

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11138812

A/C: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

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

Vitima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

- Declaração de únicos herdeiros faltando
página

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11141022

A/C: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

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

Vítima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017

Carta nº: 11387652

A/C: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

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

Vitima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros infor.
incorretas

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2017

Carta nº: 11543416

A/C: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

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

Vitima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2017

Carta nº: 11718274

A/C: ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

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

Vitima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

- Autorização de pagamento faltando página

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2017

Carta nº: 11722573

A/C: GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

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

Vitima: JOSIMARCO ALVES PEREIRA

Data Acidente: 31/05/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

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

- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo

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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA**

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

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

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

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12570113



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

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

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

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

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

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

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

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12570408



Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



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

EU GABRIELE FILGUEIRA PEREIRAPORTADOR(A) DO RG Nº 9.420.955EXPEDIDO POR SSPS - PBEM 08/04/2016 ECPF (133380994-17) / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO: RECUSOU-SE

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

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0372 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23678-6

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

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JUN. 2017

João Pessoa, 08 de Maio de 2017

LOCAL E DATA

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

**ATENÇÃO**

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

ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

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

DEPOSITO EM DINHEIRO:

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

AUTENTICACAO

099931E053CF87731A4090522BDC442B8DEF22CC

ITAU0056 037286865 090517

10,00C GABRIE

ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

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

DEPOSITO EM DINHEIRO:

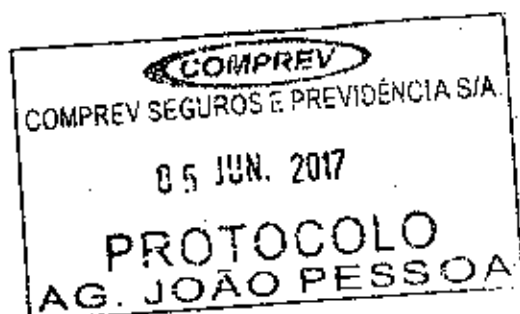
CICLO : 09.05.20170043410037210000173
REALIZADO EM: 09/05/2017 as 11:50:54

AUTENTICACAO

099931E053CF87731A4090522BDC442B8DEF22CC

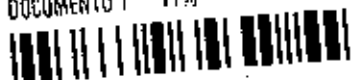
ITAU0056 037286865 090517

10,00C GABRIE



Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T10%



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

EU, GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

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

CPF 133380444-17 / CNPJ _____, PROFISSÃO RECURSOS

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

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0372 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 23678-6

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

João Pessoa, 08 de MAIO de 2017
LOCAL E DATA

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



ATENÇÃO

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

ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

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

DEPOSITO EM DINHEIRO:

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

AUTENTICACAO

099931E053CF87731A4090522BDC442B80EE22CC

0000056 037286865 090517

10,00C GARTE

ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

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

DEPOSITO EM DINHEIRO:

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

AUTENTICACAO

099931E053CF87731A4090522BDC442B80EE22CC

0000056 037286865 090517

10,00C GARTE



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

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

CPF 078926904-09 /CNPJ _____ PROFISSÃO DESEMPREGADA

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

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSIMARCO ALVES PEREIRA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1635-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 171 290 30434

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

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

JOÃO PESSOA 31 de Julho de 2017

LOCAL E DATA

Ana Cristina Felix Rodrigues

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

SEGURO DPVAT 7 16/08/2017 11:33 - 0000000716

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



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

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

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 2239927 - JODSON ARAUJO DAS NEVES
Município/UF: ALHANDRA/PE
Fase do dia: Pleno dia
Condições da Pista: Seca
Sinalização existente: Horizontal
Sinalização luminosa: Inexistente
Condição meteorológica: Sol
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não
Data/Hora do Acidente (hora local): 31/05/2016 11:20
BR: 101
KM: 82,0
Tipo de Acidente: Colisão frontal
Sentido da Via: Crescente
Restrições de Visibilidade: Inexistente
Data e horário da solicitação:
Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio do terceiro? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

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

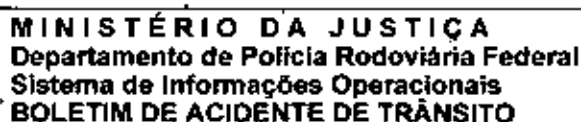
TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

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



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

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



OCORRÊNCIA: 83469460
Comunicação: C2018319
OCORRÊNCIA: Encerrada

Local Parcialmente Desfeito

Latitude do Ponto C: Longitude do Ponto C:
 Referência do Ponto A/A': Referência do Ponto B:
 Distância AB (m): Distância AC (m): Distância BC (m):

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

Narrativa da Ocorrência:

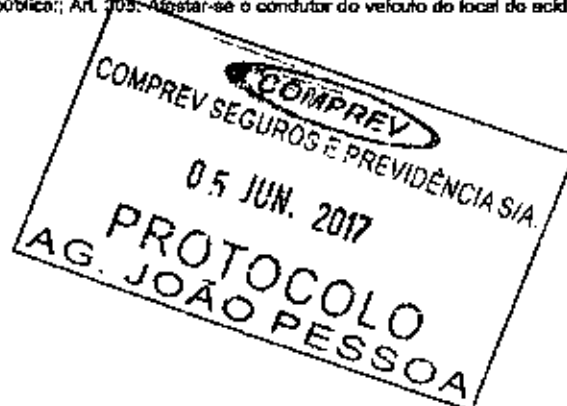
Conforme averiguação realizada no local do acidente, no município de JOÃO PESSOA - PB, no km 82 sentido crescente da BR-101, constatamos no local, mesmo com o ceno parcialmente desfeito, através dos vestígios nos veículos e no pavimento e, ainda, corroborado/confirmado por pessoas que transitavam no local, mas não quiseram prestar depoimento e, dinâmica do acidente no croqui em anexo, que: o veículo V1 TOYOTA HILUX CD4X4 SRV, placas OGC-1294, supostamente conduzido pelo Sr. ANTONIO SANTINO DA SILVA, CPF nº 447.362.584-20 (O QUAL NÃO FOI ENCONTRADO NO LOCAL DO ACIDENTE), cujo mesmo é habilitado na categoria B, deslocava-se pela rodovia, na faixa da direita, sentido Conde x João Pessoa quando, provavelmente de acordo com os marcas do frenagem na pista e marcas nas estruturas fixas, perdeu o controle do veículo atravessando a faixa da esquerda, subiu o canteiro central, adentrou a pista em sentido contrário, isto continuou, veio a colidir frontalmente com uma motocicleta que seguia o fluxo normal da via. Este veículo trata-se de V2 - HONDA/NXR 150 BROS de placas MNL-5811, sendo conduzido pelo Sr. GENILDO JOSE DA SILVA, CPF nº 840.915.844-20, o qual é habilitado na categoria AD, que tinha como passageiro a Sr. JOSIMARCOS ALVES PEREIRA, CPF nº 027.688.334-95. Estes últimos ocupantes da motocicleta foram socorridos por equipes médicas do serviço móvel de urgência - SAMU, pois encontravam-se em estado muito grave. O condutor de V1 só foi identificado devido aos seus documentos estarem dentro do veículo e, ainda corroborado pelo passageiro MANOEL SOUSA DA SILVA, O filho do condutor, Sr. JOSAFÁ MONTEIRO DA SILVA CPF nº 028.274.554-80 também corroborou com a última informação.

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

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

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

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



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

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



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

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

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

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

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

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

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

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

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

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

Descrição da Carga: CARGA PRESENTE IRRELEVANTE.

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

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

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

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

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

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

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

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

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

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

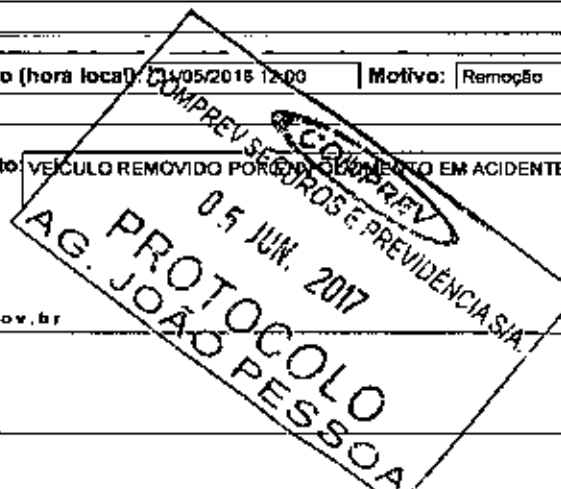
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

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

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

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





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

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

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/OGC-1294
Nome/Apelido: ANTONIO SANTINO DA SILVA
Data de Nascimento: 03/10/1953 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
Nome do Pai: JOSE SANTINO DA SILVA
Nome da Mãe: RITA MARIA DA CONCEICAO
Endereço: R. PEDRO ULISSES, 58, SÃO VICENTE CEP: - -
Município/UF: BAYEUX/PB Telefones: 83 32221580 Celular: (83) 987257881
Grau de Instrução: Não informado
Naturalidade: ALAGOA GRANDE/PB Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 447.382.584-20 Documento de Identificação: 1133258 Órgão Expedidor: SSP /PB
Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

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

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

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

CONDUTOR ENVOLVIDO

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

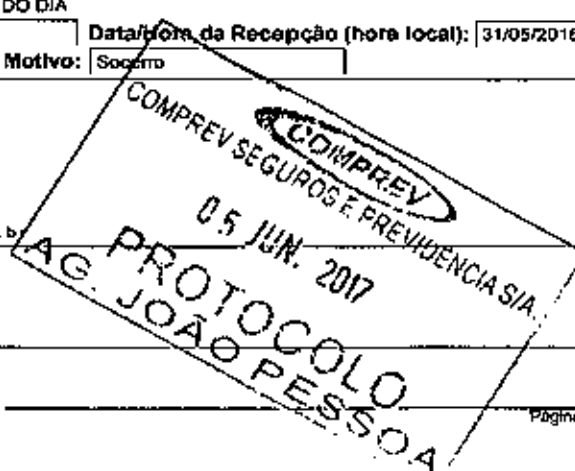
Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AD Registro CNH: 03918494838/PB Primeira Habilitação: 28/08/2006
Validade CNH: 04/12/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado
Pertences:
Informações Complementares: Condutor identificado a posteriori, pois encontrava-se em pronto atendimento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

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

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

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

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





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

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

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Veículo:
Nome/Apelido: Sexo: Data de
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Endereço: CEP:
Município/UF: Naturalidade: Nacionalidade:
CPF: Documento de Identificação: Órgão Expedidor: Telefones:
Estado Civil: Grau de Instrução:
Ocupação Principal: Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Usava Cinto? Usava Capacete?
Existe Declaração em Anexo?
Transcrição da Declaração:

Partes:

Informações Complementares:

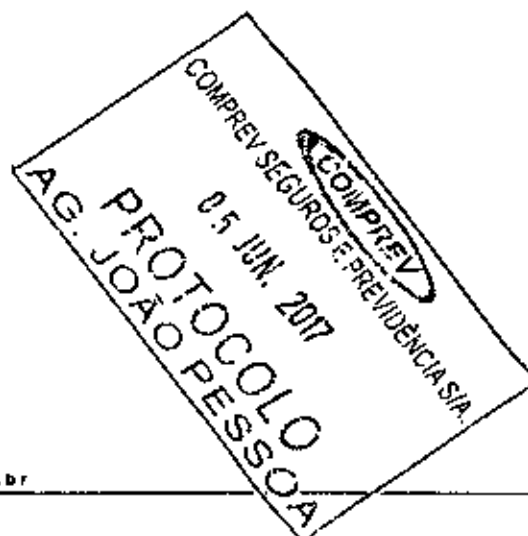
Passageiro não apresentou seus documentos, sendo sua qualificação realizada por vias indiretas, verbais.

