



Número: **0805915-82.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **20/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
V. D. S. D. C. N. (AUTOR)		JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE (ADVOGADO)	
ADRIANO DA CRUZ NUNES (REPRESENTANTE)		JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36898 228	20/11/2020 10:50	Petição Inicial	Petição Inicial
36898 802	20/11/2020 10:50	PROCURAÇÃO	Procuração
36898 809	20/11/2020 10:50	DOCUMENTOS PESSAIS	Documento de Identificação
36898 812	20/11/2020 10:50	DOCUMENTOS DPVAT	Outros Documentos
36898 815	20/11/2020 10:50	DOCUMENTOS MÉDICOS	Outros Documentos
36898 819	20/11/2020 10:50	BOLETIM DE OCORRÊNCIA	Outros Documentos
36898 822	20/11/2020 10:50	EXTRATO DO PAGAMENTO	Outros Documentos
36899 218	20/11/2020 10:55	Outros Documentos	Outros Documentos
36899 223	20/11/2020 10:55	GuiaCustas	Guias de Recolhimento/ Depósito/ Custas
37035 834	25/11/2020 18:49	Despacho	Despacho
37110 237	25/11/2020 20:21	Carta	Carta

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUÍZA DE DIREITO DA VARA MISTA DA
COMARCA DE SANTA RITA/PB

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES, brasileira, menor de idade, inscrita no CPF nº 157.448.854-63, neste representada por seu genitor **ADRIANO DA CRUZ NUNES**, brasileiro, solteiro, servente, inscrito no CPF sob nº 077.932.584-28, na cedula de identidade nº 2.979.297, ambos residente e domiciliados na Rua Pe Pedro Arrube, 15, casa 02, Várzea Nova, Santa Rita/PB, vem a presença de Vossa Excelência propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

em face **Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, situada na rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ pelas seguintes razões:

DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Requer a Autora o benefício da gratuidade de justiça, nos termos da Legislação Pátria, inclusive para efeito de possível recurso, tendo em vista estar impossibilitado de arcar com as despesas processuais sem prejuízo próprio e de sua família. A Carta Magna em seu art. 5º, inciso LXXIV, estabelece o seguinte: “*O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos*”. Neste mesmo sentido caminha a Lei nº 1.060/50 em seu art.4º, in verbis:

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



Desta feita, requer a Demandante o deferimento dos benefícios da assistência judiciária gratuita, pois como atesta, não ter condições de arcar com as custas e despesas processuais sem o comprometimento do sustento próprio e de sua família.

DOS FATOS

A reclamante efetuou o pedido de reembolso do seguro **DPVAT** por invalidez, referente ao acidente ocorrido em 02/01/2017, registrado pelo nº do pedido do Seguro DPVAT: 319040603.

Até o presente momento recebeu apenas o valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) na data de 27/04/2020, conforme extrato anexo.

No entanto, resta, ainda, o valor de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), que não foi repassado a reclamante, apesar de inúmeras tentativas de cobrança diretamente com a reclamada.

DA LEGITIMIDADE ATIVA

O Seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículo automotores de vias terrestres - DPVAT, conhecido popularmente como seguro obrigatório, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidente de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa.

A redação atual do artigo 4º da Lei nº 6.194/74, após modificação provocada pela Lei nº 11.482/2007 que regula o seguro obrigatório aduz que:

Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil.

§3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente a vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP.



No caso em análise, é direito do Promovente, vítima do acidente, receber uma indenização por danos pessoais ante ao seu grave estado de saúde, ou melhor, devido aos danos que lhe foram causados pelo acidente sofrido.

DA LEGITIMIDADE PASSIVA

O art. 7º da Lei nº 6.194/74, determina que, em se tratando de seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes ao seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no pólo passivo que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

Nesse sentido também dispõe a Resolução do CNSP nº 154/2006:

Art. 5º (...)

§6º Os consórcios de que trata o caput deste artigo deverão estipular que qualquer uma das sociedades seguradoras se obriga a receber as reclamações que lhes forem apresentadas. §7º Os pagamentos de indenizações serão realizados pelos Consórcios, representados por seus respectivos líderes.

Matéria também totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência dominante, que entendem que qualquer seguradora que faça parte do Consórcio do Seguro DPVAT S/A constitui-se parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a Demandada, ora ré.

DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

O Art. 5º da Lei 6.194/74 relata que o pagamento da indenização referente ao seguro obrigatório será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos:



Art. 5º - O pagamento de indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7.º Caput, da Lei 6.194/74 ao estabelecer que:

Art. 7º- A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, por seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do Seguro Obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas, diferentemente do que exige a demandada em suas respostas administrativas. Isto posto, é forçoso concluir que independe do pagamento do prêmio do seguro obrigatório

A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do

Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

“STJ. Súmula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”.

