ações, em qualquer instância, prestar compromisso, fazer acordos judiciais e extrajudiciais, enfim, usar todos os poderes da cláusula ad judicia, inclusive podendo substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, além de declarar judicialmente a hipossuficiência financeira do(a)s outorgante(s) para fins de obtenção do benefício da Justiça Gratuita, a qual presume-se verdadeira, nos termos do art. 99, §3º da Lei Federal 13.105/15, o que dará tudo por bom, firme e valioso. Por meio desta, também confere poderes especiais para os outorgados representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: **JARBAS RIBEIRO DA SILVA**.

João Pessoa/PB, 13 de dezembro de 2017.

IVanildo da Silva Soares



SUSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, aos advogados, **JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE**, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 069.074.834-59, OAB/PB 21.612, **OLECY MORORO DE LUNA FREIRE NETO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB nº 21.947, **ROBERTO CORREIA DE AMORIM FILHO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 081.005.344-62, inscrita na OAB/PB 19.385, **ANA BEATRIZ DE ALMEIDA DANTAS**, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF 045.561.364-82, advogada, CPF/MF 054.071.745-29, advogado inscrito na OAB/PB 23.075, **EMANUEL FELÍCIO BARBOSA DIAS**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 053.479.294-48, inscrito na OAB/PB nº 15.445, **FERNANDO ABREU BARBOSA CAMPOS**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 076.376.134-61, inscrito na OAB/PB nº 23.835, **IGOR SANTANA GOIS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF/MF 047.570.235-29, inscrito na OAB/SE 10223/SE, **OSMAN XAVIER FERREIRA JUNIOR**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF 066.775.964-60, inscrito na OAB PB nº 18.672, **ALANNA KASSIA DE ARAUJO LEITE**, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF sob o nº 095.622.754-69, inscrita na OAB/PB nº 23.990, inscrita na OAB/PB 14.409 todos com escritório no mesmo endereço dos outorgados, os poderes a mim investidos.

LÍRIDA MACEDO
OAB/PB nº 11.279

SERVIÇO NOTARIAL "VIRGINIA BATISTA" / OFÍCIO DISTITAL
Bel. Rômulo Viera Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Viera Batista - Substituta
Rua Clá. Pernha do Arco, 41 - Mangabeira - CEP 58.013-030 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3278-8661 / 3278-8660

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

IVANILDO DA SILVA SOARES

Em test. da verdade. João Pessoa-PB 13/12/2019 14:28:54

Maricleide Alexandre da Silva Moraes - FIRMAMENTE AUTO [2018-006956]ENOL-RN # 48 FARPEM-RN 4.2013001-RN 1,90 TSG-RN 6.40 Mangabeira

SELDO DIGITAL: AGLO2268-F305

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







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

| | | | |
|---|---|--------------------|------------|
| REGISTRO GERAL | 4.218.453 | DATA DE EXPEDIÇÃO | 14/01/2014 |
| NOME | IVANILDO DA SILVA SOARES | | |
| FILIAÇÃO | JOÃO APRIGIO SOARES IVONETE MOREIRA DA SILVA | | |
| NATURALIDADE | JOÃO PESSOA-PB | DATA DE NASCIMENTO | |
| DOC. ORIGEM | | 14/06/1993 | |
| NASC.N.18611 FLS.272 LIV.A 17 CARTORIO 5º JOÃO PESSOA-PB | | | |
| João Azevedo da Silva Neto Assessoria de Gestão Civil e Crim. ASSINATURA DO DIRETOR | | | |
| LEI N° 7.116 DE 29/08/83 | | | |



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanilda da Silva Soares,

RG nº 4218.453, data de expedição 14/01/2014, Órgão SOPB/PB,

CPF nº 109.597.674-01, 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:

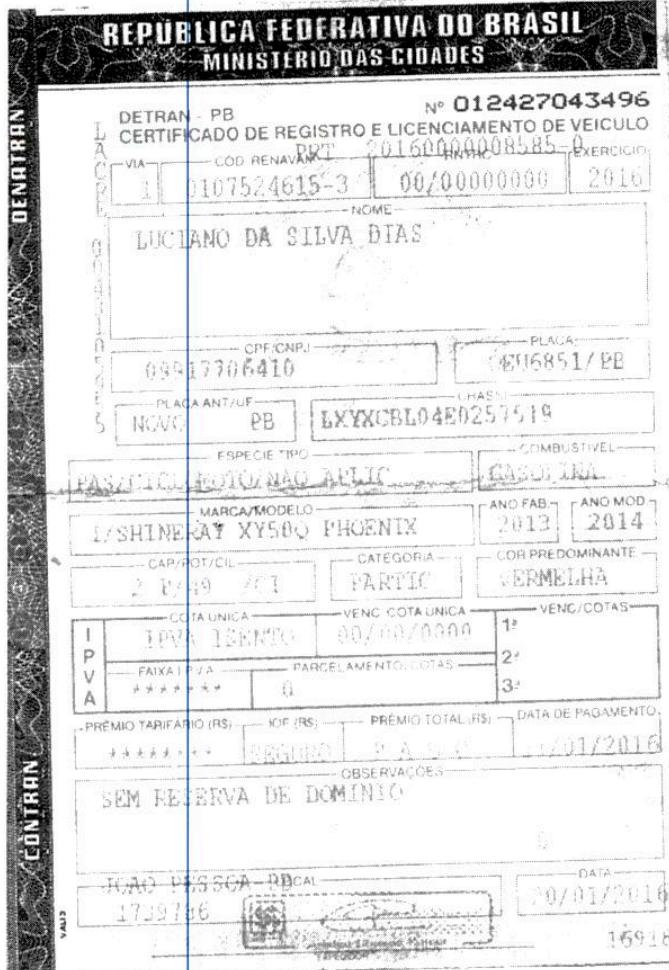
| | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Hermano Tonino L. Cawas</u> |
| Número | <u>SN</u> |
| Apto / Complemento | <u>QD 33 / LT 10</u> |
| Bairro | <u>Pernal do Sol</u> |
| Cidade | <u>Jataí Pernambuco</u> |
| Estado | <u>PB</u> |
| CEP | <u>58046-333</u> |
| Telefone de Contato | <u>(83) 98750-9063</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Jataí Pernambuco, 13 de dezembro de 2017

Assinatura do Declarante: Ivanilda da Silva Soares





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luciano Da Silva Dias,
RG nº 2.934.546 data de expedição 25/11/2015
Órgão _____, portador do CPF nº 099.177.064-10 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DAS Lámenos, nº 105
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Thiago da Silva Souza cujo o condutor era
Thiago da Silva Souza.
Véículo: Moto
Modelo: 2013 Sonettka
Ano: 2013
Placa: 0EU 6851
Chassi: WXXXCBL04E0254519
Data do Acidente:
Local e Data: 27/01/2017

Luciano Da Silva Dias

Assinatura do Declarante

Thiago da Silva Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01971.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01971.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Á(s) 13:52 horas do dia 30 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ivanildo da Silva Soares**, CPF nº 709.597.674-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Ivonete Moreira da Silva e João Aprigio Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/06/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Hermano Toscano L Cavasn, complemento QD. 35, LT. 10, bairro Portal do Sol, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro de Hipismo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-9040.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Próximo Ao Shopping Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/17 20:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o CICLOMOTOR DE MARCA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, COR VERMELHA, 2013/2014, PLACA OEU6851/PB. CHASSI LXYXCBL04E0257519, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANO DA SILVA DIAS, quando ao passar por um cruzamento colidiu na dianteira esquerda de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 01.06.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de outubro de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigacao

IVANILDO DA SILVA SOARES
Noticiante

SERVÍCIO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rómulo Vieira Batista - Tabuleiro / Bel. Rosângela Vieira Batista - Substituta
Piso Elias Pereira de Araújo; AD- Marquês/Prazer - CEP 58009-010 - João Pessoa - PB; Fone/Fax: 3230-6009 / 3230-6090

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunha da verdade.
João Pessoa-PB 06/02/2018 14:35:24
Josélio Alves Batista - ESCREVENTE AUTORIZADO
[2018-049262] EMOL:R\$ 2,37 FARPEM:R\$ 0,28 TFP:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AGK96679-W23M
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Procedimento Policial: 01971.01.2017.1.00.420

1.



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613273968800000026316420>
Número do documento: 19122613273968800000026316420

Num. 27265562 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanildo da Silva Soares, brasileiro, solteiro, desempregado,

RG nº 4.238.453, data de expedição 14/03/2021 Órgão SSP/PB,

CPF nº 709.597.674-01, 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) | <u>Rua Homens de Barros</u> |
| Número | <u>S/N</u> |
| Apto / Complemento | <u>Q53; L1g</u> |
| Bairro | <u>Gramame</u> |
| Cidade | <u>João Pessoa</u> |
| Estado | <u>Paraíba</u> |
| CEP | <u>58.069-585</u> |
| Telefone de Contato | |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB, 03/09/2019.