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável: Data/Hora da Recepção (hora local):
Município/UF: Motivo:
Descrição do Encaminhamento:

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

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





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

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

PESSOAS ENVOLVIDAS

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

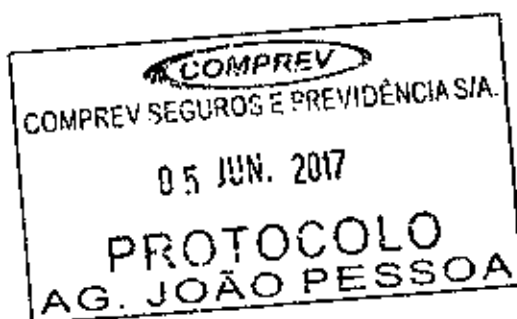
Pertences:

Informações Complementares:

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

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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



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

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



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

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

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

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

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

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

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

Observações:

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

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

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

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

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

05 JUN 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

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

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

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

8

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

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

Observações:

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

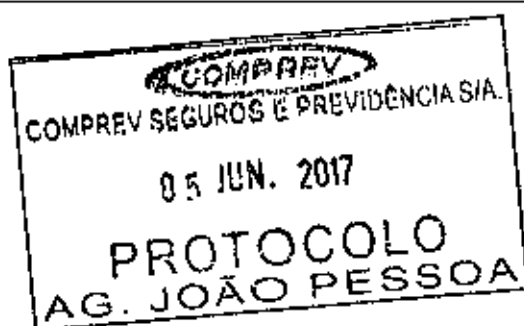
Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X na coluna NÃO

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

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

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



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

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



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

OCORRÊNCIA: 83469460

Comunicação: C2018319

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

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

Veículo: V1 / I/TOYOTA HILUX CD4X4 SRV

Placa: OGC-1294

Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES

Nº BOAT: 83469460

Registro/Matrícula do Agente: 2239927

Data: 31/05/2016 11:20



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



JUSTIFICATIVA

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 89e6849c4efb8542

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



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

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

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: V2 / HONDA/NXR 150 BROS CARGO

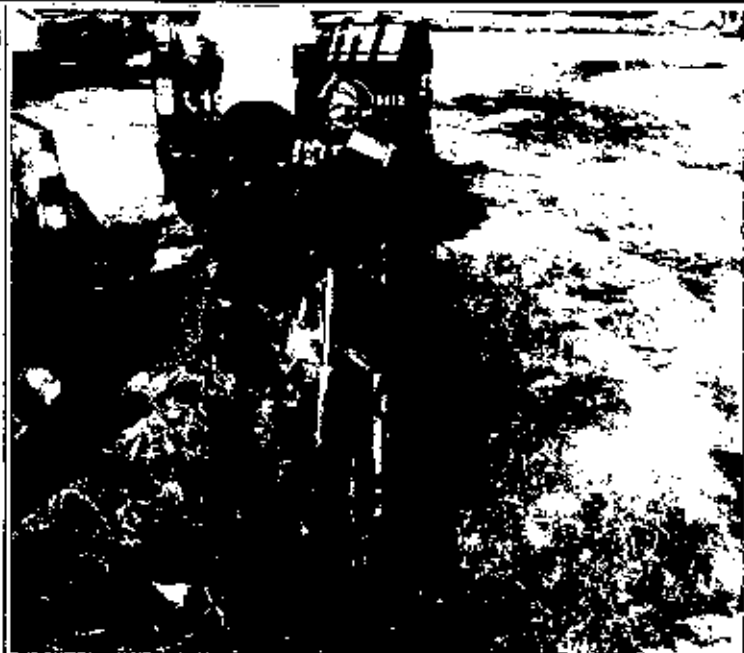
Placa: MNL-5611

Nome do Agente/Assinatura: JODSON ARAUJO DAS NEVES

Nº BOAT: 83469460

Registro/Matricula do Agente: 2239927

Data: 31/05/2016 11:20



Frete



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 89e6849c4efb8542

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



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

OCORRÊNCIA: 83469460

Comunicação: C2018319

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

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

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA

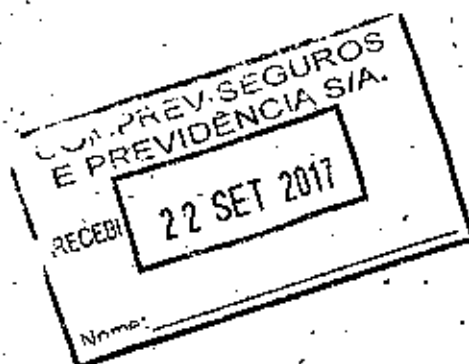
Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 2
Possui defesa? Conservada Possui meio-fio? Conservada Possui sarjeta? Não existe

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

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

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

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



CAPEMISA
15 AGO 2017
REGULAÇÃO DPVA

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

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



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

OCORRÊNCIA: 83469460
Comunicação: C2018319
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI

Local Parcialmente Desfeito

BR-101
km
000,0

LEGENDA:

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

JOÃO PESSOA - PB

ALHAÍDRA - PB

Latitude do Ponto C: _____ Longitude do Ponto C: _____

Referência do Ponto A/A': _____ Referência do Ponto B: _____

Distância AB (m): _____ Distância AC (m): _____ Distância BC (m): _____

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

Narrativa da Ocorrência:

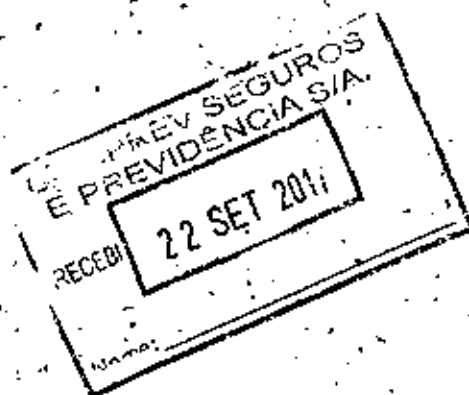
Conforme averiguações realizadas no local do acidente, no município de JOÃO PESSOA - PB, no km 92, sentido crescente da BR-101, constatamos o local, mesmo com a cena parcialmente desfeita, através dos vestígios nos veículos e no pavimento e, ainda, corroborado/confirmado por pessoas que transitavam no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

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

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

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

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



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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 20/08/2016 18:48:30

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1a9acd4

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVA



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

OCORRÊNCIA: 83469460
Comunicação: C2018319
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

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

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

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

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

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

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

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

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

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

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

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

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

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

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

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

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

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

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/05/2016 13:36:25
NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f1a2ac04

CAPEMISA.

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT



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

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

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/OGC-1294
Nome/Apelido: ANTONIO SANTINO DA SILVA
Data de Nascimento: 03/10/1953 Sexo: Masculino Estado Civil: Casado
Nome do Pai: JOSE SANTINO DA SILVA
Nome da Mãe: RITA MARIA DA CONCEIÇÃO
Endereço: R. PEDRO ULISSES, 58, SÃO VICENTE
Município/UF: BAYEUX/PB Telefones: 83 32221500 Celular: (83) 987257981 CEP:
Grau de Instrução: Não Informado
Naturalidade: ALAGOA GRANDE/PB Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 447.362.564-20 Documento de Identificação: 1133258 Órgão Expedidor: SSP /PB
Origem: Destino:
Estado Físico: Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Ignorado Usava Capacete? Não Aplicável
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado
Transcrição da Declaração:

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

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

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

CONDUTOR ENVOLVIDO

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

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

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

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

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

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

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT



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

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

PESSOAS ENVOLVIDAS

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

Pertencas:

Informações Complementares:

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

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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



SECRETARIA DE DEFESA E INTELIGÊNCIA - COCCO

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

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

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

SEGUROS
EVIDENCIA S/A.
22 SET 2017

CAPEMISA
15 AGO 2017
REGULACAO



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

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

PESSOAS ENVOLVIDAS

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

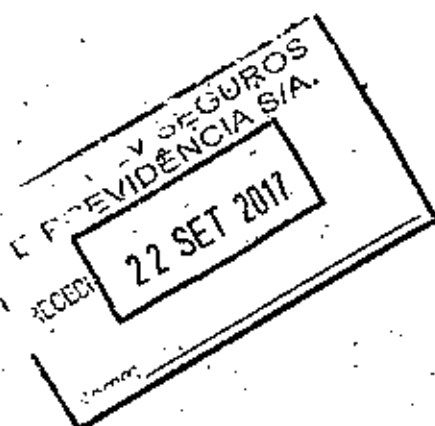
Pertences:

Informações Complementares:

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

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

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



CONTROLE DE DOCUMENTOS - CONTINUA

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

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

CAPEMISA

1-5-AGO-2017

REGULAÇÃO DPV



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

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

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

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

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

ITENS NÃO PONTUÁVEIS

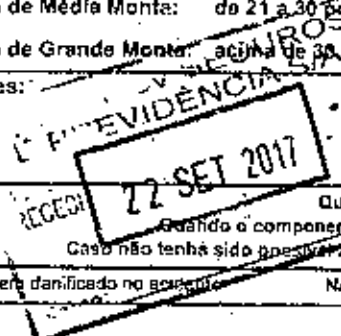
Item	Descrição do componente	SIM	NÃO	Item	Descrição do componente	SIM	NÃO
49	Air Bag Motorista	X		55	Faróis		X
50	Air Bag Passageiro	X		56	Lanternas (dianteiras, laterais, e/ou traseiras)		X
51	Air Bag Lateral		X	57	Retrovisores externos (direito e/ou esquerdo)		X
52	Local gravação VIN		X	58	Pára-choques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

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo.