Sendo assim, é incontroversa a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

De tal forma que segue **anexo** à presente ação todos documentos do DPVAT, laudos, além de todo prontuário médico hospitalar afirmando inequivocamente as lesões



sofridas pelo Promovente em face do acidente automobilístico que ocasionou danos pessoais ao Promovente

DO VALOR DA INDENIZAÇÃO

A vigente redação da Lei nº 6.194/74, resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº 11.482/2007) e nº 451/2008 (Lei nº 11.945/2009), dispõem que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os seguintes danos, nos valores:

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (...)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007);

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007);

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (Incluído pela Lei nº

11.482, de 2007).



Diante do exposto, requer que a parte Promovida seja condenada por Vossa Excelência, a pagar uma indenização a Promovente no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, devido a lesão ter deixado sequelas no Promovente, sem previsão de encerramento do tratamento, de acordo com o Art. 3º, II, da Lei 6.194/74.

DOS PEDIDOS

Diante do que foi exposto, requer o Promovente, que Vossa Excelência se digne em:

- a) a concessão da Assistência Gratuita nos termos dos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil em vigência;
- b) A citação da Promovida, na pessoa de seu representante legal, para, querendo responder a presente demanda, sob pena de ser decretada a sua revelia e as penalidades decorrentes dos fatos alegados na inicial, bem como, de acordo com o artigo 319, in VII, do Novo Código de Processo Civil, opta pela não realização de audiência de conciliação ou mediação;
- c) Julgar a presente demanda procedente em sua totalidade, condenando a Empresa Ré ao pagamento de indenização ao Promovente no valor **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) em virtude da deficiência da Autora, acrescido de juros de mora e correção monetária**, desde a data do fato ocorrido, ou seja, no dia 02 de janeiro do ano de 2018, conforme aduz as Súmulas nº 43 e 54 do Superior Tribunal de Justiça;
- d) A condenação da Empresa Promovida ao pagamento das custas processuais e honorários sucumbenciais de acordo com o artigo 85 do Novo Código de Processo Civil;

A produção de todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente prova documental e pericial, depoimento da parte Promovida, oitivas de testemunhas e perícia, se, porventura, for este o entendimento de Vossa Excelência.



Dá-se à causa o valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

Nesses termos,

Pede deferimento

Santa Rita/PB, 20 de novembro de 2020.

JOSICLEIDE VICENTE

MICKAELLER K S PEREIRA

OAB/PB21.612 OAB/PB25.926

EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUÍZA DE DIREITO DA VARA MISTA DA
COMARCA DE SANTA RITA/PB

VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES, brasileira, menor de idade, inscrita no CPF nº 157.448.854-63, neste representada por seu genitor **ADRIANO DA CRUZ NUNES**, brasileiro, solteiro, servente, inscrito no CPF sob nº 077.932.584-28, na cedula de identidade nº 2.979.297, ambos residente e domiciliados na Rua Pe Pedro Arrube, 15, casa 02, Várzea Nova, Santa Rita/PB, vem a presença de Vossa Excelência propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)



em face **Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, situada na rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ pelas seguintes razões:

DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Requer a Autora o benefício da gratuidade de justiça, nos termos da Legislação Pátria, inclusive para efeito de possível recurso, tendo em vista estar impossibilitado de arcar com as despesas processuais sem prejuízo próprio e de sua família. A Carta Magna em seu art. 5º, inciso LXXIV, estabelece o seguinte: “*O Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos*”. Neste mesmo sentido caminha a Lei nº 1.060/50 em seu art.4º, in verbis:

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

Desta feita, requer a Demandante o deferimento dos benefícios da assistência judiciária gratuita, pois como atesta, não ter condições de arcar com as custas e despesas processuais sem o comprometimento do sustento próprio e de sua família.

DOS FATOS

A reclamante efetuou o pedido de reembolso do seguro DPVAT por invalidez, referente ao acidente ocorrido em 02/01/2017, registrado pelo nº do pedido do Seguro DPVAT: 319040603.

Até o presente momento recebeu apenas o valor de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) na data de 27/04/2020, conforme extrato anexo.



No entanto, resta, ainda, o valor de R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos), que não foi repassado a reclamante, apesar de inúmeras tentativas de cobrança diretamente com a reclamada.

DA LEGITIMIDADE ATIVA

O Seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículo automotores de vias terrestres - DPVAT, conhecido popularmente como seguro obrigatório, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidente de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa.

A redação atual do artigo 4º da Lei nº 6.194/74, após modificação provocada pela Lei nº 11.482/2007 que regula o seguro obrigatório aduz que:

Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil.

§3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente a vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP.

No caso em análise, é direito do Promovente, vítima do acidente, receber uma indenização por danos pessoais ante ao seu grave estado de saúde, ou melhor, devido aos danos que lhe foram causados pelo acidente sofrido.