Assinatura do Declarante: Ivanildo da Silva Soares



ANA CRISTINA SILVA BURKHARD
RUA HOMENS DE BARROS, S/N O 511 18 - GRAMAME
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58069595 (AG: 1)

Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Stc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RES DENCAL
Pctero: 11-2-850-2580 Referência Jun/ 2019
Medidor: 00001326659 Emissão: 17/06/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km25 - Custo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660
CNPJ 09.096.133/0001-40 Inst. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica nº 0026860.853
Cód. para Débito Automático: 00012090477

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|------------------------------|
| Jun / 2019 | 17/06/2019 | 18/07/2019 | 569.198.914-68 Inst. Est. |

UC (Unidade Consumidora): 5/1309047-7

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|----------------|----------------|-----------|---------|------|
| Data Leitura | Data Leitura | | 88 | 31 |
| 17/05/19 10828 | 17/06/19 10896 | | | |

| Demonstrativo | | | | | | |
|---------------|--|------------|----------|-----------------|----------------|-------------------|
| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base Cál. | Aiq. Icms(R\$) | Base Cál. Pd(R\$) |
| | Total(R\$) ICMs(R\$) ICMs | | | | | |
| 0601 | Consumo em kWh | 68.000 | 0,622817 | 56,41 | 56,41 | 26 |
| 0601 | 0,55 | 0,55 | 0,55 | 0,55 | 0,55 | 26 |
| 0601 | Adc. B. Armelha | | | | | |
| | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | |
| 0607 | CONTRIB SERV LUM.PUBLIC | 1,28 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0804 | JUROS DE MORA 01/2019 | 2,53 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0804 | JUROS DE MORA 02/2019 | 1,18 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0804 | JUROS DE MORA 03/2019 | 0,68 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0804 | JUROS DE MORA 04/2019 | 0,27 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | MULTA 01/2019 | 1,80 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | MULTA 02/2019 | 1,93 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | MULTA 03/2019 | 1,93 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | MULTA 04/2019 | 1,73 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0804 | COMPENSACAO POR INDICADOR-DIMC 04/21 4 | -0,08 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | ATUALIZAÇÃO MONETARIA 01/2019 | 2,18 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | ATUALIZAÇÃO MONETARIA 02/2019 | 0,74 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| 0805 | ATUALIZAÇÃO MONETARIA 03/2019 | 7,11 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 |
| | Total | 157,770 | | | | |

| Média últimos meses (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---------------------------|------------|---------------|
| 88 | 26/07/2019 | R\$ 73,66 |

Histórico de Consumo (kWh)

106 | 105 | 08 | 0 | 0 | 0 | 43 | 100 | 81 | 110 | 105 | 13
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

6f30.7b8a.9c8d.b82a.8a6c.9fff 78c8.07dd

| Indicadores de Qualidade | | |
|--------------------------|---------|----------------------|
| Límites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
| DIC MENSAL | 5,31 | 3,15 |
| DIC TRIMESTRAL | 10,62 | |
| DIC ANUAL | 21,25 | |
| FIC MENSAL | 3,30 | 1,00 |
| FIC TRIMESTRAL | 8,60 | |
| FIC ANUAL | 13,20 | |
| DAVC | 3,93 | 3,15 |
| DISCR | 12,22 | |

| Discriminação | Valor (R\$) | % |
|---------------------------|-------------|--------|
| Desconto Cálculo Bruto | 13,74 | 18,60% |
| Desconto Cálculo Bruto 2 | 0,00 | 0,00% |
| Desconto Cálculo Bruto 3 | 0,00 | 0,00% |
| Desconto Cálculo Bruto 4 | 0,00 | 0,00% |
| Desconto Cálculo Bruto 5 | 0,00 | 0,00% |
| Desconto Cálculo Bruto 6 | 0,00 | 0,00% |
| Desconto Cálculo Bruto 7 | 0,00 | 0,00% |
| Desconto Cálculo Bruto 8 | 0,00 | 0,00% |
| Desconto Cálculo Bruto 9 | 0,00 | 0,00% |
| Desconto Cálculo Bruto 10 | 0,00 | 0,00% |
| Total: | 73,74 | 100,00 |

Valor do EUSC (Ref 4/2019) R\$ 31,74

Faturas em atraso

ATENÇÃO

- Caixa do medidor com vidro embacado. Faturado pela média



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:41
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274122400000026316422
Número do documento: 19122613274122400000026316422

Num. 27265564 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, IVANILDO DA SILVA SOARES, portador da carteira de identidade nº 4.218.453 SSP/PIB e inscrito no CPF/MF sob o nº 709.597.674 - 01, residente e domiciliado na RUA HOMENS DE BARROS, S/N, Q 51, LOTE 19, GRAMAME, Cidade JOÃO PESSOA, Estado PARAÍBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

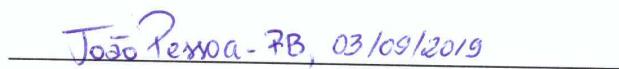
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data





CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

| | | | |
|---|--|---|--|
| Tipo de Processo | | Atendente | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Processo Novo Documentos Complementares | | Atendente LUCAS SOUSA ESPINOLA | |
| Tipo de Sinistro | | Agência | |
| | | Agência SUCURSAL JOÃO PESSOA | |
| Nome do Requerente | | Nome da Vítima | |
| IVANILDO DA SILVA SOARES | | Nome da Vítima IVANILDO DA SILVA SOARES 70959767401 | |
| Documentos Complementares | | | |
| ✓ Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima ✓ CPF da Vítima ✓ DUT ou Bilhete de Seguro envolve Ônibus ✓ Boletim de Ocorrência Policial Identidade / CPF do Procurador | | | |
| ✓ Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário ✓ CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais Proc Ori e Específica p/ recr. do Seguro DPVAT ✓ Comprovante de Residência do Requerente Comprovante de Residência do Procurador | | | |
| Morte | | Invalidade Permanente | |
| Certidão de Óbito (Cópia autenticada) Laudo do Exame Cadavérico ESPOSO(A) (Cópia autenticada) | | Laudo do IMI com Alta Definitiva: Cópia autenticada | |
| Certidão de Casamento Atualizada (Cópia autenticada) Autorização de Pagamento Prova de Companheirismo junto ao INSS Declaração de Dependentes na Rec.Fed. Prova de Dependência na CTPS Certidão de Nascimento ou Casamento Declaração de Únicos Herdeiros Certidão de Nascimento Certidão de Óbito dos Genitores Alvara Judicial | | Outros Docs. Entregues e Observações *PROCURAÇÃO; *DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *RG/CPF - PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO; *AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO; *DADOS BANCÁRIOS; *DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA. | |
| | | DAMS ✓ Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar ✓ Relatório Médico Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitadas) Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas) Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Tercelos | |
|  0135276 | | | |

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até acompletação do processo.

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolve Ônibus
- Proc Ori e Específica p/ recr. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente
- Identidade / CPF do Procurador

<http://conexaocomercial.mapfre.com.br/DPVAT/impressaoDPVAT.aspx?Protocolo=0...> 30/04/2018



PROCURAÇÃO

IVANILDO DA SILVA SOARES, brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF sob o nº 709.597.674-01, RG nº 4.218.453 - 2ª via - SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Hermano Toscano L Cavasn, Quadra 35, Lote 10, Portal do Sol, Próximo ao Haras, João Pessoa-PB, CEP: 58046-533, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados que integram a sociedade de advogados **VELLOSO ADVOCACIA**, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 486 e no CNPJ sob o nº 25.252.304/0001-77, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, onde recebe intimações, na pessoa de seus advogados **FÁBIO ANTÉRIO FERNANDES**, brasileiro, divorciado, advogado, inscrita no CPF sob o nº 000.809.724-03, e inscrito na OAB/PB sob o nº 10.202 e **LIRIDA MACEDO**, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o n. 11.279, com endereço na Rua Rodrigues de Aquino, 358, 1º Andar, Centro, João Pessoa, CEP 58.013-030, as quais confere poderes para o foro em geral com a cláusula *ad judicia*, para propor contra quem de direito couber as ações competentes, e defender o(a)s(s) outorgante(s) nas contrárias, seguindo umas e outras até decisão final, usando dos recursos legais, em qualquer juiz, instância, tribunal ou órgão, para representar seus interesses em processos judiciais ou administrativos, podendo receber citação, intimações e notificações, sacar valores, dar e receber quitação, bem como acompanhar as ações, em qualquer instância, prestar compromisso, fazer acordos judiciais e extrajudiciais, enfim, usar todos os poderes da cláusula *ad judicia*, inclusive podendo substabelecer esta, com ou sem reserva de poderes, além de declarar judicialmente a hipossuficiência financeira do(a)s(s) outorgante(s) para fins de obtenção do benefício da Justiça Gratuita, a qual presume-se verdadeira, nos termos do art. 99, §3º da Lei Federal 13.105/15, o que dará tudo por bom, firme e valioso. Por meio desta, também confere poderes especiais para os outorgados representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima: **JARBAS RIBEIRO DA SILVA**.