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

Observações:



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

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

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou não existente

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

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: 09263b83f1aacc4

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLADOS

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

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

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

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

Observações:

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

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

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

SIM = Item danificado no acidente

NAO = Item não danificado ou Não Existente

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

REV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
22 SET 2017

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: d92c3b83f15aacd4

CAPEMISA

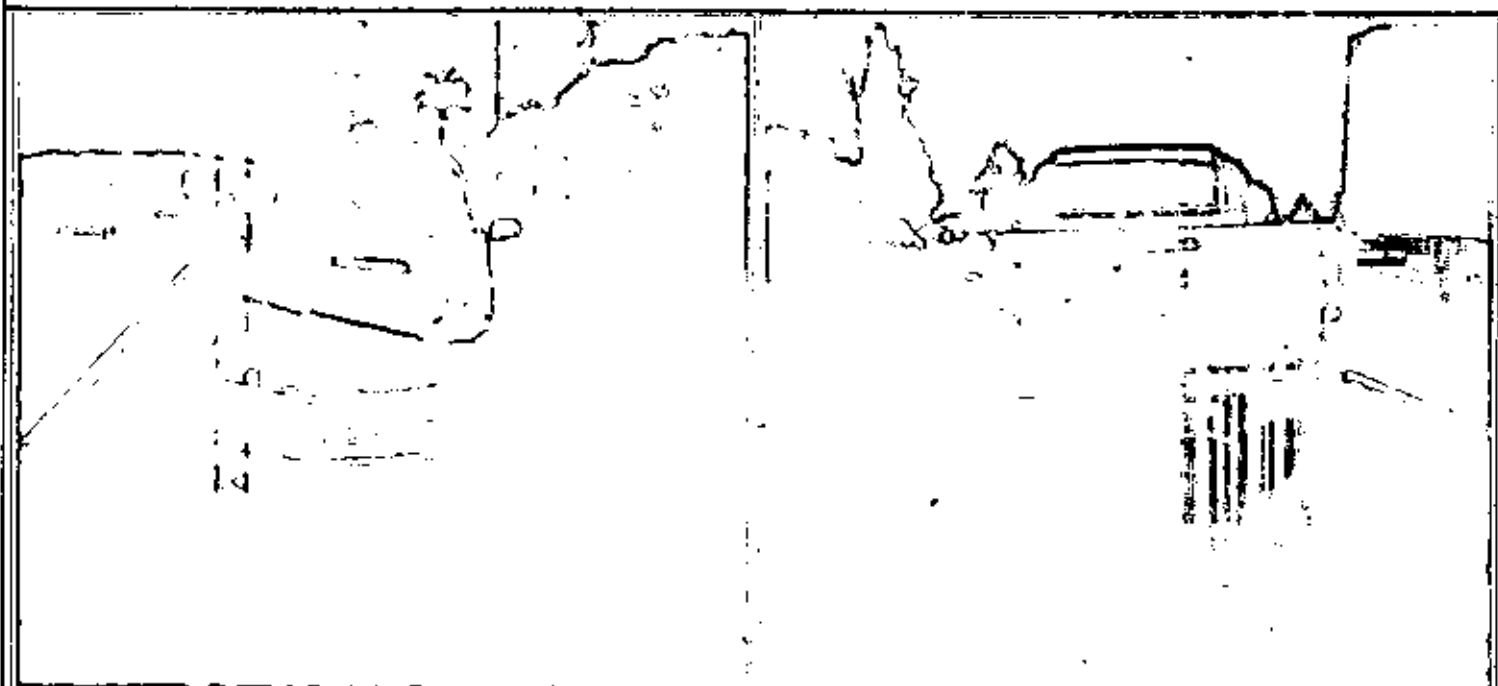
15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT



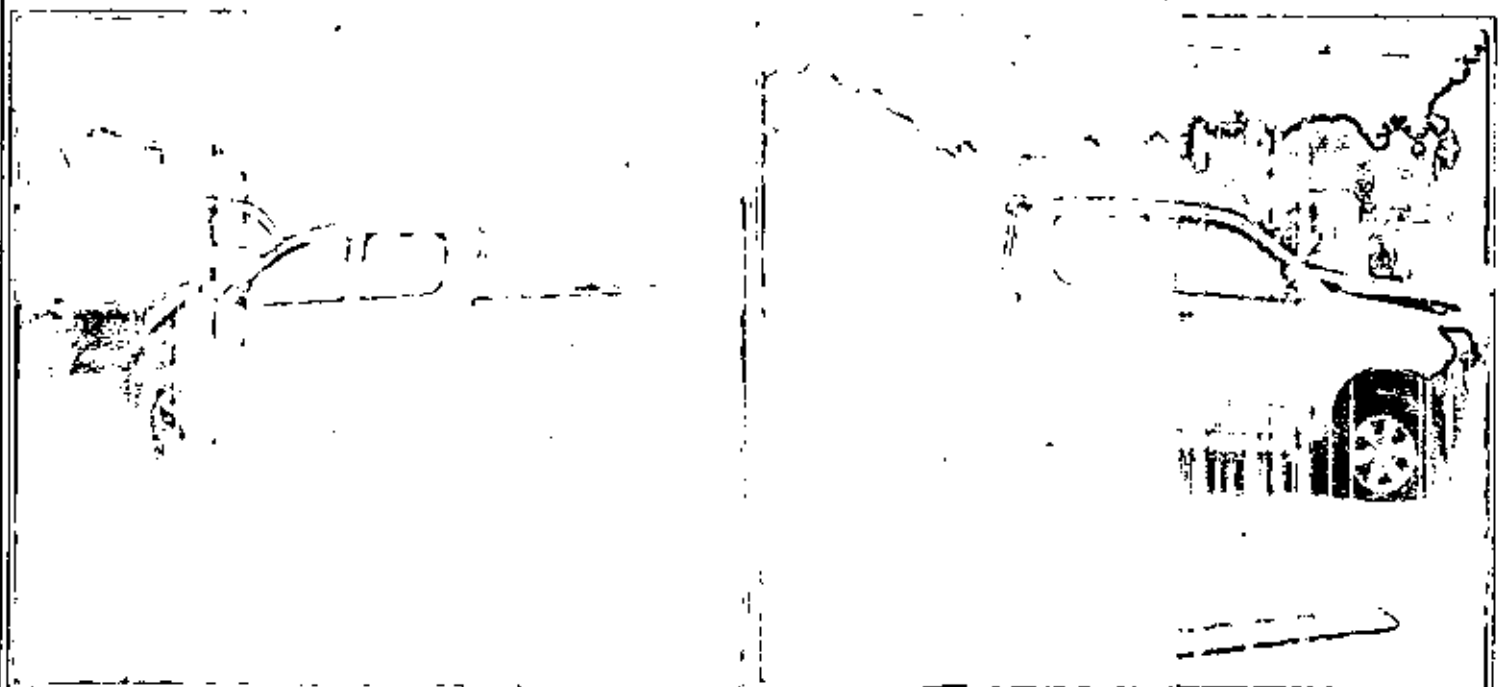
RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