DA LEGITIMIDADE PASSIVA

O art. 7º da Lei nº 6.194/74, determina que, em se tratando de seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes ao seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será legítima para figurar no pólo passivo que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

Nesse sentido também dispõe a Resolução do CNSP nº 154/2006:



Art. 5º (...)

§6º Os consórcios de que trata o caput deste artigo deverão estipular que qualquer uma das sociedades seguradoras se obriga a receber as reclamações que lhes forem apresentadas. §7º Os pagamentos de indenizações serão realizados pelos Consórcios, representados por seus respectivos líderes.

Matéria também totalmente pacificada pela doutrina e jurisprudência dominante, que entendem que qualquer seguradora que faça parte do Consórcio do Seguro DPVAT S/A constitui-se parte legítima para o pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a Demandada, ora ré.

DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

O Art. 5º da Lei 6.194/74 relata que o pagamento da indenização referente ao seguro obrigatório será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, vejamos:

Art. 5º - O pagamento de indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7.º Caput, da Lei 6.194/74 ao estabelecer que:

Art. 7º- A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, por seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido será pago nos mesmos valores, condição e prazo dos demais casos



por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do Prêmio do Seguro Obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas, diferentemente do que exige a demandada em suas respostas administrativas. Isto posto, é forçoso concluir que independe do pagamento do prêmio do seguro obrigatório

A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na corte do

Superior Tribunal de Justiça. Vejamos:

“STJ. Súmula 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES (DPVAT) não é motivo para recusa do pagamento da indenização”.

Sendo assim, é incontroversa a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão somente exigir prova de fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

De tal forma que segue **anexo** à presente ação todos documentos do DPVAT, laudos, além de todo prontuário médico hospitalar afirmando inequivocamente as lesões sofridas pelo Promovente em face do acidente automobilístico que ocasionou danos pessoais ao Promovente

DO VALOR DA INDENIZAÇÃO

A vigente redação da Lei nº 6.194/74, resultado das modificações oriundas das medidas Provisórias nº 340/2006 (convalidada pela Lei nº 11.482/2007) e nº 451/2008 (Lei nº 11.945/2009), dispõem que o seguro DPVAT destina-se a indenizar os seguintes danos, nos valores:



Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (...)

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte; (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007);

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007);

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas. (Incluído pela Lei nº

11.482, de 2007).

Diante do exposto, requer que a parte Promovida seja condenada por Vossa Excelência, a pagar uma indenização a Promovente no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, devido a lesão ter deixado sequelas no Promovente, sem previsão de encerramento do tratamento, de acordo com o Art. 3º, II, da Lei 6.194/74.

DOS PEDIDOS

Diante do que foi exposto, requer o Promovente, que Vossa Excelência se digne em:

- a) a concessão da Assistência Gratuita nos termos dos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil em vigência;



- b) A citação da Promovida, na pessoa de seu representante legal, para, querendo responder a presente demanda, sob pena de ser decretada a sua revelia e as penalidades decorrentes dos fatos alegados na inicial, bem como, de acordo com o artigo 319, in VII, do Novo Código de Processo Civil, opta pela não realização de audiência de conciliação ou mediação;
- c) Julgar a presente demanda procedente em sua totalidade, condenando a Empresa Ré ao pagamento de indenização ao Promovente no valor **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) em virtude da deficiência da Autora, acrescido de juros de mora e correção monetária**, desde a data do fato ocorrido, ou seja, no dia 02 de janeiro do ano de 2018, conforme aduz as Súmulas nº 43 e 54 do Superior Tribunal de Justiça;
- d) A condenação da Empresa Promovida ao pagamento das custas processuais e honorários sucumbenciais de acordo com o artigo 85 do Novo Código de Processo Civil;

A produção de todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente prova documental e pericial, depoimento da parte Promovida, oitivas de testemunhas e perícia, se, porventura, for este o entendimento de Vossa Excelência.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 11.812,50 (onze mil oitocentos e doze reais e cinquenta centavos)**.

Nesses termos,

Pede deferimento

Santa Rita/PB, 20 de novembro de 2020.

JOSICLEIDE VICENTE

MICKAELLER K S PEREIRA



OAB/PB21.612 OAB/PB25.926



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: VALESSA DOS SANTOS DA CRUZ LUNES, brasileira, menor, inscrita no CPF sob nº 157.448.854-63, representada pelo genitor ADEMAR DA CRUZ LUNES, brasileiro, solteiro, divorciado, inscrito no CPF nº 077.932.589-28, no RG nº 2.979.297, ambos domiciliados na Rua Pe. Pedro Amante, 15, Casa 02, Vila Bela, Santa Rita/PB.