João Pessoa/PB, 13 de dezembro de 2017

BARTORIO
EST. 1911

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reservas, aos advogados, JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE, brasileira, solteira, inscrita no CPF/MF 069.074.834-59, OAB/PB 21.612, OLECY MORORO DE LUNA FREIRE NETO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB nº 21.947, ROBERTO CORREIA DE AMORIM FILHO, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 081.005.344-62, OAB/PB 19.385, ANA BEATRIZ DE ALMEIDA DANTAS, brasileira, casada, inscrita no CPF/MF 045.561.364-82, advogada, inscrita na OAB/PB 14.182, EWERTON HENRIQUE DE FRANÇA VASCONCELOS DOURADO, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 054.071.745-29, advogado inscrito na OAB/PB 23.075, EMANUEL FELÍCIO BARBOSA DIAS, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 053.479.294-48, inscrito na OAB/PB nº 15.445, FERNANDO ABREU BARBOSA CAMPOS, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF 076.376.134-61, inscrito na OAB/PB nº 23.835, IGOR SANTANA GOIS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF/MF 047.570.235-29, inscrito na OAB/SE 10223/SE, OSMAN XAVIER FERREIRA JUNIOR, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito no CPF 066.775.964-60, inscrito na OAB PB nº 18.672, ALANNA KASSIA DE ARAUJO LEITE, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF sob o nº 095.622.754-69, inscrita na OAB/PB nº 23.990, BRUNA GONCALVES ALEXANDRE BRECKENFELD, brasileira, solteira, advogada, inscrita no CPF/MF 057.484.494-55, inscrita na OAB/PB 14.409 todos com escritório no mesmo endereço dos outorgados. Os poderes a mim investidos,

LÍRIDA MACEDO
2AB/PB n° 11.379

SERVÍCIO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA & OFÍCIOS INSTITUCIONAIS
Bom-Sucesso Vieira Batista - Passeio da Alfândega, 21 - 9ºP, Recife/PE - Vieira Batista - Cidade
do Rio Branco - Acre - 69010-000 - CEP 50000-000

Reconheço, como autêntica a verdadeira, a(s) assinatura(s) de
IVANELDO DA SILVA SOARES
Assinante
Em test da verdade. João Pessoa - PB - 07/02/2019 - 12:54
Marselinho Alexandre de Souza Moraes - FONTE: NEXUS
(2018-006956) JEDBLR8 49.48 FARFEN:00012018-006956-130
SEL: DIGITAL: AGLD-2288-F305
Confira a autenticidade no <http://www.tre-pb.gov.br>

NOTARIA
Ofício
Distrital
O Rio Brás Ribeira do
Tigre, s/n, bairro
Mangabeira
João Pessoa - PB



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Laurineu Da Silva Lins,
RG nº 2.934.546 data de expedição 25/11/2015
Órgão _____, portador do CPF nº 099.177.069-10 com
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA DAS Lámenos, nº 105
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Thiago Souza cujo condutor era
Thiago Souza.

Veículo: Moto
Modelo: 2013 Supermotard
Ano: 2013
Placa: 05U 6851
Chassi: WXXCBL04E0251519
Data do Acidente:
Local e Data: 27/01/2017

Laurineu Da Silva Lins

Assinatura do Declarante

Thiago Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





SLAÇO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM TERRESTRE OU PONTO DE CARGA ALIADO A TRANSPORTADAS OU NAU SEGURADO OPVAT

PB Nº 012427043496 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO MERCADO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvalsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

| | | | |
|--|--|--|--|
| 000 | | DATA EMISSAO 2017-07-01 | DATA VENCIMENTO 2017-07-31 |
| 1 | 09517708410 | REF ID: 00000000000000000000000000000000 | REF ID: 00000000000000000000000000000000 |
| PAGAMENTO 01000000000000000000000000000000 | | VALOR TOTAL 175000000000000000000000000000000 | |
| VALOR PAGO 00000000000000000000000000000000 | | VALOR PENDENTE DE PAGAR 175000000000000000000000000000000 | |
| VALOR PAGO 00000000000000000000000000000000 | | VALOR PENDENTE DE PAGAR 175000000000000000000000000000000 | |
| PRÉMIO TARIFÁRIO | | | |
| VALOR PREMIADO 00000000000000000000000000000000 | VALOR PAGO 00000000000000000000000000000000 | VALOR PENDENTE DE PAGAR 175000000000000000000000000000000 | VALOR PENDENTE DE PAGAR 175000000000000000000000000000000 |
| VALOR PAGO 00000000000000000000000000000000 | | VALOR PENDENTE DE PAGAR 175000000000000000000000000000000 | |
| <input type="checkbox"/> ESTAMPA | | <input type="checkbox"/> PAGAMENTO | |
| <input type="checkbox"/> ESTAMPA | | <input type="checkbox"/> PAGAMENTO | |

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.836/0001-34

Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:43
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912261327427520000026316424>
Número do documento: 1912261327427520000026316424

Num. 27265566 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274275200000026316424>
Número do documento: 19122613274275200000026316424

Num. 27265566 - Pág. 5



LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.102017.28341

IVANILDO DA SILVA SOARES

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a),
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

21/11/2017
Ivanildo da Silva Soares





Requisição de exame nº 276/2017
Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO - DPVAT

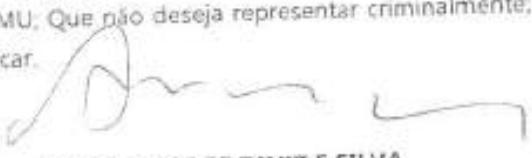
Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz
Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB
João Pessoa (PB), 30 de OUTUBRO de 2017.

OBS-1: Segue em anexo LAUDO MÉDICO e cópia da Certidão de Registro de Ocorrência
01971.01.2017.1.00.420

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatológico a pessoa abaixo mencionada:
IVANILDO DA SILVA SOARES, CPF nº 709.597.674-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Ivonete Moreira da Silva e João Aprígio Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/06/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) na Rua Hermano Toscano L. Cavash, complemento QD. 35, LT. 10, bairro Portal do Sol, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro de Hipismo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-9040.

Histórico Que conduzia o CICLOMOTOR DE MARCA I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, COR VERMELHA, 2013/2014, PLACA OEU6851/PB, CHASSI LXYYCBL04E0257519, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANO DA SILVA DIAS, quando ao passar por um cruzamento colidiu na dianteira esquerda de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 01.06.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU. Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.


ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado de Polícia Civil
Titular da DAVC





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

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.102017.28341

IVANILDO DA SILVA SOARES

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva.
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

21/11/2017
Ivanildo da Silva Soares





Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274275200000026316424>
Número do documento: 19122613274275200000026316424

Num. 27265566 - Pág. 9



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

| | | | |
|--------------------------|--|--|------------|
| REGISTRO GERAL | 4.218.453 | DATA DE EXPEDIÇÃO | 14/01/2014 |
| NAME | IVANILDO DA SILVA SOARES | | |
| FILHOS | JOÃO APRIGIO SOARES IVONETE MOREIRA DA SILVA | | |
| NATURALIDADE | JOÃO PESSOA-PB | DATAS DE NASCIMENTO | 14/06/1993 |
| DOC. ORIGINAL | NASC.N.18611 FLS.272 LIV.A 17 CARTORIO 5º JOÃO PESSOA | | |
| Mão-Pessoal - 00 | | Assinado Autentico na Silva Nota Cartorio 5º João Pessoa - PB Assinatura de M. Cris. e Crim. | |
| LEI N° 7.180 DE 29/08/90 | | | |





[View Details](#)

CTC RECIFE PE JPA PL9
IVONETE MOREIRA DA SILVA
R HERMANO TOSCANO L CAVASN QD 35 LOTE 10
PORTAL DO SOL
58046-533 JOAO PESSOA PB



1869
2019

BOLETO DE ENTRADA
DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO
LIGAÇÕES MEDICAS - 4º PISO - CLÍNICA MEC
DURAÇÃO: 00:00:00

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Ivanido da Silva Souza
DATA DE NASCIMENTO 14/06/93
NOME DA MÃE Ivonete Moreira da Silva

DADOS EXTRAIOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 977038
DATA DO ATENDIMENTO 27/01/17
HORA DO ATENDIMENTO 21:30
ROTÍVIO DO ATENDIMENTO Atendimento de rotina
DIAGNÓSTICO (S) Peritamento de rotina à saúde
CID 10 S91.9

AVARIAÇÃO FÍSICAL

Paciente deu entrada neste Serviço trazendo piso S91.9, que de queixa de dor ótico-ocular direita, com intensão dolorosa em fomozero direito fêmoro com exames normais no momento da consulta na visão visual orbitária direita e esquerda. A oftalmologia BMF é encaminhada para realização de exames.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS

1. Feve e fomozela

RESULTADOS DOS EXAMES

2. Exames vitais

TRATAMENTO

3. Diagnóstico

ALTA HOSPITALAR 27/01/17
DATA DA EMISSÃO 01/05/17


Dr. Lirida Macedo
CRM: 3322/PB

ATENÇÃO: O documento acima é eletrônico e autêntico, podendo ser consultado no site do TJPB: <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274275200000026316424>



Data: 2017-12-27 10:35:31



Boletim de Atendimento - Colégio das Artes

GOVERNO
DA PARAÍBA

COLHIMENTO.sa - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 977098



Identificação do paciente

| | | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------|---------------|
| 0 | Nome | | Sexo |
| 113246 | IVANILDO DA SILVA SOARES | | Masculino |
| Data de nascimento | Idade | Estado Civil | Religião |
| 14/06/1933 | 23 anos 7 meses 13 dias | SOLTEIRO(A) | NAO INFORMADA |
| Mês | | | |
| MONETE MOREIRA DA SILVA | | | |
| E-mail | | | |
| DDD Móvel | Fone Móvel | DDD Fixo | Fone Fixo |
| Tipo documento: | Numero documento | NPCrie | |
| RG (IDENTIDADE) | 421845 | | |
| Local de procedência | | | |
| MANGABERA VII | | | |
| Email: | Naturalidade | Tipo | UF |
| | JOAO PESSOA | Bairro | PB |
| CICR | | | |