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



Frente

Traseira



Lateral Esquerda

Lateral Direita

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET

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

22 SET 2017

CAPEMIS

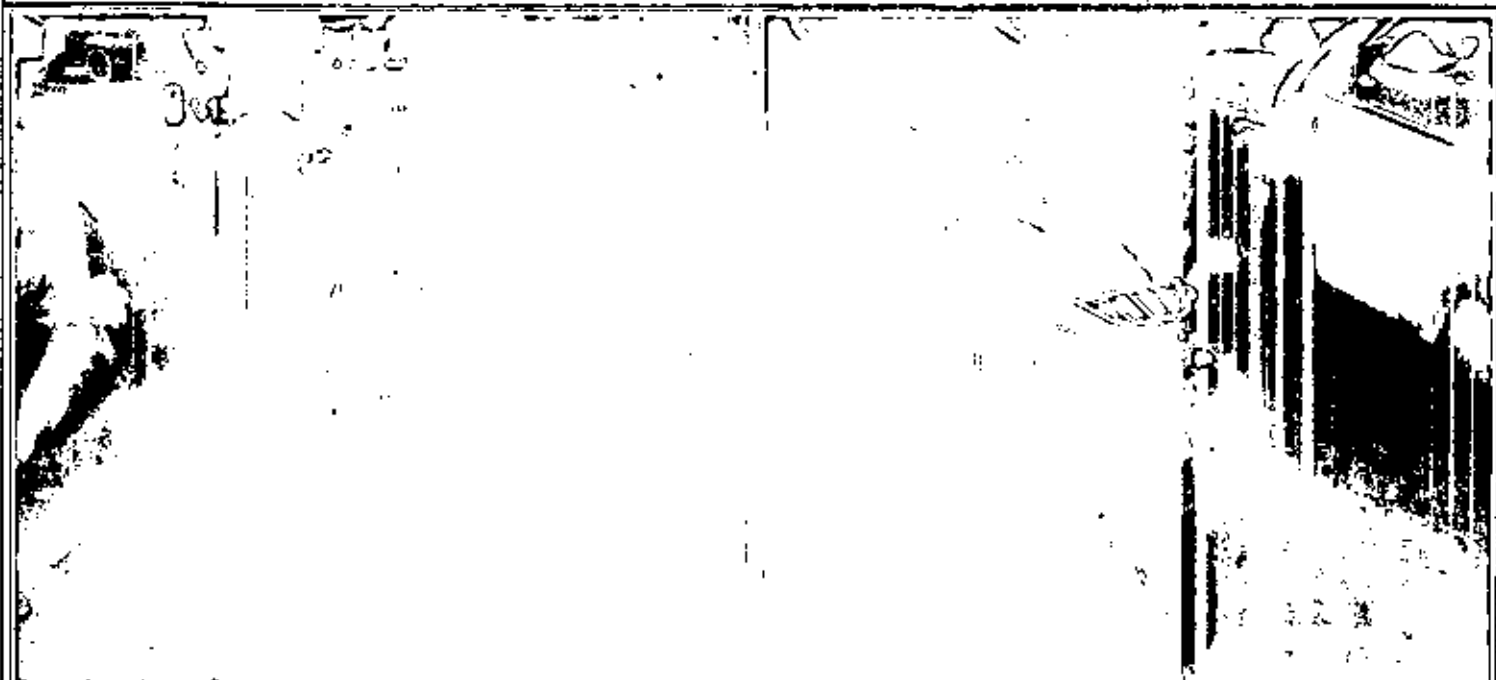
15 AGO 2017

REGULAÇÃO D



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

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



Fronte

Traseira



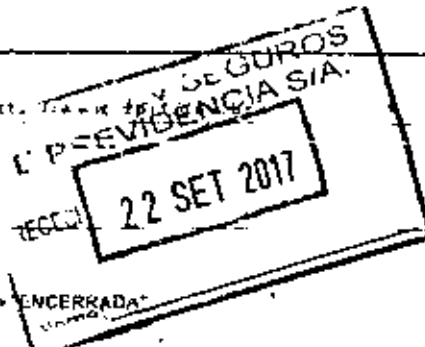
Lateral Esquerda

Lateral Direita

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 28/08/2016 13:18:25

NÚMERO DE CONTROLE: 6924368315-004



CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPMAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

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

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

NASCIMENTO N.º 3.334

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

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

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

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

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

Observações: Feito nos termos do artigo 30 e 2º do artigo 46 da Lei 6015 e 31 de 1966. Não contém rasuras.

05 JUN. 2017

O referido é verdade e dou fé.

Ende 06 de

PROTOCOLLO

~~PROCESSED~~

OFFICIAL



declaramos a presente copia reprodução fiel do original que se foi apresentado. Em testemunho da verdade.

Albany 11/7/2016 09:40:51

Vict - Hugo Ferreira Brana - Substit

12-16-5 36351 BTL:19 2.12 ECF

AND DIGITAL RECORDING

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

Frau Professorin Jutta Freese, 62
 Altmühl - 98 - Tel. 036 3214-1000/2100-1000
 e-mail: mariafreese@post.fernuni-hagen.de
 Marie des Barmen Straße - Jutta Freese Straße
 53044 Bad Honnef

Maria Fátima Bragg

ANOTAÇÃO

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

Alhandra, 18 de fevereiro de 2006

[Assinatura]



VITOR HUGO FERREIRA BRAGA

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

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



[Assinatura]
Miguel do Espírito Santo F. Braga
Tabela

Recebi a importância total de

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

Em 06 de 01 de 2006

[Assinatura]
ESCRIVA

Manoel Gonçalves de Sousa
Oficial do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 10.616

SERTEFICO que, às fls. 102 do livro n.º 11-11 de Registro de Nascimentos, foi feito hoje o assento de Gabriele Figueira Teixeira nascid. a 04 de abril de dois mil e doiscentos e dois (2.000) às 19 horas e 54 minutos em Paternidade Cândida Vargas de Farias Pessoa - PB do sexo masculino filho de Posimões Alves Pereira natural de Estado - PB e de Dona Maria de Fátima Santos Figueira natural de Estado - PB.

Sendo avós paternos José Pereira da Silva e Dona Jerônimo Alves de Sousa e avós maternos José Felix Figueira e Dona Maria de Fátima dos Santos. Foi declarante O genitor e serviram de testemunhas Emetrio Lucas Maranhão Ribeiro e Alina de Oliveira Silva. Observações: Feito nos termos da lei em vigor.
Das centenas e asuras.

CARTÓRIO LEGAL DO ESTADO DE PARAÍBA

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

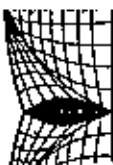
05 JUN. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

O referido é verdade e dou fé.

Conde 16 de Junho de 2017
Manoel Gonçalves de Sousa
Oficial



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



VEIGON BRAGA

Para Presidente João Pessoa, RJ
Alameda - 11 - Tel: (83) 3254-1083/3254-1084
E-mail: (83) 3254-1083/3254-1084
Vale de Registro - João Pessoa - Paraíba
Tabela



DOCUMENTO 3 *T34*



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

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

Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto

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

SELO DIGITAL: ADEB7346-878M

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

Certidão de Óbito

NOME

* JOSIMARCO ALVES PEREIRA *

IDENTIFICAÇÃO

072249 01 55 2016 4 00108 241 0044158 76

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

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

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

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

CAUSA DA MORTE
POLITRAUMATISMO, (MORTE VIOLENTA)

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

DECLARANTE
DRA ANA FLAVIA M FRANCA, CRM 4832

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

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

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

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

Selo digital AAO89310-ALPW
Consulte a autenticidade em
<https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Eliegrina Angela de Oliveira Silva

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



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



Nº 158577 B
DOCUMENTO ORIGINAL
DOCUMENTO ORIGINAL
DOCUMENTO ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Posto Registrador João Pessoa, PB
Alameda - PB - 51111-000 3228-1088 3233-1105
e-mail: cartorio@marquescosta.com.br
Marques Costa & Marques Costa - 11º Ofício - João Pessoa - PB



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

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

Victor Hugo Ferreira Braga - Substituto

[2016-003338] EFD:R\$ 2,12 FAFEN:R\$ 0,45 FAFEN:R\$ 0,45 ISS:R\$

SELO DIGITAL: ADEB7347-C745

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

Maria do Socorro Braga
Tabela

Certidão de Óbito

NOME

* JOSIMARCO ALVES PEREIRA *

MATRICULA

072249 01 55 2016 4 00108 241 0044158 76

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 40 anos
NATURALIDADE João Pessoa, Paraíba	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 027.688.334-95. RG 2055460 SSP/PB	TESTEMUNHO Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

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

DATA E HORA DO FALECIMENTO

Trinta e um de maio de dois mil e dezesseis, às 14h15min.

DIA

31

MÊS

05

ANO

2016

LUGAR DO FALECIMENTO

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

CAUSA DA MORTE

POLITRAUMATISMO (MORTE VIOLENTA)

SEPULTAMENTO - CREMAÇÃO

NO CEMITÉRIO NOVO-CONDE-PB

DECLARANTE

LUIZ ALVES SOBRINHO, RG Nº 1.297.717 SSP/PB, CPF/MF Nº 691.117.314-00, profissão COMERCIANTE, estado civil casado, residente RUA MANOEL ALVES 613, CENTRO, CONDE-PB, tio do falecido

NOME E Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO MEDICO QUE ATENDU O FALECIDO

DRA ANA FLAVIA M FRANCA, CRM 4832

OBSERVAÇÕES E ANOTAÇÕES

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

Nome do Ofício

Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício

Oficial Registrador

Cláudia Cristina Lima Marques

Município/UF

João Pessoa-PB

Endereço

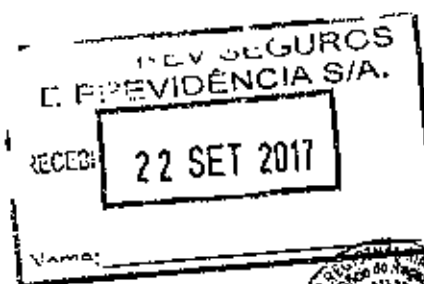
Av. Cruz das Armas, 3142, Sl. 02, Ed. Planalto Center,

Func. I, CEP: 58087-000 - Telefax: (83) 3233-5600

E-mail: cartorio@marquescosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

João Pessoa-PB, 1 de junho de 2016.



Selo digital AAO89310-ALPW

Consulte a autenticidade em

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

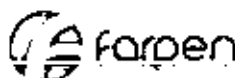
Elisângela de Oliveira Silva

CARTÓRIO MARQUES COSTA

11º Ofício

Elisângela de O. Silva Felix

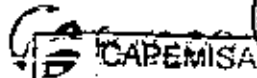
PREVENTE



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

Nº 158577-B

Certidão de óbito



15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPV

SECRETARIA DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO - 00000000



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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

DOCUMENTO 4 "T46"



DECLARAÇÃO

ATO DECLARATORIO

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

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 09 de Janeiro de 2017.

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

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192

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



Con Vermelho Brasileiro



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Boletim de Atendimento: 923971

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente						
ID 1043424	Nome JOSIMARCO ALVES PEREIRA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 12/11/1975	Idade 40 anos 6 meses 27 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 95529		
Mãe VERONICE ALVES DE SOUZA	Pai JOSE PEREIRA DA SILVA		Responsável (Parentesco)			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO						
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988463632	DDD Fixo 83	Fone Fixo 993331583			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2055450	Nº Cns 888004507082333				
Local de procedência BR 101	Tipo BAIRRO		UF PB			
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 56322000	Município de residência CONDE	UF PB	Logradouro DOMINGOS MARANHÃO			
Número 31N	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 31/05/2016 12:24:49	Número da pulseira 1000004252732	Convênio SUS				
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco			Origem do paciente RODOVIA			
Caráter do atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim		Trauma Não		
Melo de transporte SAMU	Quem transportou NAO INFORMADO					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso _____		Temperatura _____			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dedos clínicos						
RECIBO 22 SET 2017						
Diagnóstico						CID
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO						Tempo 03min 07seg

SEATTLE 110P, APR 7, SAT 7 - 00000000

Importing

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DO VAT

08/06/2016 09:24



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

RG nº 4.420.955, data de expedição 08/04/2016,
Órgão SSP/PB, CPF nº 133.980.444-17, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>SIN</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>LOTEAMENTO NOSSA SENHORA DAS NEVES</u>
Cidade	<u>CONDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58322-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

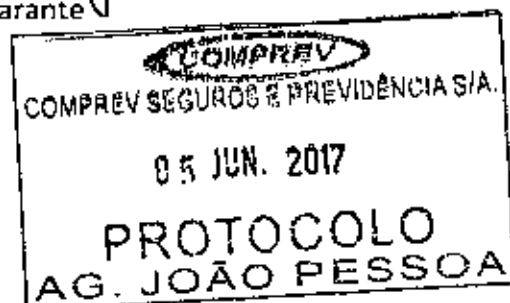
Por ser verdade, firmo-me.