OUTORGADO: JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE, Advogada, inscrita na OAB/PB 21.612, JULIANA KARLA DO NASCIMENTO ROLIM, Advogada, inscrita na OAB/PB 21.008, MICKAELLER KAREN DA SILVA PEREIRA, brasileira, advogada, inscrita na OAB/PB nº 25.926, com endereço profissional na Rua Senador José Américo, 211, Centro, Santa Rita/PB, Contatos: (83) 9-8733-4301.

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ad juditia et extra, para o foro em geral, especialmente para, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato. ACORDANDO O VALOR DE 30% DE HONORÁRIOS.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

DECLARA, com fins de pleitear os BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA, previsto no inciso LXXIV, do art. 5º da Constituição Federal, c/c parágrafo único, do artigo 4º da lei nº. 1060/50, que é juridicamente pobre, eis que não possui condições financeiras para arcar com as despesas da justiça, especialmente das custas processuais, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família; ciente de que pela falsa declaração de pobreza o declarante responde civil, penal e administrativamente, de conformidade com a legislação vigente.

Local e data: Santa Rita/PB, 25 de setembro de 2020

x Admar da Cruz Nunes

OUTORGANTE:





**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



**Número
157.448.854-63**

**Nome
VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES**

**Nascimento
18/07/2011**

**CÓDIGO DE CONTROLE
C961.B6BD.D8D0.4C1B**



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:46:17 do dia 30/07/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Digitalizada com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-324

Adriano da Cruz Nunes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.979.297 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 12/03/2020

NOME ADRIANO DA CRUZ NUNES

FILIAÇÃO SEBASTIÃO PEREIRA NUNES
DAMIANA MARIA DA CRUZ

NATURALIDADE PILAR-PB DATA DE NASCIMENTO 09/07/1982

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº8134 - LIV.A-9 - FLS.65 - CARTORIO PILAR-PB

CPF 077.932.584-28

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.113 DE 29/08/83

Digitalizada com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Certidão de Nascimento

NOME:
ADRIANO DA CRUZ NUNES

CPF **077.932.584-28**

MATRÍCULA
0698150155 1984 1 00009 065 0008134 65

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO **noze de julho de um mil novecentos e oitenta e dois** DIA **09** MÊS **07** ANO **1982**

HORA DE NASCIMENTO **09:00** NATURALIDADE **Pilar-PB**

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO **Pilar-PB** LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF **Maternidade do Hospital Maria do Carmo C. M. Borges - Pilar-PB** SEXO **masculino**

FILIAÇÃO
SEBASTIÃO PEREIRA NUNES | DAMIANA MARIA DA CRUZ.

AVÓS
Paterno(s): **Maria Francisca Pereira.** Materno(s): **Maria Cecília da Cruz.**

GÊMEOS ☒ NÃO NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS **NÃO POSSUI**

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) **dezoito de maio de um mil novecentos e oitenta e quatro (18/05/1984).** NÚMERO DA DNVDECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO **NADA CONSTA**

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER
2ª VIA. Registro lavrado em 18/05/1984, no livro A-00009, Nº 8134, folha 65.

CARTÓRIO ALICANTARA, PESSOAS NATURAIS
CARTÓRIO ALICANTARA
CNPJ 06.045.883/0001-30
Ilmo. Sr. Alencar Ferreira
ESCRIVÃO
Suzana Paiva Costa de Melo
1ª ESCRIVENTE
Haroldo da Silva Alcantara
2ª ESCRIVENTE
Rua Caldas Brandão, 220 - Pilar-PB
CEP 58338-000 Fone: (83) 3282-1489

CARTÓRIO ALICANTARA
MARIA INÊS DE ALCANTARA FERREIRA
Pilar-PB

RUA CALDAS BRANDÃO, 220 - CENTRO Pilar-PB - CEP 58338000
Fone: (83)3282-1489 E-mail: cartorioalicantarapb@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Pilar-PB, 19 de fevereiro de 2020.

Suzane Paiva Costa de Melo
SUZANE PAIVA COSTA DE MELO
Escrevente Compromissada

Selo Digital: **AJR80229-MLCI**

Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos e taxas: **R\$ 80,00**



AA 000051753

Associação dos Notários e Registradores do Estado da Paraíba



Digitalizada com CamScanner

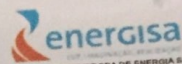


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Relembro para sempre pagamento da rede fiscalizadora de energia elétrica. Nº 032.688.468



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.915.623-9

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1245846-9

DADOS DO CLIENTE

ALEXSANDRA MARIA DE FRANCA
RUA PE PEDRO ARRUBE 15 CS 02
SANTA RITA

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	16/10/2019	269	23/10/2019	R\$ 230,11

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 22/11/2019

Pagador: ALEXSANDRA MARIA DE FRANCA CNPJ/CPF: 071.321.004-40
RUA PE PEDRO ARRUBE 15 CS 02 - VARZEA NOVA - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007520532	001245846201910	23/10/2019	R\$ 230,11	09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