Endereço

| | | | |
|----------|-------------------------|----|--------------|
| CEP | Município de residência | UF | Logradouro |
| 58059772 | JOAO PESSOA | PE | DAS COLONIAS |
| Número | Condomínio: | | |
| 100 | | | Bairro |
| | | | MANGABERA |

Admissão

| | | |
|---------------------|--------------------|----------|
| Data e Hora | Número de paciente | Corrente |
| 27/01/2017 21:35:31 | 100005197155 | SUB |

Especialidade

TRAUMATOLOGISTA

Classificação de risco

| | | |
|--------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Código de atendimento | Motivo do atendimento | Detalhe do acidente |
| OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO | ACIDENTE DE BICICLETA | VEICULO X MOTO |

Indicadores e Transporte

| | | | |
|--------------|----------------|--------------------|--------|
| Caso próprio | Plano de saúde | Véio da ambulância | Trauma |
| Não | Não | Sim | Sim |

Meio de transporte

SAMU

Quem transportou:

NÃO SE APlica

Sinais Vitais

| | | | |
|----|--------|---------|-------------|
| PA | X mmHg | Clarete | Temperatura |
| | | | |

Exames complementares

| | | | | | | |
|----------------|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Ralo X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Líquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | | | | | | |

Diagnóstico

Avaliado por:
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

CO

Dado:

02/01/2019 13:27:43

Impresso:

2017-01-27 10:35:31

Primo Atendimento

00000000000000000000000000000000

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

00000000000000000000000000000000
THAYLDO DE SILVA SOARES BE 977098
DT. Nasc.: 14/07/1981
PES: 70KG ALTURA: 1,70M

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

END: SRE COL. UNIS
N: 106 - RAVORICHE
JORN: PESSE
FONE: 43
CELULAR: 43-99796063
E-mail: 43-99796063
DT. ENTRADA:

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS: Abertas Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA:

Anéxia

AUSCULTA PULMONAR:

1 - RUVÔRIO VESICULAR:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presente e normal | <input type="checkbox"/> Presente e no má |
| <input checked="" type="checkbox"/> Rude | <input type="checkbox"/> Rude |
| <input type="checkbox"/> Diminuído | <input type="checkbox"/> Diminuído |

HTC:

Ausente

HTC: Ausente

HTC: Ausente

HTC:

Ausente

2 - RUVOS:

Ausente

HTC:

Ausente

Roncos

HTC: Ausente

Roncos

HTC: Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:

Ausente

HTC:



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

9.5 /PBR

BIBLIOTECA
MUNICIPAL DE SANTOS
CNPJ: 14.000-282
PROJETO PORTAL DA LEITURA
ANO 2005 VOL. 001
100 - CONCEPÇÃO
101 - PECUÁRIA

| | | | | |
|-------------------------------|--------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| PROCEDÊNCIA: | 1. Automóvel | 2. Ciclismo | 3. Peões | 4. pedestres |
| TIPO DE ACIDENTE: | 1. Choque | 2. Impactos | 3. Perdeu o controle | 4. Entrada |
| | 1. Encostamento | 2. Bicicleta | 3. Explosão | 4. Motocicleta |
| TIPO DE LESÃO: | 1. Fratura fechada | 2. Fratura aberta | 3. Entorpecimento | 4. Paralisia |
| | 1. Mordida | 2. Queimadura | 3. Ferida estrangulada | 4. Trauma |
| LOCAL DA LESÃO: | 1. Mão/peito | 2. Cabeça/rosto | 3. Perna | 4. Abdomen/pelvis |
| DADOS CLÍNICOS (se aplicável) | | | | |

DATA DE INSCRIÇÃO: 07/05/2018

| | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| EXAME FÍSICO | 74 | anos | 1,70 | km | 80,2 | kg | 70 | mmHg |
| Sistema Neurológico: | | | | | | | | |
| Nível de Consciência: | <input checked="" type="checkbox"/> | Consciente | <input type="checkbox"/> | Alerta/Alerta | <input type="checkbox"/> | Nervosa | <input type="checkbox"/> | Desorientado |
| Avaliação das pupilas: | <input checked="" type="checkbox"/> | Homogêneas | <input type="checkbox"/> | Hiperfisiológicas | <input type="checkbox"/> | Atrofia | <input type="checkbox"/> | Misérgas |
| Sistema Respiratório: | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Ventilação pulmonar | <input type="checkbox"/> | Respiração abdominal | <input type="checkbox"/> | Ventilação pulmonar | <input type="checkbox"/> | Respiração diafragmática |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Taquicôndilo | <input type="checkbox"/> | Respiração diafragmática | <input type="checkbox"/> | Respiração diafragmática | <input type="checkbox"/> | Respiração diafragmática |
| Sistema Circulatório: | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Pulsos periféricos | <input type="checkbox"/> | Pulsos centrais | <input type="checkbox"/> | Coração | <input type="checkbox"/> | Coração e sistema vascular |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Pulseira | <input type="checkbox"/> | Arterias centrais | <input type="checkbox"/> | Período diástola arterial | <input type="checkbox"/> | Período sistólico arterial |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Palpação | <input type="checkbox"/> | Palpação | <input type="checkbox"/> | Período diastrófico arterial | <input type="checkbox"/> | Período sistólico arterial |
| Sistema Digestório: | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Próstata | <input type="checkbox"/> | Coceira | <input type="checkbox"/> | Vátemos | <input type="checkbox"/> | Defecação superficial |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | HBS | <input type="checkbox"/> | Defecação | <input type="checkbox"/> | Cópula vaginal | <input type="checkbox"/> | Defecação profunda |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | HGB | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | Ritmo cardíaco | <input type="checkbox"/> | Defecação intestinal |
| Sistema Genito-urinário: | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | Testes | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRURGICO

Expenditure

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:
IMUNIZADO CONTRA O TETANO?

DE SETA

本圖本用於教學

1985-1986
INTERVIEW
1986-1987



—
CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIE



10000518755 BE 977098
1/PAULINE DE SILVA'S SCORES
D 485C 14736/1855

END 005 END 00100
4 125 - PAG0000100
2000 PAGES
PAGE 11
SHEET 1 OF 1000000000
PAGES 20
BT GATEWAY





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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

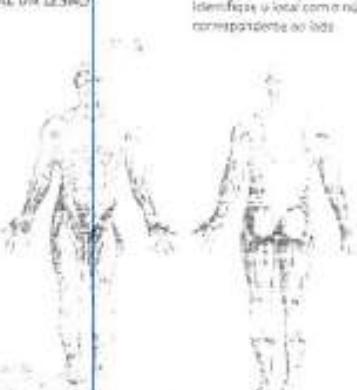
| | | | | | | | |
|--|-----|---------------------------------------|---|---|--------|---|-------------------------|
| Data | / / | ID da Ocorrência | <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT | Nº / Equipe | Plano: | Horas de Saída da Base | Horas de Chegada na UCI |
| | | | | <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite | | : Hs | : Hs |
| Paciente / Usuário | | | | Idade | | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | Telefone: |
| Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro _____ | | | | Bairro: | | Médico Regulador | |
| Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três _____ | | | | | | | |
| Apelo no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro _____ | | | | | | | |
| GTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadido do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro _____ | | | | | | | |
| DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento | | | | | | | |
| Destino (Unidade Hospitalar) | | | | Responsável e Função (Assinatura e Círculo) | | | |
| NATUREZA DA OCORRÊNCIA | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO | | <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO | | <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO | | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA | |
| Motivo: _____ | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CAUSAS EXTERNAS | | | | Hospital de Origem: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | | | Responsável: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> F.A.P. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Aflagamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Colapso / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | | | Hospital de Destino: _____ | | | |
| | | | | Responsável: _____ | | | |
| ANTECEDENTES | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infeccio-contagiosa | | | | <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo | | | |
| Quais? | | | | | | | |
| 1. DADOS VITAIS | | | | | | | |
| PA _____ | | PC _____ | | FR: _____ | | HGT: _____ SpO2 - S/I/O2: _____ SpO2 - C/I/O2: _____ | |
| EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA | | | | | | | |
| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: | | | | | | | |
| Diagnósticos de Enfermagem: _____ | | | | | | | |
| Intervenções: _____ | | | | | | | |
| Evolução do Enfermeiro: _____ | | | | | | | |
| ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA | | | | | | | |



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim _____
MEDICAMENTOS: Não Sim _____
IMUNIZAÇÃO: SIM SIM _____
PATOLOGIA: Não Sim _____
ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim _____

LOCAL DA LESÃO



Identifique o total com o número correspondente ao lado

-
- 1. Abraçado
 - 2. Amputação
 - 3. Avulsão
 - 4. Cunhada
 - 5. Crepitacão
 - 6. Dor
 - 7. Edema
 - 8. Empinamento
 - 9. Eritema subcutâneo
 - 10. Esmagamento
 - 11. Equimose
 - 12. F. Arma Branca
 - 13. F. Arma de Fogo
 - 14. F. Contuso
 - 15. F. Contuso
 - 16. F. Corte-Contuso
 - 17. F. Perfuro-Contuso
 - 18. F. Perfuro-Contuso
 - 19. Fratura Óssea Fechada
 - 20. Fratura Óssea Aberta
 - 21. Hematoma
 - 22. Inurgitamento Nervoso
 - 23. Lacerapão
 - 24. Lesão Tendínea
 - 25. Luxação
 - 26. Metacraqueira
 - 27. Movimento traçado paródossal
 - 28. Objeto Encaixado
 - 29. Oterragia
 - 30. Paralisia
 - 31. Paresia
 - 32. Paroxistis
 - 33. Permeabilidade
 - 34. Rictorragia
 - 35. Síntese da Invenção
 - 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra do palmo)

% Graus de queimadura

1º grau

2º grau

3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- Radiografia
- Ultrassonografia (FAST)
- Tomografia computadorizada

- Exame peritoneal
- Gasometria arterial
- Tropagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

EDUCAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Sintomas principais: _____
 Sintomas secundários: _____
 do dia _____
 do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

Centro cirúrgico
 Transferência (unidade de saúde)
 Internado (setor) _____
 Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revelia Desistência
 Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Fórmula IMPL Outro _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____





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



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 709/098, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1584552, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente IVANILDO DA SILVA SOARES idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 27/01/2017, na Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Bairro: Mangabeira VII - João Pessoa - aproximadamente às 20:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Setembro de 2017.