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

X Gabrielle Filgueira Pereira

X Maria de Fátima Santos Filgueira

Assinatura do Declarante



REMETENTE

057029

INSS

AG DA P SOCIAL JOAO PESSOA-CENTRO

R BARAO DO ABIAI,

CENTRO

JOAO PESSOA - PB

58013-080



☐ MUDOU-SE

☐ RECUSADO

☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO

☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐ NÃO PROCURADO

☐

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO

☐ AUSENTE

☐ DESCONHECIDO

☐ FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



056174



GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

RUA PROJETADA SN

LOT N S DAS NEVES

CONDE PB

58322-000



5013196987419350000005617430041016





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA

RG nº 4.420.955, data de expedição 08/04/2016,
Órgão SSP/PB, CPF nº 133.980.444-17, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>SIN</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>LOTEAMENTO NOSSA SENHORA DAS NEVES</u>
Cidade	<u>CONDE</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58322-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

X Gabriele Filgueira Pereira

X Maria de Fátima Santos Filgueira

Assinatura do Declarante



REMETENTE

057029

INSS

AG DA B SOCIAL JOAO PESSOA CENTRO

R BARAO DO ABLAI

CENTRO

JOAO PESSOA PB

58013-080

MUDOU

ENDEREÇO DE

ENDEREÇO DE

ENDEREÇO DE

ENDEREÇO DE

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM

EM

RESPONSÁVEL

Impresso pela Dataprev

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

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

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

Comprovante de residencia

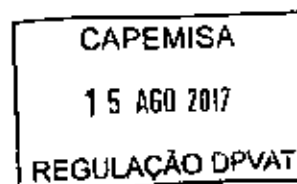


Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Domingos Maranhão
Número	654
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	CONDÉ
Estado	PARAÍBA
CEP	58.322-00
Telefone de Contato	(083) 99314-0676
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: x Ana Cláudia Felix Rodighiero



DIONÍSIO ALVES PEREIRA
RUA DOMINGOS MARANHÃO, 857 - CENTRO
CONDE/PA CEP 58320-000 (46-11)

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

Energisa
ENERGISA PIAUÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ nº 056 183 0001-40 Ins. Est 16 015 823-0
Nota Fiscal de Conta de Energia EINFPA Nº 000 207 775
Código para Dúvida Atendimento: 0001261782

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/1386279-2

Jun/2016

Canal de contato

Apresentação

07/06/2016

Data prevista da
próxima leitura

08/07/2016

CPF/CNPJ/RANI

7788833495
Ins. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	0151
Data: 05/05/16 L: 4310	Data: 07/06/16 L: 4871	1	55	32

Faturas em atraso

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

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

Histórico de Consumo
(kWh)

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

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

VENCIMENTO
14/06/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 84,13

Média dos últimos meses
78 kWh

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	6,50	0,00	720
DIG TRIMESTRAL	13,34		
DIG ANUAL	27,48		
DIG MENSAL	3,78	0,00	202
DIG TRIMESTRAL	14,55		
DIG ANUAL	3,61	0,00	201
DIG MENSAL	12,72		

Composição do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	8,50	10,09
Compra de Energia	11,33	13,29
Serviço de Transmissão	0,87	0,86
Encargos Setoriais	2,89	3,20
Impostos, Oribitos e Encargos	10,77	12,69
Débitos Serviços	40,37	47,89
Total	84,13	100,00

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

ATENÇÃO

Faturas Anteriores Parceladas conforme contrato firmado.
A leitura continuará.

RECEBUE
22 SET 2017

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

SEÇÃO DE REGISTRO DE FISCAL 16/08/2017 11:33 - 0000029718



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

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

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

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima X não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

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

Condé/PB - 08/05/2017

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Gabriele Filgueira Pereira

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Maria do Patema Santos Filgueira

ASSINATURA DO DECLARANTE

X

ASSINATURA DO DECLARANTE

X

ASSINATURA DO DECLARANTE

X

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

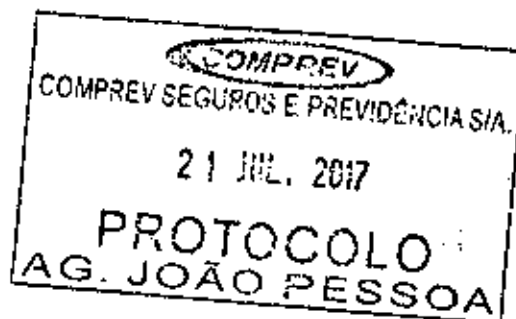
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			<u>X</u>
2.			<u>X</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
<u>RODOLFO A. DA L. LOUREIRO FILHO</u>	<u>2492016</u>	<u>059.145.764-40</u>	<u>X Rodolfo Loureiro</u>
<u>Maria do Patema Santos Filgueira</u>	<u>260279-2</u>	<u>071.243.244-06</u>	<u>X Maria do Patema Santos Filgueira</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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





DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) HERDEIRO(S)

Declaro(mos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima ROSIMAR ARAÚJO VAREIRA, nascida em 22/05/1966, faleceu em 23/05/2016, no estado civil de SOLTEIRO, (solteira, citada, separado judicialmente, divorciado ou viúva), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(ais), o beneficiário(s):

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

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

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

Conde/PB 08/05/2017
LOCAL E DATA

Gabriele Filgueira Pereira
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

X _____
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

X _____
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

X _____
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

X _____
ASSINATURA DO DECLARANTE

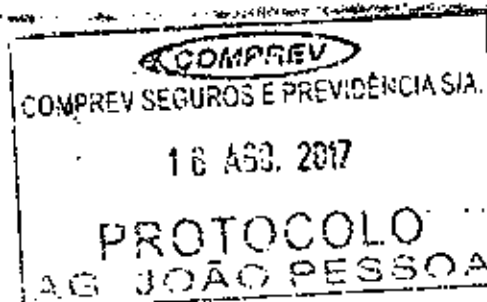
DADOS E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE			
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS			
NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
ROAULO A. DA L. LOUREIRO FILHO	2442016	059.145.769-90	<u>[Assinatura]</u>
JOSEMA S. SANTOS FILGUEIRA	260249-2	071.243.244-06	<u>[Assinatura]</u>

(3) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Uniao DPVAT SAC DPVAT 0800 022 1204 www.dcvatseguradora.com.br



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

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

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

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaração de únicos herdeiros



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

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

JOÃO PESSOA

LOCAL E DATA

JOÃO PESSOA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Ana Cristina Felix Rodrigues

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Ana Cristina Felix Rodrigues

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

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

DADOS DAS TESTEMUNHAS

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

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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

CAPEMISA

15 AGO 2017

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS - SEGURADORA DE DPVAT SAC DPVAT 0800 022 01204 www.dpvatsegurodotransito.com.br

RECEBI

22 SET 2017

Nome:

SECRETARIA DE TRANSPORTES E LOGÍSTICA - 0000000719

Rua NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO, 136 - CENTRO

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



Maria José Geroz de Souza

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

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



Maria José Geroz de Souza

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

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



Maria José Geroz de Souza

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

P-10

Josimarco Alves Pereira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME **JOSIMARCO ALVES PEREIRA**

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

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

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

[Assinatura]
AC. EXAMINADOR ASSINADOR DO CARTÃO

(CVB) VELTON BRAGA

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

[Assinatura]
Maria do Socorro F. Braga
Tabela

DOCUMENTOS 75%

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome **JOSIMARCO ALVES PEREIRA**

Nº do CPF **027888334-95**

Data de Nascimento **12/11/79**

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido em função do atendimento devida nos casos previstos no Regulamento.

JOSIMARCO ALVES PEREIRA

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em **27/04/88**

(CVB) VELTON BRAGA

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

[Assinatura]
Maria do Socorro F. Braga
Tabela

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

05 JUN. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO 4 *T4%

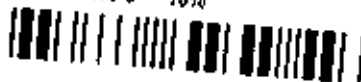


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.420.955
DATA DE EXPEDIÇÃO	08/04/2016
NOME	GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA
FILIAÇÃO	JOSIMARCO ALVES PEREIRA
MARIA DE FATIMA SANTOS FILGUEIRA	
NATURALIDADE	
JOÃO PESSOA-PB	
DOC. ORIGEM	
NRASC.N.10616 ELS.102 LIV.A-11	
CARTORIO CONDE+PB	
DOC	133.980.444-17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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
GABRIELE FILGUEIRA PEREIRA	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

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

DOCUMENTO 3 *T396*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

P.02

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maria de Fátima Santos Filgueira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2384024 DATA DE EXPEDIÇÃO 71 NOV. 1998

NOME MARIA DE FATIMA SANTOS FILGUEIRA

FILIAÇÃO Jose Felix Filgueira

Maria de Fatima dos Santos

João Pessoa-PB. 24.06.1979

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.Nasc.nº2428.Fls.154v.Liv.A-3

DOC ORDEM

Cart.do Conde-PB

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/02/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome MARIA DE FATIMA SANTOS FILGUEIRA

Nº de Inscrição 030485924-00

Data do Nascimento 24/06/79

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

05 JUN. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Este documento é o comprovante de inscrição no cadastro de
PESSOAS FÍSICAS - CPF, mediante a entrega do formulário, salvo
nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

SIMÃO ALVES FERREIRA

7.º DO SM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 27/04/99

RECEBIMOS SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A.
RECIBI 22 SET 2017

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOSEMARCO ALVES PEREIRA

Data de Emissão
12/11/78

CPF de Emissão
027888334-95

12

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

20 450

JOSE PEREIRA ALVES PEREIRA

José Pereira da Silva
Veronice Alves de Souza

Êgão Iseuoa-PB.

12/11/1975

Cert. Hasc. N. 3.334. Fle. 162-S. Liv. A-4

Cert. de Conde-PB.