Digitalizada com CamScanner

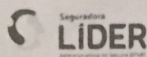


Assinado eletronicamente por: JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE - 20/11/2020 10:50:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010501102200000035217247>

Número do documento: 20112010501102200000035217247

Num. 36898809 - Pág. 4



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradonalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Digitalizada com CamScanner

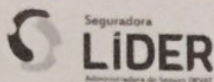


Assinado eletronicamente por: JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE - 20/11/2020 10:50:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010501168700000035217250>

Número do documento: 20112010501168700000035217250

Num. 36898812 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190406103

Vítima: VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES

Data do Acidente: 02/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADRIANO DA CRUZ NUNES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00769/00770 - carta_01 - INVALIDEZ

00030385

Digitalizada com CamScanner



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, VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES, REPRESENTADA POR ADRIANO DA CRUZ NUNES,
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.979.297 EXPEDIDO POR SSP-IPC EM 02/12/98 E
CPF 037932584-38 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO SERVENTE
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta 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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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 0922 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 N° da CONTA (com dígito, se existir) 46070-3

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.

Santa Rita / PB, de junho de 2019
LOCAL E DATA

Adriano da Cruz Nunes
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.



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301149 - AC SANTA RITA
SANTA RITA - PB
CNPJ....: 34028316372590 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 330536216
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709
Cartão...: 62267655

Movimento...: 19/06/2019 Hora.....: 11:35:48
Caixa.....: 92166299 Matrícula...: 88922251
Lancamento...: 014 Atendimento: 00009
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1661465292

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+

Valor do Porte(R\$)...: 23,26

Peso real (G).....: 122

Peso Tarifado.....: 0,122

CNPJ/CPF Remet.: 07793258428

Nome Remetente...: ADRIANO DA CRUZ NUNES

Endereço Remet.: RUA santo antonio, 165 - v

Cont. Endereço...: arzeia nova

Cap Remetente...: 58304-500

Cidade Remet....: SANTA RITA

UF Remet.....: PB

POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43+
---------------------	---	--------

Valor do Porte(R\$)...: 30,43

Cap Destino: 20011-904 (RJ)

Peso real (G).....: 122

Peso Tarifado.....: 0,122

OBJETO.....: DY015294875BR

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 53,69

Valor Declarado não solicitado(R\$)

No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:

Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com
os Correios.

VIA-CLIENTE

SARA 7.9.00

DY 01529487 5 BR



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30301149 - AC SANTA RITA
SANTA RITA - PB
CNPJ...: 34028316372590 Ins Est: 160745500
COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONDOR SEGU
CNPJ/CPF.....: 09248608000104
Doc. Post.....: 359/69570
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm: 11205709
Cartao...: 62267655

Movimento...: 27/01/2020 Hora.....: 15:49:32
Caixa.....: 95195287 Matrícula...: 84777176
Lancamento...: 043 Atendimento...: 00023
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1770025622

DESCRIÇÃO	QTD	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	24,78+
Valor do Porte(R\$)...	24,78	
Peso real (G).....	30	
Peso Tarifado.....	0,030	
CNPJ/CPF Remet.....: 07733258428		
Nome Remetente.....: adriano da cruz Nunes		
Endereço Remet.....: Rua santo antonio, 165 - v		
Cont. Endereço.....: arzee nova		
Cep Remetente.....: 58304-500		
Cidade Remet.....: santa rita		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	30,43+
Valor do Porte(R\$)...	30,43	
Cep Destino.....: 20011-904 (RJ)		
Peso real (G).....	30	
Peso Tarifado.....	0,030	
OBJETO=====> QACJ86844296R		

Postagem ocorre após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$): 55,21

Valor Declarado não solicitado(R\$)
No caso de objeto com valor,
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATURAR

Reconheço a prestação dos(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante
apresentação de fatura. Os valores constantes
deste comprovante poderão sofrer variações de
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:
Ass. Responsável.....

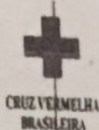
Postagem ocorre após o horário limite de postagem (DH), será acrescido 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

SERV. POSTAIS: DIPLOMATOS E REVERES-LEI 6538/78

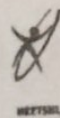
Ganhe tempo!

Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete
deste comprovante, para eventual contato com





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Orientado em DDH Sob Anest. Geral Anestesia e Antiespasmódicos Aposição de Campos Cirúrgicos
Incisão:	Via de Abordagem
Achados:	Fract. de Ombro
Conduta:	Realizada redução indireta com auxílio de tração + Fixação interna com 2 fios K nº 3,5
Fechamento:	— 1 —
Observação:	Tudo acordo

Médico/CRM:

Dr. Helson de S. Dias Jr.
Médico
CRM 13562351

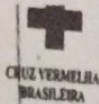
João Pessoa,

04/05/17

F(NG).ASCIR.009-1

Digitalizada com CamScanner





RELATÓRIO DE CIRURGIA

de *X*
REVISÃO

Nome: Vanessa dos Santos de Cruz Nunes BE/Prontuário: 975575
Idade: 5a Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 04/03/12
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: TT0 cirurgia de fratura de Ombreira
Cirurgião: Dr. Helio B. Dias Jr. 1º Assistente: Dr. Koutay
2º Assistente: Dr. Andre 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Aldey
Tipo de Anestesia: A. Geral Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fr. de Ombreira</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>TT0 cirurgia de fratura de Ombreira</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Helio B. Dias Jr.
CRM 10254

João Pessoa, 04/03/12

F(NG).ASCIR.009-1



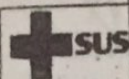
Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE Vanessa dos Santos da Cruz Nunes
 IDADE 5 Nº 931575 PRONTUÁRIO: _____ ENFERMEIRA _____ LEITO _____
 CIRURGIÃO Tatiana Cristina Gomes da Silva (E) Paula
 ANESTESIA Geral
 ANESTESISTA Alisson
 INSTRUMENTADOR —
 DATA 12/12 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO 12:30 FIM 13:30 CIRURGIÃO: INÍCIO 12:40 FIM 13:30
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.

ALFENTANIL				JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA BOBÁRICA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL				KIT SIST DREN TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº 3-0	
ETOMIDATO				LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
PENOBARBITAL				LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA				LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL				LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO				LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO				LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO				LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO				AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO				AGULHA 25X07		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN				AGULHA 25X08		FIO SEDA Nº	
MORFINA				AGULHA 40X12		PITA CARDÍACA	
NDMBIUM				AGULHA PERIDURAL Nº16		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO				AGULHA PERIDURAL Nº17		CATETER DE PIC	
PETIDINA				AGULHA PERIDURAL Nº18		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL				AGULHA RAQUI Nº250		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA				AGULHA RAQUI Nº260		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO				AGULHA RAQUI Nº270		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO				ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STENMAN Nº	
SUXAMETÔNIO				ATADURA DE CREPOM		FIO STENMAN Nº	
TIOPENTAL				ATADURA GESSADA		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.			BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST ABSORVÍVEL	
ADRENALINA				CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA				CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA				CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA				CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA				CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA				CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA				CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA				COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONIOSO	
FUROSEMIDA				COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 50%				COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO				DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA				DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA				ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA				EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASIL				EQUIPO TRANSF. SANGUE		ASPIRADOR	
PROSTIGMINE				EQUIPO MICROGOTAS		() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA				ESPONJA DE PVPI		() CAPNOGRAFO	
TENOXICAN				ESPARADRAPO		() CARDIOMONITOR	
				GAZES		() DESFIBRILADOR	
				GAZES ALGODOADAS		() FOCO AUXILIAR	
				GEL ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL	
				JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
				JELCO Nº16		() TOXÍMETRO DE PULSO	
						() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
						() PERFURADOR ELÉTRICO	
						() SERRA	
						CIRCULANTE	

Rosivalva N. de A. Silva
 Tte. em Enfermagem
 09/09/2019 13:36

FONQ/ASCIR-021-2



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE.

34 - QTDE.

37 - QTDE.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FIO DE Kirschmer N.º 1,5 07 em uso

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		03/02/17
		Paciente estável, sem queixas no momento, aguardando tratamento cirúrgico
		04/02/17
		Cirurgia marcada p/ 16/02

Dr. Henrique L. Nóbrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PR 38812-0/2011

Dr. Henrique L. Nóbrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PR 38812-0/2011

Digitalizada com CamScanner



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
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empalamento
- 9 Efisema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 F. Arma Branca
- 13 F. Arma de Fogo
- 14 F. Contuso
- 15 F. Cortante
- 16 F. Corto-Contuso
- 17 F. Perfuro-Contuso
- 18 F. Perfuro-Cortante

- 19 Fratura Óssea Fechada
- 20 Fratura Óssea Aberta
- 21 Hematoma
- 22 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendínea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia
- 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

CONDUTAS 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

às

do dia

às

do dia

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

() Centro cirúrgico

() Transferência (unidade de saúde)

() Internado (setor)

() Alta hospitalar

() Óbito () Até 48 hs.

() Decisão médica () A pedido

() Após 48 hs.

() A reavalia

() Família () IML

() Desistência

() SVO

ASSIN

ASSIN

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

FIM.