SAMU 192 JP
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





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 estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, José Ribeiro de Souza Soares,PORTADOR(A) DO RG Nº 4.218.453 EXPEDIDO POR 05 / PB EM 11 / 01 / 2019 ECPF 010.915.915-041 / CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO operário,E RENDA MENSAL DE R\$ 431,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Tentativa de roubo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para emitir 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 POLIPANÇA 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 invalido 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 extrato bancário 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 041 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0+71 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00043942-6

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

Nº do BANCO 041 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0+71 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00043942-6

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

José Ribeiro de Souza Soares, C^o de 2019 de 01 de 2019
LOCAL E DATA

José Ribeiro de Souza Soares
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários), obedecendo a 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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01971.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01971.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: A(s) 13:52 horas do dia 30 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ivanildo da Silva Soares**, CPF nº 709.597.674-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Pedreiro, filho(a) de Ivonete Moreira da Silva e João Aprigio Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/06/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Hermano Toscano L. Cavasini, complemento QD. 35, LT. 10, bairro Portal do Sol, tendo como ponto de referência Próximo Ao Centro de Hipismo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-9040.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Próximo Ao Shopping Mangabeira, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/17 20:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o CICLOMOTOR DE MARCA I SHINERAY XY50Q PHOENIX, COR VERMELHA, 2013/2014, PLACA OEU6851/PB, CHASSI LXYXCB04E0257519, REGISTRADA EM NOME DE LUCIANO DA SILVA DIAS, quando ao passar por um cruzamento colidiu na dianteira esquerda de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, onde em decorrência veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 01/06/2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de outubro de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