12/11/1975

12/11/1975

SEGUENDO L'INCHIESTA 7 & 14 MARZO 2017 11:37 - 200000597062

GAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

69350

VALIDA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL

RENASCIMENTO 45876 DATA DE EMISSÃO 28 JUL 2005

IDENTIFICADORA ANA CRISTINA FÉLIX RODRIGUES

Nome José Rodrigues

Sobrenome Isábel Félix Rodrigues

Canguaretama-RN 01.07.1986

Naturalidade DATA DE NASCIMENTO

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

Vale Crime Cart. Passa e Fica-RN

ASSINATURA DO DETENTOR

BRASIL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARAIBA

P. 617

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANA CRISTINA FÉLIX RODRIGUES

CARTÃO DE IDENTIDADE

REV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 22 SET 2017

Nome:

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria do Rendimento

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 3718.925.904-03

Nome ANA CRISTINA FÉLIX RODRIGUES

Nascimento 01/07/1986

Documentos de Identificação



CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 4.267.299 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/07/2014

NOME ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA

FILIAÇÃO JOSIMARCO ALVES PEREIRA
ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES

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

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

CARTÓRIO CONDE/PB

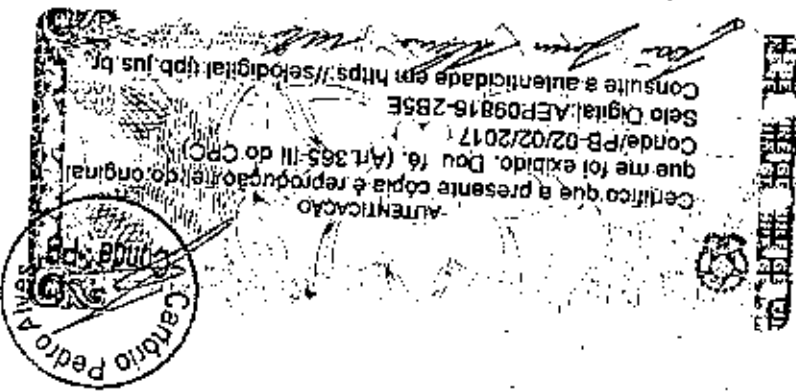
CPF 127.737.474-02

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

LEI Nº 7.118 DE 2008/83

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

CARTARIA DE IDENTIDADE

REGULAÇÃO DPVAT

15 AGO 2017

CAPEMISA

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



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 06829900

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 1º da Lei nº 4.896/64)

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

06829900

SECURIDADA LIDER PRAT 7 & 16/08/2017 11:54 - 000000724

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAGUA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

RICARDO HENRIQUE HARDMAN

LUCIA MARIA DE MEDEIROS CANTALICE HARDMAN

JOÃO PESSOA-PB

7307658 - 6871PB

08/12/1984

092.202.484-12

02/24/05/2018

CAPEMISA

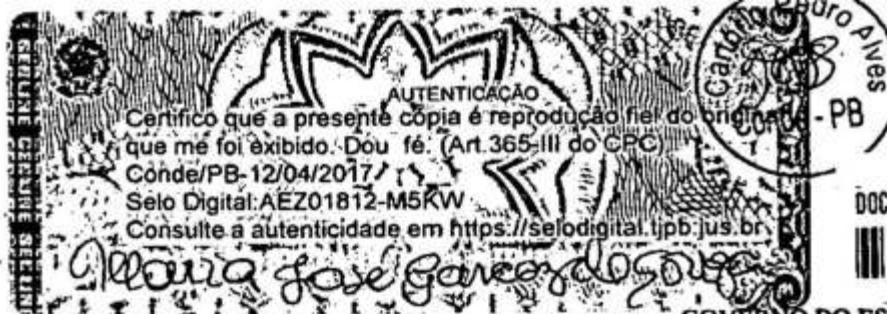
PREVIDENCIA S/A.

22 SET 2017

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT



Laudo nº: 03.01.01.062016.04255

DOCUMENTO 6 "T6%"



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



C: 366416

LAUDO TANATOSCÓPICO

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

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

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

I - INSPEÇÃO EXTERNA:

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

II - INSPEÇÃO INTERNA:

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

05 JUN. 2017
PROTOCOLO

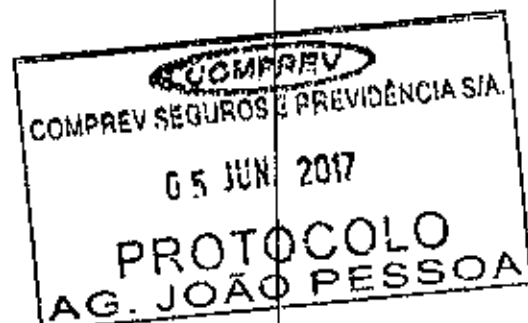
[Assinatura]

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

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

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

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





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

3664



LAUDO PERICIAL Nº 02.01.31.062016.1925
QUANTIFICAÇÃO DE ETANOL EM SANGUE HUMANO

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

1) HISTÓRICO:

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



2) MATERIAL RECEBIDO PARA ANÁLISE:

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

3) EXAME:

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

4) RESULTADO:

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

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

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

Laboratório de Análises Toxicológicas em 27 de junho de 2016.

Valéria Lopes
Perito Oficial Químico
Matrícula: 16

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

05 JUN. 2017

PROTOCOLO
SAG JOÃO PESSOA

Carimbo circular de João Pessoa

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



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

C: 366416

LAUDO TANATOSCÓPICO
Seção de Odontologia

Laudo de IML - Necropsia



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

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

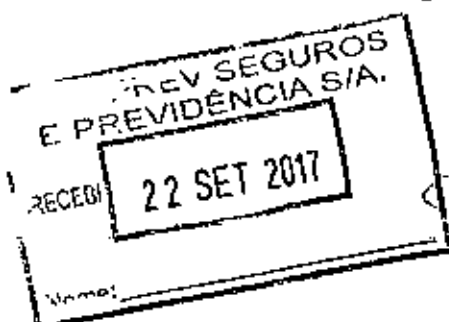
DADOS CARACTERÍSTICOS:

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

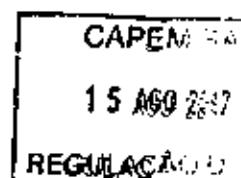
D								Dentes Permanentes								E							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38								

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

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



Jr. Pedro Aurélio de Luna F.C.
Perito Odonto-Legista
Matr. 70.721-0
CRO PB-00

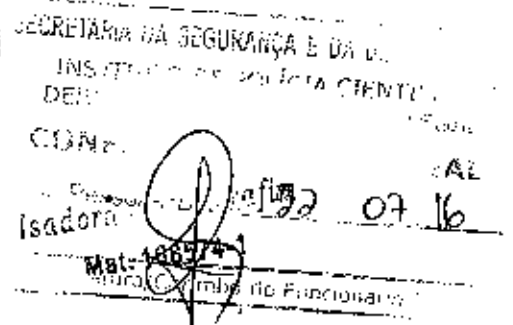


condroesternal. Fraturas em clavícula direita, 1º ao 3º arcos costais direitos, 1º ao 4º arcos costais esquerdos. Contusões pulmonares. Abdômen: laceração esplênica. Exames complementares: Enviado sangue para alcoolemia. Terminada a necropsia e após a reconstituição do cadáver, passa a perita a responder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

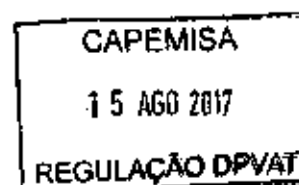
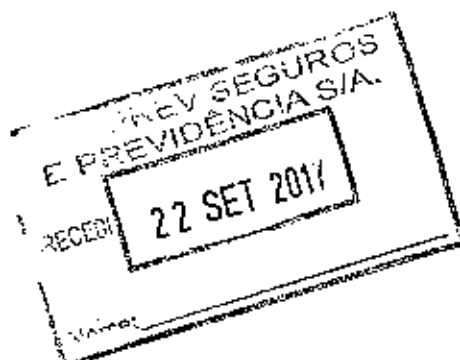
RESPOSTAS AOS QUESITOS:

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

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



SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA ORDEM PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEP. DE...
COM. DE...
Isadora...
Mat: 188974
Data: 07/16





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

C: 366416

LAUDO TANATOSCÓPICO

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

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

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

I - INSPEÇÃO EXTERNA:

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

II - INSPEÇÃO INTERNA:

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

E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

22 SET 2017

Vamo:

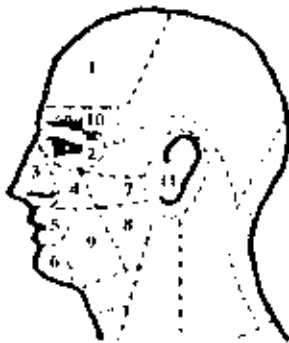
Quana

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

1/2



REGIÕES DA FACE

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

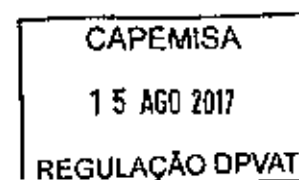
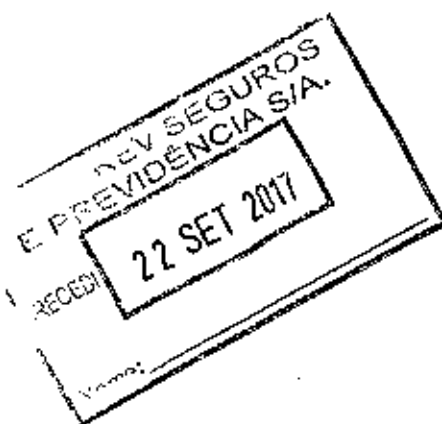
DESCRIÇÃO DO EXAME:

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

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

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

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
FOLHA Nº 01
Data: 20 07 16
Assinatura: Isadora Ferreira Berafim
Mat. 168374-1
Assinatura/Campo do Funcionário



SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
FOLHA Nº 01
Data: 20 07 16
Assinatura: Isadora Ferreira Berafim
Mat. 168374-1
Assinatura/Campo do Funcionário



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DADOS EXTRAÍDOS

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

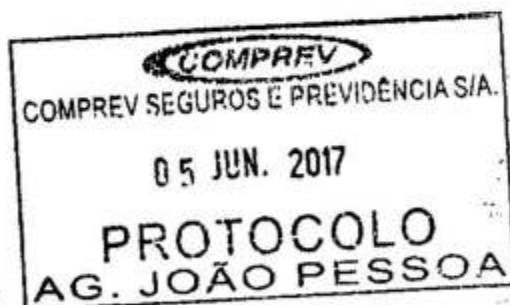
AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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