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE - 20/11/2020 10:50:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112010501189900000035217252

Número do documento: 20112010501189900000035217252

Num. 36898815 - Pág. 6



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

UNIDADE: UNIDADE DOS SANTOS DA CRUZ VERMELHA
DT. INSC: 18/07/2011
PAC: ANTERIOR DA UNIDADE DOS SANTOS
END: R. RUY ROBERTO
N. 5/10 - CENTRO
Cidade: ()
CEP: ()
DT. ENTREGA: 02/01/2017 10:10:30

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
02/01/2017	10:10	<p>Psicologia</p> <p>Paciente, no momento, consciente, orientada, porém com dificuldades de memória recente, apresentando sintomas de ansiedade e preocupação com o futuro.</p> <p>Tratamento: Orientações e esclarecimentos com a família e encaminhamento para acompanhamento com a equipe + encaminhamento para a equipe de psicologia (psicólogo) + encaminhamento para a equipe de psicologia (psicólogo) + encaminhamento para a equipe de psicologia (psicólogo).</p>

Denise Medeiros
Psicóloga
CRP 13/5829

Digitalizada com CamScanner





Primeiro Atendimento Médico

0022390 BE: 971976
VANDERLEI DOS SANTOS DA CRUZ KUNES
DT. NASC.: 18/07/2011
PNE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS
END.: RENATO RIBEIRO
R. S/N - CENTRO
SPE
FONE: ()
CELULAR: ()
IDADE: 9
DT. ENTRADA: 02/01/2017 18:18:20

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:	IDADE:	DATA:
-------------------	--------	-------

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Menor encarcerado do Extrajudicial, vítima de assalto por moto sem a moto e desde então se refere dor e edema no cotovelo B. Nega outros traumas.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS
AÉREAS ☒ PÉRVIAS () OBTURADAS
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: <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal () Rude () Diminuído () Ausente	HTE: <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal () Rude () Diminuído () Ausente
--	--

- RUÍDOS

() SIM () NÃO	HTD: <input checked="" type="checkbox"/> Roncos Sibilos Estertores	HTE: <input checked="" type="checkbox"/> Roncos Sibilos Estertores
--------------------	--	--

t: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

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

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO ☒ Regular () Irregular () Ausente
BULHAS ☒ Normotônicas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente

SOPRO () Presente ☒ Ausente

BE OU B4 () Sim () NÃO

FC: _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C

ECG: _____

ABDOMEN: flexível

FICIT NEUROLÓGICO

pupilas: ☒ Fotorreagentes () Paralisadas ☒ Isocóricas () Anisocóricas (diferença = _____ mm)

escala de Glasgow:

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

F(NG).CC.001-1

01/01/17

02/01/17. 17:50,

Mural de acompanhamento de

projetos - SP, com data

até 31/12/17. Ex de documento (B)

para acompanhamento.

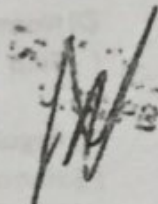
A primeira com o nome de

corrente (B), Manuseio. Provisório.

com acompanhamento p/ o

cliente.

- Ol. São.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES
DATA DE NASCIMENTO	18/07/11
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	99.603
BOLETIM DE ENTRADA N.º	971.575
DATA DO ATENDIMENTO	02/01/17
HORA DO ATENDIMENTO	16:10
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE OLÉCRANO ESQUERDO
CID 10	S52.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente, de menor idade, foi atendido neste Serviço, procedente do Ortotrauma, vítima de atropelamento(sic), referindo dor com edema em cotovelo esquerdo. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Apresenta fratura de olecrano esquerdo. Paciente já veio encaminhada com diagnóstico da fratura. Internação para cirurgia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

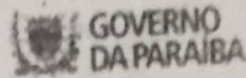
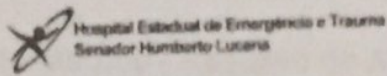
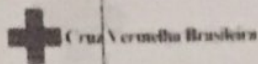
Tratamento cirúrgico de fratura de volécrano esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	05/01/17
DATA DA EMISSÃO:	17/07/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

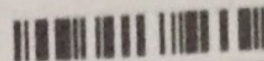
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





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

Boletim de Atendimento: 971676



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1123843	VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ NUNES	Feminino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
18/07/2011	6 anos 5 meses 15 dias	SOLTEIRO(A)
Mãe	Religião	Prontuário
MARIA DAS DORES DOS SANTOS	NAO INFORMADA	
Escolaridade	Pai	
NAO INFORMADO	ADRIANO DA CRUZ NUNES	
DDD Móvel	Responsável (Parentesco)	
	MARIA DAS DORES DOS SANTOS - MAE	
Tipo documento	Nº Cns	
REGISTRO DE NASCIMENTO	07311401552011100061235004844847	
Local de procedência	DDD Fixo	Fone Fixo
HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURIT (ORTOTRAUMA)		
Email	Naturalidade	UF
	SAPE	PB