IVANILDO DA SILVA SOARES
Noticiante

SEGURO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Av. Rainha Victoria Barata - Edifício 2º Ofício - Distrito Industrial - João Pessoa/PB - CEP 58000-000
Tels: (83) 3202-1000 / 3202-1001 / 3202-1002 / 3202-1003 / 3202-1004 / 3202-1005 / 3202-1006 / 3202-1007 / 3202-1008 / 3202-1009 / 3202-1010 / 3202-1011 / 3202-1012 / 3202-1013 / 3202-1014 / 3202-1015 / 3202-1016 / 3202-1017 / 3202-1018 / 3202-1019 / 3202-1020 / 3202-1021 / 3202-1022 / 3202-1023 / 3202-1024 / 3202-1025 / 3202-1026 / 3202-1027 / 3202-1028 / 3202-1029 / 3202-1030 / 3202-1031 / 3202-1032 / 3202-1033 / 3202-1034 / 3202-1035 / 3202-1036 / 3202-1037 / 3202-1038 / 3202-1039 / 3202-1040 / 3202-1041 / 3202-1042 / 3202-1043 / 3202-1044 / 3202-1045 / 3202-1046 / 3202-1047 / 3202-1048 / 3202-1049 / 3202-1050 / 3202-1051 / 3202-1052 / 3202-1053 / 3202-1054 / 3202-1055 / 3202-1056 / 3202-1057 / 3202-1058 / 3202-1059 / 3202-1060 / 3202-1061 / 3202-1062 / 3202-1063 / 3202-1064 / 3202-1065 / 3202-1066 / 3202-1067 / 3202-1068 / 3202-1069 / 3202-1070 / 3202-1071 / 3202-1072 / 3202-1073 / 3202-1074 / 3202-1075 / 3202-1076 / 3202-1077 / 3202-1078 / 3202-1079 / 3202-1080 / 3202-1081 / 3202-1082 / 3202-1083 / 3202-1084 / 3202-1085 / 3202-1086 / 3202-1087 / 3202-1088 / 3202-1089 / 3202-1090 / 3202-1091 / 3202-1092 / 3202-1093 / 3202-1094 / 3202-1095 / 3202-1096 / 3202-1097 / 3202-1098 / 3202-1099 / 3202-1100 / 3202-1101 / 3202-1102 / 3202-1103 / 3202-1104 / 3202-1105 / 3202-1106 / 3202-1107 / 3202-1108 / 3202-1109 / 3202-1110 / 3202-1111 / 3202-1112 / 3202-1113 / 3202-1114 / 3202-1115 / 3202-1116 / 3202-1117 / 3202-1118 / 3202-1119 / 3202-1120 / 3202-1121 / 3202-1122 / 3202-1123 / 3202-1124 / 3202-1125 / 3202-1126 / 3202-1127 / 3202-1128 / 3202-1129 / 3202-1130 / 3202-1131 / 3202-1132 / 3202-1133 / 3202-1134 / 3202-1135 / 3202-1136 / 3202-1137 / 3202-1138 / 3202-1139 / 3202-1140 / 3202-1141 / 3202-1142 / 3202-1143 / 3202-1144 / 3202-1145 / 3202-1146 / 3202-1147 / 3202-1148 / 3202-1149 / 3202-1150 / 3202-1151 / 3202-1152 / 3202-1153 / 3202-1154 / 3202-1155 / 3202-1156 / 3202-1157 / 3202-1158 / 3202-1159 / 3202-1160 / 3202-1161 / 3202-1162 / 3202-1163 / 3202-1164 / 3202-1165 / 3202-1166 / 3202-1167 / 3202-1168 / 3202-1169 / 3202-1170 / 3202-1171 / 3202-1172 / 3202-1173 / 3202-1174 / 3202-1175 / 3202-1176 / 3202-1177 / 3202-1178 / 3202-1179 / 3202-1180 / 3202-1181 / 3202-1182 / 3202-1183 / 3202-1184 / 3202-1185 / 3202-1186 / 3202-1187 / 3202-1188 / 3202-1189 / 3202-1190 / 3202-1191 / 3202-1192 / 3202-1193 / 3202-1194 / 3202-1195 / 3202-1196 / 3202-1197 / 3202-1198 / 3202-1199 / 3202-1200 / 3202-1201 / 3202-1202 / 3202-1203 / 3202-1204 / 3202-1205 / 3202-1206 / 3202-1207 / 3202-1208 / 3202-1209 / 3202-1210 / 3202-1211 / 3202-1212 / 3202-1213 / 3202-1214 / 3202-1215 / 3202-1216 / 3202-1217 / 3202-1218 / 3202-1219 / 3202-1220 / 3202-1221 / 3202-1222 / 3202-1223 / 3202-1224 / 3202-1225 / 3202-1226 / 3202-1227 / 3202-1228 / 3202-1229 / 3202-1230 / 3202-1231 / 3202-1232 / 3202-1233 / 3202-1234 / 3202-1235 / 3202-1236 / 3202-1237 / 3202-1238 / 3202-1239 / 3202-1240 / 3202-1241 / 3202-1242 / 3202-1243 / 3202-1244 / 3202-1245 / 3202-1246 / 3202-1247 / 3202-1248 / 3202-1249 / 3202-1250 / 3202-1251 / 3202-1252 / 3202-1253 / 3202-1254 / 3202-1255 / 3202-1256 / 3202-1257 / 3202-1258 / 3202-1259 / 3202-1260 / 3202-1261 / 3202-1262 / 3202-1263 / 3202-1264 / 3202-1265 / 3202-1266 / 3202-1267 / 3202-1268 / 3202-1269 / 3202-1270 / 3202-1271 / 3202-1272 / 3202-1273 / 3202-1274 / 3202-1275 / 3202-1276 / 3202-1277 / 3202-1278 / 3202-1279 / 3202-1280 / 3202-1281 / 3202-1282 / 3202-1283 / 3202-1284 / 3202-1285 / 3202-1286 / 3202-1287 / 3202-1288 / 3202-1289 / 3202-1290 / 3202-1291 / 3202-1292 / 3202-1293 / 3202-1294 / 3202-1295 / 3202-1296 / 3202-1297 / 3202-1298 / 3202-1299 / 3202-1300 / 3202-1301 / 3202-1302 / 3202-1303 / 3202-1304 / 3202-1305 / 3202-1306 / 3202-1307 / 3202-1308 / 3202-1309 / 3202-1310 / 3202-1311 / 3202-1312 / 3202-1313 / 3202-1314 / 3202-1315 / 3202-1316 / 3202-1317 / 3202-1318 / 3202-1319 / 3202-1320 / 3202-1321 / 3202-1322 / 3202-1323 / 3202-1324 / 3202-1325 / 3202-1326 / 3202-1327 / 3202-1328 / 3202-1329 / 3202-1330 / 3202-1331 / 3202-1332 / 3202-1333 / 3202-1334 / 3202-1335 / 3202-1336 / 3202-1337 / 3202-1338 / 3202-1339 / 3202-1340 / 3202-1341 / 3202-1342 / 3202-1343 / 3202-1344 / 3202-1345 / 3202-1346 / 3202-1347 / 3202-1348 / 3202-1349 / 3202-1350 / 3202-1351 / 3202-1352 / 3202-1353 / 3202-1354 / 3202-1355 / 3202-1356 / 3202-1357 / 3202-1358 / 3202-1359 / 3202-1360 / 3202-1361 / 3202-1362 / 3202-1363 / 3202-1364 / 3202-1365 / 3202-1366 / 3202-1367 / 3202-1368 / 3202-1369 / 3202-1370 / 3202-1371 / 3202-1372 / 3202-1373 / 3202-1374 / 3202-1375 / 3202-1376 / 3202-1377 / 3202-1378 / 3202-1379 / 3202-1380 / 3202-1381 / 3202-1382 / 3202-1383 / 3202-1384 / 3202-1385 / 3202-1386 / 3202-1387 / 3202-1388 / 3202-1389 / 3202-1390 / 3202-1391 / 3202-1392 / 3202-1393 / 3202-1394 / 3202-1395 / 3202-1396 / 3202-1397 / 3202-1398 / 3202-1399 / 3202-1400 / 3202-1401 / 3202-1402 / 3202-1403 / 3202-1404 / 3202-1405 / 3202-1406 / 3202-1407 / 3202-1408 / 3202-1409 / 3202-1410 / 3202-1411 / 3202-1412 / 3202-1413 / 3202-1414 / 3202-1415 / 3202-1416 / 3202-1417 / 3202-1418 / 3202-1419 / 3202-1420 / 3202-1421 / 3202-1422 / 3202-1423 / 3202-1424 / 3202-1425 / 3202-1426 / 3202-1427 / 3202-1428 / 3202-1429 / 3202-1430 / 3202-1431 / 3202-1432 / 3202-1433 / 3202-1434 / 3202-1435 / 3202-1436 / 3202-1437 / 3202-1438 / 3202-1439 / 3202-1440 / 3202-1441 / 3202-1442 / 3202-1443 / 3202-1444 / 3202-1445 / 3202-1446 / 3202-1447 / 3202-1448 / 3202-1449 / 3202-1450 / 3202-1451 / 3202-1452 / 3202-1453 / 3202-1454 / 3202-1455 / 3202-1456 / 3202-1457 / 3202-1458 / 3202-1459 / 3202-1460 / 3202-1461 / 3202-1462 / 3202-1463 / 3202-1464 / 3202-1465 / 3202-1466 / 3202-1467 / 3202-1468 / 3202-1469 / 3202-1470 / 3202-1471 / 3202-1472 / 3202-1473 / 3202-1474 / 3202-1475 / 3202-1476 / 3202-1477 / 3202-1478 / 3202-1479 / 3202-1480 / 3202-1481 / 3202-1482 / 3202-1483 / 3202-1484 / 3202-1485 / 3202-1486 / 3202-1487 / 3202-1488 / 3202-1489 / 3202-1490 / 3202-1491 / 3202-1492 / 3202-1493 / 3202-1494 / 3202-1495 / 3202-1496 / 3202-1497 / 3202-1498 / 3202-1499 / 3202-1500 / 3202-1501 / 3202-1502 / 3202-1503 / 3202-1504 / 3202-1505 / 3202-1506 / 3202-1507 / 3202-1508 / 3202-1509 / 3202-1510 / 3202-1511 / 3202-1512 / 3202-1513 / 3202-1514 / 3202-1515 / 3202-1516 / 3202-1517 / 3202-1518 / 3202-1519 / 3202-1520 / 3202-1521 / 3202-1522 / 3202-1523 / 3202-1524 / 3202-1525 / 3202-1526 / 3202-1527 / 3202-1528 / 3202-1529 / 3202-1530 / 3202-1531 / 3202-1532 / 3202-1533 / 3202-1534 / 3202-1535 / 3202-1536 / 3202-1537 / 3202-1538 / 3202-1539 / 3202-1540 / 3202-1541 / 3202-1542 / 3202-1543 / 3202-1544 / 3202-1545 / 3202-1546 / 3202-1547 / 3202-1548 / 3202-1549 / 3202-1550 / 3202-1551 / 3202-1552 / 3202-1553 / 3202-1554 / 3202-1555 / 3202-1556 / 3202-1557 / 3202-1558 / 3202-1559 / 3202-1560 / 3202-1561 / 3202-1562 / 3202-1563 / 3202-1564 / 3202-1565 / 3202-1566 / 3202-1567 / 3202-1568 / 3202-1569 / 3202-1570 / 3202-1571 / 3202-1572 / 3202-1573 / 3202-1574 / 3202-1575 / 3202-1576 / 3202-1577 / 3202-1578 / 3202-1579 / 3202-1580 / 3202-1581 / 3202-1582 / 3202-1583 / 3202-1584 / 3202-1585 / 3202-1586 / 3202-1587 / 3202-1588 / 3202-1589 / 3202-1590 / 3202-1591 / 3202-1592 / 3202-1593 / 3202-1594 / 3202-1595 / 3202-1596 / 3202-1597 / 3202-1598 / 3202-1599 / 3202-1500 / 3202-1501 / 3202-1502 / 3202-1503 / 3202-1504 / 3202-1505 / 3202-1506 / 3202-1507 / 3202-1508 / 3202-1509 / 3202-15010 / 3202-15011 / 3202-15012 / 3202-15013 / 3202-15014 / 3202-15015 / 3202-15016 / 3202-15017 / 3202-15018 / 3202-15019 / 3202-15020 / 3202-15021 / 3202-15022 / 3202-15023 / 3202-15024 / 3202-15025 / 3202-15026 / 3202-15027 / 3202-15028 / 3202-15029 / 3202-15030 / 3202-15031 / 3202-15032 / 3202-15033 / 3202-15034 / 3202-15035 / 3202-15036 / 3202-15037 / 3202-15038 / 3202-15039 / 3202-15040 / 3202-15041 / 3202-15042 / 3202-15043 / 3202-15044 / 3202-15045 / 3202-15046 / 3202-15047 / 3202-15048 / 3202-15049 / 3202-15050 / 3202-15051 / 3202-15052 / 3202-15053 / 3202-15054 / 3202-15055 / 3202-15056 / 3202-15057 / 3202-15058 / 3202-15059 / 3202-15060 / 3202-15061 / 3202-15062 / 3202-15063 / 3202-15064 / 3202-15065 / 3202-15066 / 3202-15067 / 3202-15068 / 3202-15069 / 3202-15070 / 3202-15071 / 3202-15072 / 3202-15073 / 3202-15074 / 3202-15075 / 3202-15076 / 3202-15077 / 3202-15078 / 3202-15079 / 3202-15080 / 3202-15081 / 3202-15082 / 3202-15083 / 3202-15084 / 3202-15085 / 3202-15086 / 3202-15087 / 3202-15088 / 3202-15089 / 3202-15090 / 3202-15091 / 3202-15092 / 3202-15093 / 3202-15094 / 3202-15095 / 3202-15096 / 3202-15097 / 3202-15098 / 3202-15099 / 3202-150100 / 3202-150101 / 3202-150102 / 3202-150103 / 3202-150104 / 3202-150105 / 3202-150106 / 3202-150107 / 3202-150108 / 3202-150109 / 3202-150110 / 3202-150111 / 3202-150112 / 3202-150113 / 3202-150114 / 3202-150115 / 3202-150116 / 3202-150117 / 3202-150118 / 3202-150119 / 3202-150120 / 3202-150121 / 3202-150122 / 3202-150123 / 3202-150124 / 3202-150125 / 3202-150126 / 3202-150127 / 3202-150128 / 3202-150129 / 3202-150130 / 3202-150131 / 3202-150132 / 3202-150133 / 3202-150134 / 3202-150135 / 3202-150136 / 3202-150137 / 3202-150138 / 3202-150139 / 3202-150140 / 3202-150141 / 3202-150142 / 3202-150143 / 3202-150144 / 3202-150145 / 3202-150146 / 3202-150147 / 3202-150148 / 3202-150149 / 3202-150150 / 3202-150151 / 3202-150152 / 3202-150153 / 3202-150154 / 3202-150155 / 3202-150156 / 3202-150157 / 3202-150158 / 3202-150159 / 3202-150160 / 3202-150161 / 3202-150162 / 3202-150163 / 3202-150164 / 3202-150165 / 3202-150166 / 3202-150167 / 3202-150168 / 3202-150169 / 3202-150170 / 3202-150171 / 3202-150172 / 3202-150173 / 3202-150174 / 3202-150175 / 3202-150176 / 3202-150177 / 3202-150178 / 3202-150179 / 3202-150180 / 3202-150181 / 3202-150182 / 3202-150183 / 3202-150184 / 3202-150185 / 3202-150186 / 3202-150187 / 3202-150188 / 3202-150189 / 3202-150190 / 3202-150191 / 3202-150192 / 3202-150193 / 3202-150194 / 3202-150195 / 3202-150196 / 3202-150197 / 3202-150198 / 3202-150199 / 3202-150200 / 3202-150201 / 3202-150202 / 3202-150203 / 3202-150204 / 3202-150205 / 3202-150206 / 3202-150207 / 3202-150208 / 3202-150209 / 3202-150210 / 3202-150211 / 3202-150212 / 3202-150213 / 3202-150214 / 3202-150215 / 3202-150216 / 3202-150217 / 3202-150218 / 3202-150219 / 3202-150220 / 3202-150221 / 3202-150222 / 3202-150223 / 3202-150224 / 3202-150225 / 3202-150226