DOCUMENTO 7 *T7%*



TRATAMENTO:

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

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

ÓBITO às 14:15 hs

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO C.V.B.M.E.T.S.H.
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Primeiro Atendimento M

158888425732
PACIENTE NAO IDENTIFICADO (MARCO)
DT. MARC.: 01/01/1979
MOE:
END.: DOMINGOS MARRANHÃO
N. 647 - CENTRO
CONDE
MORR.: ()
CELULAR: (03) 988615980
IDADE: 48
DT. ENTRADA:

HEETSOL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

SINAIS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

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

SINAIS CLÍNICOS

VIAS
AÉREAS ☒ Perivas ☐ Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade
☐ Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

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

2- RUÍDOS

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

FR: _____ imp SaO₂ 99 %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO

BULNAS

SOPRO

BE OU B4

FC:

ECG:

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

PA: 30 x 48 mmHg T: _____ °C

ABDOMEN:

Delirante
Superfície abdominal
plena, flexível

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fofórragente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

3 (oligo 3)

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

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

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

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

NOME DO PACIENTE:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU

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

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

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

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

AME FÍSICO PA: ___ / ___ mmHg P: ___ bpm SpO2: ___ Tax: ___

Sistema Neurológico:

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

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

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

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

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

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

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

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

*Exame físico pelo Dr. Paulo, S. do, F.C.C.
primeira, primeira de exames e de testes. e de
paciente, realizada. Exatidão de dados de exames
e de testes. Deve ser realizada em PR
relatório prévio de R.C. de exames com Dr.
Paulo.*

DESTINO:

ENFERMEIRO:

Josefa de S. Silva
Enfermeira
C.R.E. 287.220

COREN:

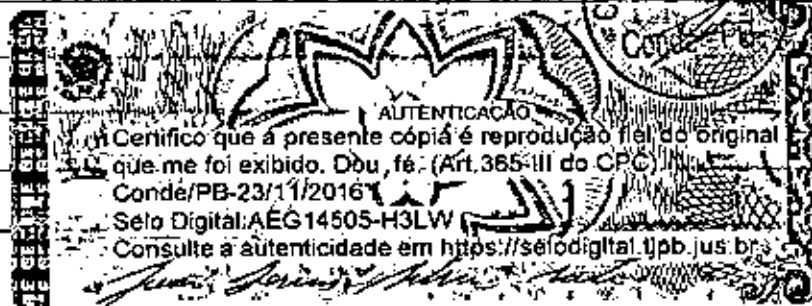
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

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

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
31/05/16	14:18	# CARREGA TORCULOS
05		VENHO AVALIAR PACIENTE - CHAMADO
16		TELEFÔNICO ÀS 14:03 - DO PCTE
		VERENDO DE POLTRONA ALICADO
		CONDICIONADO - AO CHAMAR PCTE 35
		MONTO ENTÃO EM CAMADA CARIDA
		SEGUNDO 35 CESSADO CICLO DE
		RECONSTRUÇÃO.
		A TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, DESQUATRO
		INFLAMATÓRIA A DREITA, SEM OBSER
		DE MEGALISTAS RUG AUREGASSA
		REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA
		Daniel Pires Pessoa Cirurgião Torácico CRM-PB 7445
31/05/16	14:25	#BME#
		Paciente apresentando TCE grave, sem condições
		de condicionar BME
		PROTÓTIPO RORAL DE SEGUROS E PREVIDENCIA S/A LIGIA BUIZARDI DE MARCHI IMPLANTE DENTÁRIO CART. 1002 05 JUN. 2017
31/05/16	15:30	Serviço Social I
		Estamos aguardando o atendimento da
		requisição de exame cadastral de BME
		aguarda no acolhimento familiar.

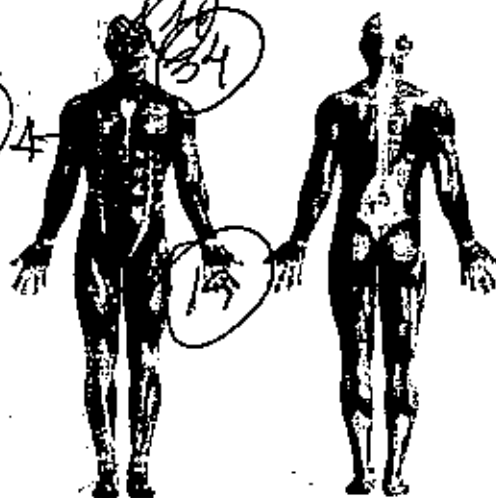


EXAME SECUNDÁRIO

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

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



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

OBS.: _____

QUEIMADURA:

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

EXAMES SOLICITADOS

- ☒ Radiografias ☐ Lavado peritoneal
☒ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☒ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

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

ASSINATURA/CARIMBO

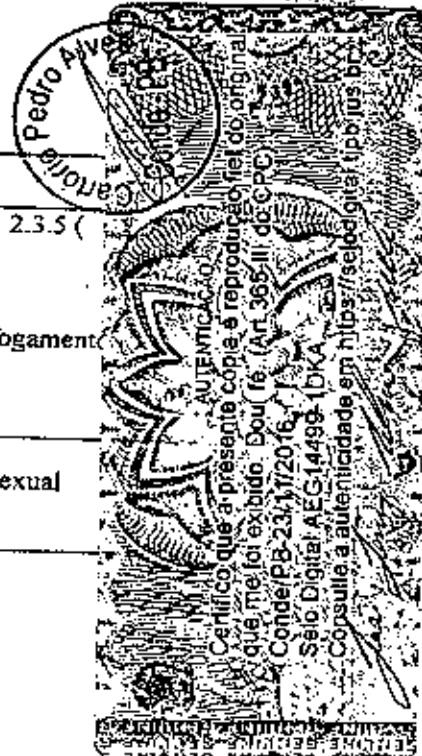
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Gilberto Correia Lima
 Cirurgia Geral - CRM 2489

COMPREV
 05 JUN. 2017
 PROTOCOLO
 JOÃO PESSOA



Guia de Remoção de Cadáveres



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

Condições, Agente ou Fonte da Morte Violenta

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

Uso de Droga, Qual _____ Outros, Qual _____

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

Outros, Qual COLÍSSO CARO/MORTO

V- Informações do Serviço Médico

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

() Faleceu durante do Internamento: _____ Dias

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

Estado Apresentado ao chegar no hospital: BOA, BEM ESTAR

Lesões apresentadas em regiões do corpo: lesões extensas e como glúteas
instabilidade, fratura da bacia, fratura de fêmur
fratura de pé, fratura de costela, fratura de costela
O projétil foi retirado durante o ato cirúrgico: () Sim () Não

Síntese da história clínica: paciente trazido pela SAU e politrauma
matrizes, entorpecido, Glasgow 3, fraturas
múltiplas (torax, bacia, membros inferiores)
sem pulso radial, pupilas midriáticas
Atendimento realizado no hospital: _____

(☒) Clínico. Medicação utilizada: Adressolime

() Cirúrgica, tipo de cirurgia: _____

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

Exames complementares de relevância: Rx de torax, bacia, membros inferiores
etc.

Hipóteses Diagnósticas formuladas: TCE grave, fraturas múltiplas
de bacia, membros inferiores, costelas

Outras informações que julgar necessário: paciente teve parada cardíaca
durante o transporte

Exames complementares de relevância: laudo de necropsia
com fotos e laudo de necropsia
com fotos e laudo de necropsia

João Pessoa 3-1

Nome: _____

CRM-PB:

Gilberto Carneiro Leal
Cirurgia Geral - CRM 2489



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE **(M)**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Josmarco Alves Pereira 19171119735

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Maria de Fátima Santos Filgueira

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (.) REPRESENTANTE LEGAL ☒ BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO

COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Provetapa,

Nº 511 COMPLEMENTO N. Senhora dos Naveis BAIRRO

CIDADE COUDE UF PA CEP 58322-000

E-MAIL _____ TELEFONE (____) 83, 99395-8158

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS

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

Deposito bancário

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

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

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

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

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

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

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE

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

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

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

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

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICO HERDEIRO (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA
- () DECLARAÇÃO DE ÚNICO HERDEIRO (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/05/2017

IDENTIDADE 4.480.955

ASSINATURA Maria de Fátima Santos Filgueira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

Maria de Fátima Santos Filgueira

A.
SINISTRA N.º:

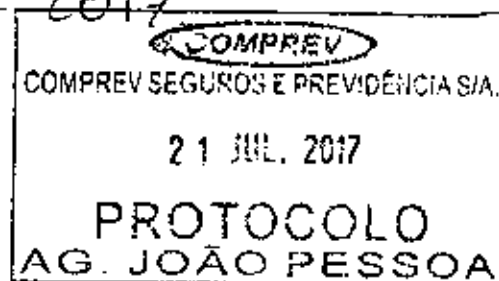
Outros



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

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

João Pessoa, 21 DE JULHO DE 2017



Maria de Fátima Santos Filgueira



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



LAUDO MÉDICO

Outros



INFORMAÇÕES PESSOAIS

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

DADOS EXTRAÍDOS

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

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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



TRATAMENTO:

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

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

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGENCIA
CRM - 2516

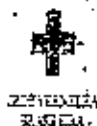
Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT



Guia de Remoção de Cadáveres

SEMPRE

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

Condições, Agente ou Fonte da Morte Violenta

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

Uso de Droga. Qual _____, Outros. Qual _____

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

Outros. Qual COLISÃO CARRO/VAO TO () Ignorado

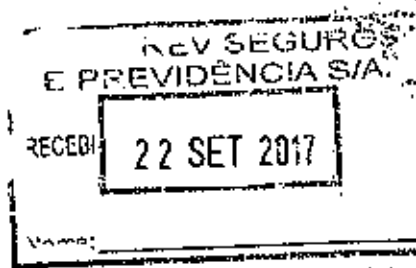
V- Informações do Serviço Médico

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

() Faleceu durante do Internamento: _____ Dias

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

Adro Apresentado ao chegar no hospital: COMAT, GCM 500 W 3



Lesões apresentadas em regiões do corpo: ferimento esternal e costal direito
ferimento orbitário, fratura de maxila superior, fratura de maxila inferior
fratura de maxila inferior, fratura de maxila inferior, fratura de maxila inferior
O projétil foi retirado durante o ato cirúrgico: () Sim () Não