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 26/12/2019 13:27:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122613274275200000026316424>
Número do documento: 19122613274275200000026316424

Num. 27265566 - Pág. 22

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanilde da Silva Soares,

RG nº 41216453, data de expedição 14/01/2014, Órgão TJ-PB,

CPF nº 409.798.674-00, 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) | <u>Rua Hermínio Timóteo L. Gamm</u> |
| Número | <u>59</u> |
| Apto / Complemento | <u>QD 30 LT 10</u> |
| Bairro | <u>Ponta do Sol</u> |
| Cidade | <u>Jaboatão dos Guararapes</u> |
| Estado | <u>PB</u> |
| CEP | <u>52046-543</u> |
| Telefone de Contato | <u>(83) 98750-1903</u> |
| E-mail | |

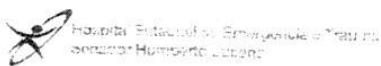
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Jaboatão, 19 de dezembro de 2017

Assinatura do Declarante: Ivanilde da Silva Soares



Crus Vermelha Brasileira



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 977098



Identificação do paciente

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| ID 1133445 | Nome IVANILDO DA SILVA SOARES | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 14/06/1993 | Idade 23 anos 7 meses 13 dias | Estado civil SOLTEIRO(A) |
| Mãe IVONETE MOREIRA DA SILVA | | Religião NAO INFORMADA |
| Escolaridade | | Pai JOAO APRIGIO SOARES |
| DDD Móvel 98 | Fone Móvel 987569063 | Responsável (Parentesco) LUCIANO DA SILVA - ACOMPANHANTE |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 4218453 | DDD Fixo |
| Local de procedência MANGABEIRA VII | | Fone Fixo |
| Email: | Naturalidade JOAO PESSOA | Nº Cns |
| | CBO/R | UF PB |

Endereço

| | | | |
|-----------------|--|----------|----------------------------|
| CEP 58059772 | Município de residência JOAO PESSOA | UF PB | Logradouro DAS COLÔNIAS |
| Número 103 | Complemento | | Barrio MANGABEIRA |

Admissão

| | | |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------------|
| Data e Hora 27/01/2017 21:35:31 | Número da pulseira 100005197155 | Comodato SUS |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------------|

Especialidade
TRAUMATOLOGISTA

Clinica
CLINICA TRAUMA E GERAL

Classificação de risco

Origem do paciente
SAMU

Caráter de atendimento
OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO

Detalhe do acidente
VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

| | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Vaga de ambulância Sim | Trauma Sim |
| Meio de transporte SAMU | | Quem transportou NAO SE APLICA | |

Sinais Vitais

| | | | |
|----|--------|----|-------------|
| PA | X mmHg | P脉 | Temperatura |
|----|--------|----|-------------|

Exames complementares

| | | | | | | |
|----------------|-----------|----------|-------|-----------|--------|--------------------|
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos | | | | | | |

Diagnóstico

CID

Atendido por
JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA

Tempo
02min 43seg

Imprimir



CRAZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento

1000006197156 BE : 977098

IVANILDO DA SILVA SOARES

DT NASC : 14/08/1982

MAE: IVONETE MOREIRA DA SILVA

MEDEIRA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

| | |
|-------------------|--------|
| NOME DO PACIENTE: | IDADE: |
|-------------------|--------|

END: R. DAS COLONIAS

N. 100 - MANGABEIRAS

JORDA PESSOA

FONE: ()

CELULAR: () 987568063

IDADE: 23

DT ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Párvias ObstruídasCERVICAL IMMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMURÍO VESICULAR:

| | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal | <input type="checkbox"/> Presente e no mal |
| <input type="checkbox"/> Rude | <input type="checkbox"/> Rude |
| <input type="checkbox"/> Diminuído | <input type="checkbox"/> Diminuído |
| <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Ausente |

2 - RUIDOS

| | | | | |
|------------------------------|------------|------------|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> sim | HTD | Roncos | HTE | Roncos |
| <input type="checkbox"/> sim | Sibilos | Sibilos | Sibilos | Sibilos |
| <input type="checkbox"/> sim | Esteriores | Esteriores | Esteriores | Esteriores |

FR: _____ imp SaO₂: _____ %

Déficit Neurológico

Pupilas: Fotorreagente Paralisadas Isocônicas Anisocônicas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

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

F(NC).CC.OU



UNIVERSIDADE
FEDERAL DA
PARÁ

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PROC

1000005197156
IVANILDO DA SILVA SOARES
DT. NASC.: 14/06/1992
MARE: IVONETE MOREIRA DA SILVA
SE: 977098

END: R. DAS COL. ANTAS
N. 105 - MANGABEIRA
JORN. PESSOA
FONE: (83) 3222-1234
CELULAR: (83) 987569863
IDADE: 23
DT. ENTRADA:

[] Bicicleta

PROCEDÊNCIA: [] Viagem [] Ambulância de passageiro [] Ambulância
TIPO DE ACIDENTE: [] Auto [] Automóvel [] Ônibus [] Ciclismo
[] Envenenamento [] Incêndio [] Explosão [] Arma de Fogo [] Arma branca [] Outros
TIPO DE LESÃO: [] Fratura fechada [] Ferimento aberto [] Estufamento [] Lacerção [] Queimadura
[] Mordedura [] Objeto penetrando [] Ferimento contuso [] Amputação parcial [] Outros
LOCAL DA LESÃO: [] Membros sup. [] Membro inf. [] Tórax [] Cabeça e pescoço [] Outros

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO PA mmHg F bpm SpO2 Taxa

Sistema Neurológico:
Nível de Consciência: [] Consciente [] Inconsciente [] Orientado [] Desorientado
Avaliação das pupilas: Simetria: [] Isopáticas [] Anisocôricas Tamanho: [] Média

Sistema Respiratório: [] Ventilação normal [] Ventilação expectorante [] Ausculta [] Voz alterada
[] Traqueostomia [] Respiração rápida [] Obstrução parcial das vias aéreas
[] Respiração ruidosa [] Suprimento sanguíneo das artérias [] Infarto agudo do miocárdio
Sistema Circulatório: [] P脉 silente [] Palpitação [] Taquicardia [] Bradicardia [] Perfil sanguíneo anormal
[] Taquicardia [] Bradicardia [] Perfil sanguíneo anormal
[] Palidez [] Outros [] Perfil sanguíneo comprometido

Sistema Digestório: [] HDA [] Uso de SNG [] Vômitos [] Dor & palpável superficial
[] HDB [] Corpo estranho [] Dor & palpável profunda
Outros:

Sistema Genito-urinário: [] Disúria [] Hidrope [] Cistite [] Urticaria [] Vaginite [] Outros

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: [] Hipertensão [] Diabetes [] Câncer [] Alergias [] Cirurgias

[] Insuficiência cardíaca [] Insuficiência renal

Especificar:

USO DE MEDICAÇÃO: [] Sim [] Não Especificar

HORARIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? [] Sim [] Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

DESTINO:

ENFERMEIRO:

Enfermeiro: S. A. CRONFOL
Enfermeira: E. G. LIMA
CORPO DE FIREM
PROFISSIONAL

PROFISSIONAL





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIE

NOME DO PACIENTE

100005197155 BE : 9
IVANILDO DA SILVA SOARES
DT. NASC : 14/05/1993
MNR: IVONETE MOREIRA DA SILVA

END : RAS COL UNIR
N. 105 - MANGABEIRA
JOGO PESSOR
FONE: (31)
CEDEAR: (31) 987-50082
IDADE: 23
AT ENTRADA:





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



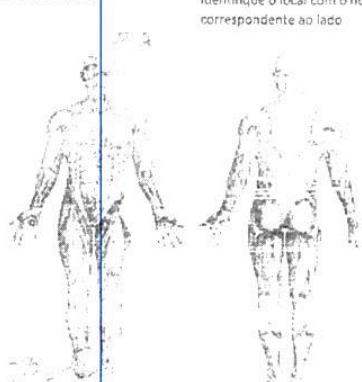
FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| | | | | | | | | |
|---|------------------|---|-------------|--|----------------------------|---|-------------------------------|----|
| Data / / | ID da Ocorrência | <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT | Nº / Equipe | Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite | Hora de Saída da Base : | Hs | Hora de Chegada no Local : | Hs |
| Paciente / Usuário | | | | Idade | | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem | Telefone: | |
| Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro: | | | | Bairro | | Médico Regulador | | |
| Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três. Apóio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: | | | | | | | | |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: | | | | | | | | |
| DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento | | | | | | | | |
| Destino (Unidade Hospitalar) | | | | Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) | | | | |
| NATUREZA DA OCORRÊNCIA | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: | | | | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> CAUSAS EXTERNAS Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> F.A.P. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | | | <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES AIDS Doença Mental Alcoolismo Doença Renal AVC Drogas Convulsões Hipertensão Arterial Diabetes Internamentos Anteriores Doença Cardíaca Problemas Respiratórios Doença Infecto-contagiosa Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____ | | | | |
| 1. DADOS VITAIS P.A: _____ FC: _____ FR: _____ HGT: _____ SpO2 - S/O2: _____ SpO2 - C/O2: _____ | | | | | | | | |
| EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA _____ _____ _____ | | | | | | | | |
| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Diagnósticos de Enfermagem: _____ Intervenções: _____ Evolução do Enfermeiro: _____ _____ _____ | | | | | | | | |
| ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA _____ _____ | | | | | | | | |