Síntese da história clínica: paciente trazido pelo SAMU com politrauma
traumático, entorpecido, Glasgow 3, ferimentos
múltiplos (torax, abdômen, membros inferiores), sem
resposta pupilar, pupilas midriáticas, sem
resposta pupilar, pupilas midriáticas, sem

Atendimento realizado no hospital:

(☒) Clínico, Medicação utilizada: Adrenalina

() Cirúrgica, tipo de cirurgia:

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

Exames complementares de relevância: Rx de torax, abdômen, pelvis,
de abdômen e pelvis

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

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

Exames complementares de relevância: intubação durante resuscitação de reanimar
com sucesso, porém sem resposta

João Pessoa 31/05/2017

Nome:

CRM-PB: Gilberto Carneiro Leal
Chirurgia Geral - CRM 2482

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULACAO DPVAT

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE - 000000000

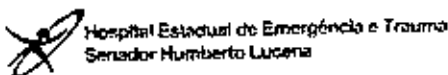
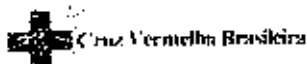


BEST

ENCAMINHAMENTO DATA DO ÓBITO
(☒) TML () SVO HORA: 11:15 DATA: 21/05/16
1- Unidade Hospitalar: 10024100 - R. ... 5300 - 40090000 - 60000000
Registro: _____
Endereço: _____
II- Identificação do Cadáver
Nome: JESUS ALVES ... Idade Provável: _____
Sexo: M Cor: P Cor dos Cabelos: _____ Ocupação: _____
Gestante: () Sim () Não () IGN Sinais Particulares: _____
Tatuagens: () Local: _____
Residência: _____ Aptos: _____
Município: _____
Preencher para óbito fetal e de menores de um ano:
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Pai Ocupação Habitual: _____
Mãe Ocupação Habitual: _____
Pai Grau Instrução: () Nenhuma () Fundamental () 2º Grau () Superior () IGN
Mãe Grau Instrução: () Nenhuma () Fundamental () 2º Grau () Superior () IGN
N de Filhos: Nascidos Vivos _____ Nascidos Mortos _____ Total: _____
Duração da Gestação em Semanas: () Menores de 20 () de 20 a 27 () de 28 ou Mais () Ignorado
Paridade: () Única () Dupla () Tríplce () Mais de 03 () IGN
Parto: () Espontâneo () Operatório () Fórceps () IGN
Morte (em relação ao parto): () Antes () Durante () Depois () IGN
Para menores de 28 dias ou óbito: Peso ao nascer: _____ g () IGN
III- Local de Ocorrência do Óbito
() Residência () Via Pública () Hospital () Trabalho () Outros () Ignorado
Endereço: _____
IV- Circunstâncias em que Ocorreu a Morte: 1 () Morte Natural - 1.1 () Agônica 1.2 () Súbita
2 () Morte Violenta 2.1 () Homicídio 2.3.1 () Trânsito () Passageiro () Capotamento
2.2 () Suicídio () Pedestre (atropelamento) () Colisão () ...
2.3 () Acidente () Outros () IGN

SECURITY LINE DEPT 7 & 16/06/2017 11:32 - 0000000000

CAPEMISA
15 AGO 2017
REGULAÇÃO DPVAT



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

Boletim de Atendimento: 923971



Identificação do paciente

ID 1043424	Nome JOSIMARCO ALVES PEREIRA	Sexo Masculino
Data de nascimento 12/11/1975	Idade 40 anos 6 meses 19 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe VERONICE ALVES DE SOUZA	Religião NÃO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988615980	DDD Fixo
Tipo de documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2055450	Nº Cns 898004807082333
Local de procedência BR 101	Tipo BARRO	UF PB
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB	Lugradouro DOMINGOS MARANHÃO
Número 547	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 31/05/2016 12:24:49	Número da pulseira 1000004252732	Convênio SUS
Especialidade CLÍNICA GERAL	Clinica CLÍNICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou NÃO INFORMADO		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
REV SEGUROS DE PREVIDÊNCIA S/A. RECEBI 22 SET 2017 crânio/Face/cerv. Abol 31 05 16						
Diagnóstico						CID
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO						Tempo 03min 07seg

Imprimir

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

31/05/2016 12:37

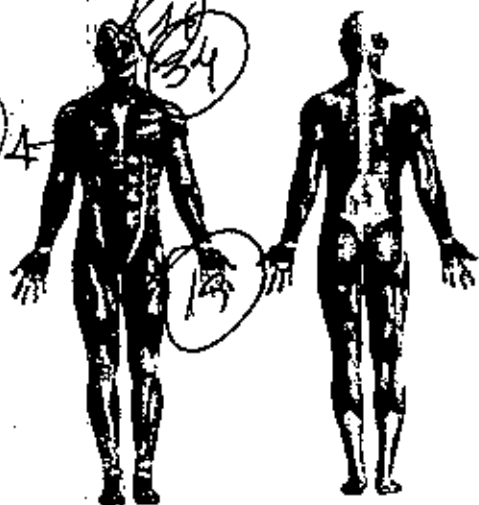
SUS/SUSCEN 1188 (2017) 7 16/08/2017 12:37 - 0000029710

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim: _____
 MEDICAMENTOS: () Não () Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: () Não () Sim: _____
 PATOLOGIA: () Não () Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim: _____

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



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

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

() 1º grau

() 2º grau

() 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☒ Radiografias
☒ Ultrassonografia (FAST)
☒ Tomografia computadorizada

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

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDIÇÕES E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

Solicito parecer da

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

() Centro cirúrgico

() Transferência (unidade de saúde)

() Internado (setor)

() Alta hospitalar

() Sítio

() Decisão médica

() A pedido

() A revalia

() Desistência

() Família

() SVO

RECEBI

22 SET 2017

ASSINATURA/CARIMBO

Assinatura do Paciente ou Responsável
 Charge Geral - CRM 2489

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAv. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593262 - FONE: (**83)
3216-5736 / 3216-5775

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

CATEGORIA: HEMATOLOGIA
hb + ht - QUANTIDADE: 1

(MATERIAL: SANGUE - MÉTODO: IOT)

Exame

Resultado

Valor(es) Referência(s)

HEMATOCRITO DETERMINAÇÃO

HEMATOCRITO DETERMINAÇÃO

33.02 %

35% a 47% %

HEMOGLOBINA

HEMOGLOBINA

11.0 g/dl

12.0 a 15.0 g/dl g/dl

ESTE EXAME NÃO FOI ASSINADO DIGITALMENTE.

12:50h

Flc. [assinatura]
CRM: 4942

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

CAPEMISA
15 AGO 2017
REGULAÇÃO DPVAT

SEÇÃO DE REGISTRO DE EXAMES - LABORATÓRIO - 31/05/2016 12:45 - 600026713

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

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

NOME DO PACIENTE: _____

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

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

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

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

DADOS CLÍNICOS (sintomas): _____

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: ____/____/____

NOME FÍSICO: _____ PA: ____/____ mmHg P: ____ bpm SpO2: _____ Tax: _____

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

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

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perфуsão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perфуsão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros: _____

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

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

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

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____

IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:
Levado pelo SAMU, vítima de TCE grave, fratura de fêmur e de torax e de pelve, realizada intervenção cirúrgica de fêmur e de torax. Descontado em RAE, realizado protocolo de RAE, permissão para o

DESTINO: _____ ENFERMEIRO: *João de S. Silva* COREN: *15 A60 2017*

REGULAÇÃO DPV: _____

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

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

RNO: DOMINGOS NARRANHO
N. 647 - CENTRO
CONEC
POTE: (1)
CELULAR: (82) 998615990
IDRSC: 46
DT. ENTADA:

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
31/05/16	14:18	# CARUR GID TORACICA
05/16		VENHO AVALIAR PACIENTE - CHAMADO
16/16		TELEFÔNICO ÀS 14:03 - DO PCTE
		VITIMA DE POLÍTRAMA ACIDENTE
		COM REXMOTO. AO CHEGAR PCTE 35
		NOVA ENTADA EM PRADA UNIDADA
		SEMDO 35 LASSADO CICLO DE
		REGIMINADO.
		A TOMOGRAFIA DO ABDOMEN, DESSEQUIRES
		PNEUMOTISMA A DREITA, SEM OBSTRU
		DO MEOLASTINO RUG AUREGUSSE
		REGRESSAO HEMODINAMICA.
		Daniel Pires Pessoa Especialista Torácico CRM-PB 7445
31/05/16	14:25	#BMF#
		Paciente apresentando TCE grave, sem condicoes
		de colocação BMF
		Roberto Rangel Especialista em Cirurgia Maxilofacial Implante Dentário CRM-PB 1082
31/05/16	15:30	Serviço Social
		Estamos aguardando o preenchimento da
		requisição de exame cadastral familiar
		aguarda no acolhimento familiar.
		CAPEMISA
		15 AGO 2017
		REGULACAO DPVAT



CT

João Pessoa, 09 de AGOSTO 2017.

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

*cap-206
nº é projeto-*

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

DPVAT MORTE
VÍTIMA: JOSIMARCO ALVES PEREIRA



Atenciosamente,


Denise de Oliveira Lima
Atendente
Sucursal João Pessoa

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

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

CPF de: Próprio

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANA CRISTINA FELIX RODRIGUES : 078.926.904-09

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

ANNE KAROLYNE FELIX PEREIRA : 127.737.474-02

Autorização de pagamento
Documentos de identificação

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN : 052.202.404-12

Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

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

RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARSON ALVES CARVALHO



Procuração



LACERDA SANTANA
ADVOCACIA
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

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

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

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

João Pessoa 31 de Julho de 2017

Annis Cristina Félix Rodrigues

OUTORGANTE

CAPEMISA

15 AGO 2017

REGULAÇÃO DPVAT

SEGUROS
EVIDÊNCIA S/A.

22 SET 2017

(83) 3241-6957

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

SEGUROS LÍTER Nº 17.14.16/2017 11:34 - 000000070