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 | Lacerção |
| 6 | Dor | 24 | Lesão Tendinea |
| 7 | Edema | 25 | Luxação |
| 8 | Empalamento | 26 | Mordedura |
| 9 | Efísema subcutâneo | 27 | Movimento torácico paradoxal |
| 10 | Esmagamento | 28 | Objeto Encaixado |
| 11 | Equimose | 29 | Otorragia |
| 12 | F. Arma Branca | 30 | Paralisia |
| 13 | F. Arma de Fogo | 31 | Paresia |
| 14 | F. Contuso | 32 | Parcotosia |
| 15 | F. Contante | 33 | Queimadura |
| 16 | F. Corte-Contuso | 34 | Rinorrágia |
| 17 | F. Perfuro-Contuso | 35 | Sinais de Isquemia |
| 18 | F. Perfuro-Cortante | 36 | |

OBS.:
QUEIMADURA:

 Superfície corporal lesada (regra da palma%) X Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- Radiografia Tomografia computadorizada Ultrassonografia (FAST) Tomografia computadorizada
 Lavado peritoneal Gasometria arterial Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

 Solicito parecer da _____ as ____ do dia _____.
 Solicito parecer da _____ as ____ do dia _____.
DESTINO DO PACIENTE
 Centro cirúrgico

 Transferência (unidade de saúde)

 Internado (setor)

Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revália Desistência
 Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO

DATA
SAÍDA
HORAS:

ASSIN

ASSINURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F (00) 0000-0000





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



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 709/098, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1584552, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente IVANILDO DA SILVA SOARES idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 27/01/2017, na Rua Manoel Ângelo de Oliveira, Bairro: Mangabeira VII - João Pessoa - aproximadamente às 20:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Setembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



**Poder Judiciário da Paraíba
15ª Vara Cível da Capital**

Fórum Des. Mário Moacyr Porto - Av. João Machado, s/n – Centro - João Pessoa – PB CEP: 58.013-520
E-mail: ipa.15varacivel@tjpb.gov.br - Fone: (83) 3208-2497

Processo Nº:0884568-69.2019.8.15.2001

Ação:[SEGURO]

AUTOR: IVANILDO DA SILVA SOARES

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

ATO ORDINATÓRIO

Certifico que a vista obrigatória às partes, através de seus Advogados, é ato meramente ordinatório devendo, portanto, ser praticado de ofício pelo servidor, independentemente de despacho nesse sentido. Desta forma, de ordem do MM Juiz de Direito da 15ª Vara Cível, e com fundamento no art. 203 § 4º do CPC, art. 93, XIV, da CF e Provimento nº 04/2014 da Corregedoria Geral de Justiça, publicado no DJ de 1º/08/2014, dando ciência a parte promovente, através de seu advogado, **para Juntar comprovante de rendimentos (contracheque, declaração de IRPF e IRPJ, se houver) e guia de simulação de custas no prazo de 15 dias.** O referido é verdade. Dou fé.

JOÃO PESSOA, em 30 de dezembro de 2019,

LUCRENILDE RAMALHO NOGUEIRA

Chefe de Cartório



Assinado eletronicamente por: LUCRENILDE RAMALHO NOGUEIRA - 30/12/2019 09:05:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123009051756000000026327324>
Número do documento: 19123009051756000000026327324

Num. 27276648 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: LUCRENILDE RAMALHO NOGUEIRA - 30/12/2019 09:05:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19123009051756000000026327324>
Número do documento: 19123009051756000000026327324

Num. 27276648 - Pág. 2

EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 06/02/2020 16:03:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002061603242100000027050955>
Número do documento: 2002061603242100000027050955

Num. 28044558 - Pág. 1

| | | | |
|---|-----------------|--------------------------------------|---|
|  <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p> | | | (Via da parte) |
| Nº do Processo: | Comarca: | Classe Processual: | Número do boleto: 200.4.20.10663/01 |
| | Joao Pessoa | PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de emissão: 06/02/2020 |
| Número da guia: 200.2020.610663 Tipo da Guia: Custas Prévias | | | Data de vencimento: 29/02/2020 |
| Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.030,20 Promovente: IVANILDO DA SILVA SOARES - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 | | | UFR vigente: R\$ 51,51 |
| | | | Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 |
| | | | Parcela: 1/1 |
| | | | Valor total: R\$ 1.234,05 |
| | | | Desconto total: R\$ 0,00 |
| 866100000128 340509283180 520200229208 042010663013  | | | Valor final: R\$ 1.234,05 |

| | | | |
|---|-----------------|--------------------------------------|---|
|  <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p> | | | (Via do processo) |
| Nº do Processo: | Comarca: | Classe Processual: | Número do boleto: 200.4.20.10663/01 |
| | Joao Pessoa | PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de emissão: 06/02/2020 |
| Número da guia: 200.2020.610663 Tipo de Guia: Custas Prévias | | | Data de vencimento: 29/02/2020 |
| Promovente: IVANILDO DA SILVA SOARES Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. | | | UFR vigente: R\$ 51,51 |
| Detalhamento: | | | Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 |
| | | | Parcela: 1/1 |
| | | | Valor total: R\$ 1.234,05 |
| | | | Desconto total: R\$ 0,00 |
| | | | Valor final: R\$ 1.234,05 |

| | | | |
|---|-----------------|--------------------------------------|---|
|  <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p> | | | (Via do banco) |
| Nº do Processo: | Comarca: | Classe Processual: | Número do boleto: 200.4.20.10663/01 |
| | Joao Pessoa | PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de emissão: 06/02/2020 |
| Número da guia: 200.2020.610663 Tipo de Guia: Custas Prévias | | | Data de vencimento: 29/02/2020 |
| Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.030,20 Promovente: IVANILDO DA SILVA SOARES - Taxa Judiciária: R\$ 202,50 - Taxa bancária: R\$ 1,35 | | | UFR vigente: R\$ 51,51 |
| | | | Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6 |
| | | | Parcela: 1/1 |
| | | | Valor total: R\$ 1.234,05 |
| | | | Desconto total: R\$ 0,00 |
| 866100000128 340509283180 520200229208 042010663013  | | | Valor final: R\$ 1.234,05 |





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2020.610663

Data Vencimento: 29/02/2020

Data Emissão: 06/02/2020

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: IVANILDO DA SILVA SOARES

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Valor da Causa: R\$ 13.500,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 1.030,20

Taxa: R\$ 202,50

Total da Guia: R\$ 1.232,70

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: LIRIDA MACEDO - 06/02/2020 16:03:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020616032541300000027051525>
Número do documento: 20020616032541300000027051525

Num. 28044578 - Pág. 2



Carteira de Trabalho Digital

Dados Pessoais

Nome Completo: **IVANILDO DA SILVA SOARES**

CPF: **709.597.674-01**

Data de Nascimento: **14/06/1993**

Sexo: **Masculino**

Nacionalidade: **Brasileiro**

Nome da Mãe: **IVONETE MOREIRA DA SILVA**



EXCELENTE JUÍZO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB

Proc. Nº: 0884568-69.2019.8.15.2001

IVANILDO DA SILVA SOARES, já qualificado no processo em epígrafe, vem à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu patrono, **APRESENTAR** guia de custas e comprovante de rendimentos nos termos requeridos no Despacho expedido de id. 27277149, a fim ser apreciado a hipossuficiência financeira alegada na exordial.

Destaque-se que o autor nunca teve vínculo trabalhista e, atualmente, está desempregado, possuindo apenas uma conta na Caixa Econômica Federal que, inclusive, estava bloqueada por falta de movimentação (anexa).

Sendo assim, ratifica que não possui condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio de sua família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República. Reitera-se o pedido de gratuidade judiciária, uma vez que atende os requisitos dispostos no art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

Termos em que,

Pede DEFERIMENTO.

João Pessoa/PB, 06 de fevereiro de 2020.

LÍRIDA MACEDO
OAB/PB 11.279





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
15ª Vara Cível da Capital**

Processo nº 0884568-69.2019.8.15.2001

AUTOR: IVANILDO DA SILVA SOARES

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Deixo de designar audiência de conciliação, nos termos do art. 334 do CPC, ante a natureza da demanda, que indica ser inviável o acordo entre as partes, pela experiência comum. Não se deve ocupar indevida e desnecessariamente a pauta de audiências, já repleta, com atos inócuos e que mais retardam o andamento do processo do que promovem a sua solução.

Defiro a gratuidade.

CITE-SE pela via postal, para apresentação de contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia.

João Pessoa, 11 de agosto de 2020.

Assinatura Digital



Assinado eletronicamente por: KEOPS DE VASCONCELOS AMARAL VIEIRA PIRES - 11/08/2020 20:18:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008112018217500000031700500>
Número do documento: 2008112018217500000031700500

Num. 33115945 - Pág. 1