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58340000	SAPE	PB	RENATO RIBEIRO
Número	Complemento	Bairro	
S/N		CENTRO	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
02/01/2017 16:10:30	5922306	SUS
Especialidade	Clínica	
PEDIATRIA	CLINICA PEDIATRICA	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
URGENCIA	ATROPELAMENTO	MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA	AMBULANCIA		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
-------------	-----

Atendido por	Tempo
JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO	05min 50seg

Imprimir

Digitalizada com CamScanner





BRASIL
BRASILÉIA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Vanessa do Santos</u>		Registro: <u>Dr. Conf. Nunes</u>			
Idade: <u>05A</u>	Sexo: <u>F</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u>01</u>	Enf: <u>005</u>	Leito: <u>001</u>
Data de admissão: <u>02/01/14</u>		Data da alta: <u>05/01/17</u>			
Diagnóstico inicial: <u>fratura de Ombreira</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>0 mesmo</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Redução com fio de Kirsch</u> <u>Dr. Roberto Lima</u>					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>Boa evolução, sem complicações</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
relativo em casa por, _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Retorno: <u>Dr. Roberto Lima</u>					
Ao posto de saúde em <u>NO HTOB</u> para retirada de ponto					
Ao ambulatório em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>05</u> de <u>01</u> de <u>17</u>					
Ass. Médico / CRM <u>000000000</u>					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livre nº 001/2017
Ocorrência nº. 078/2017

Aos ONZE dias de JANEIRO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 07h:59min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

ADRIANO DA CRUZ NUNES, conhecido por ADRIANO, Identidade nº 2.979.297-SSS/PB, CPF nº 077.932.584-28, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Sebastião Pereira Nunes e Damiana Maria Da Cruz, natural de Pilar/PB, nascido(a) em 09/07/1982 (34 anos de idade), do sexo Masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Gino Novo, 48, Renato Ribeiro, tendo como ponto de referência: , na cidade de SAPÉ/PB, fone(s) para contato:

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 02 de janeiro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Campo Grande, Zona Rural, Sobrado/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Sá Andrade (Sapé) e em seguida encaminhado ao Hospital de Traumas Sem. Humberto Lucena (João Pessoa/PB);

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE no dia acima citado o declarante estava em casa quando um menor de idade filho da senhora conhecida por Simone chegou a sua procura; QUE foi informado pela criança que sua filha Vanessa dos Santos da Cruz Nunes tinha sido atropelada; QUE foi até o local e chegando lá sua esposa já estava no local com sua filha nos braços; QUE os vizinhos a levaram de moto até o Hospital Sá Andrade, sendo depois encaminhada para o Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa; QUE Vanessa ficou internada durante três dias, onde sofreu um procedimento cirurgico; QUE ninguém conseguiu identificar a moto e nem quem a pilotava.

9) OBSERVAÇÕES:

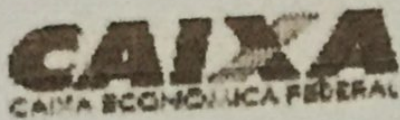
ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Sapé/PB, 11 de Janeiro de 2017.

Adriano da Cruz Nunes
ADRIANO DA CRUZ NUNES
Comunicante





AUTOATENDIMENTO - AG SANTA RITA PB

DATA: 23/09/2020

HORA: 10:10:05

TERMINAL: 19141044

CONTROLE: 191410440205

AGÊNCIA: 1914 - SANTA RITA

CONTA: 013.00143221-8

CLIENTE: ADRIANO DA CRUZ NUNES

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
MESES ANTERIORES

Abril



22/04	000000	BOLSA FAMI	1.200,00C
22/04	221122	SAQUE ATM	1.000,00D
22/04	221126	SAQUE ATM	200,00D
27/04	000001	CRED TED	1.687,50C


Digitalizada com CamScanner





GUIAS DE CUSTAS EM ANEXO.



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 033.1.20.02137/01
			Data de emissão: 20/11/2020
Nº do Processo: 0805915-82.2020.815.0331	Comarca: Santa Rita	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2020
Número da 033.2020.602137	Tipo da Custas Iniciais	UFR vigente: R\$ 52,20	
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 104,40 - Taxa Judiciária: R\$ 52,20 - Taxa bancária: R\$ 1,38		Promovente JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE; VANESSA DOS	Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
		Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO	Parcela: 1/1
		Valor da causa: R\$ 1.000,00	Valor total: R\$ 157,98
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Desconto total: R\$ 0,00
866300000019 579809283180 520201130033 312002137015 			Valor final: R\$ 157,98

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 033.1.20.02137/01
			Data de emissão: 20/11/2020
Nº do Processo: 0805915-82.2020.815.0331	Comarca: Santa Rita	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2020
Número da 033.2020.602137	Tipo de Custas Iniciais	UFR vigente: R\$ 52,20	
Promovente JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE; VANESSA DOS SANTOS DA CRUZ		Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.;	Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Valor da causa: R\$ 1.000,00			Parcela: 1/1
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 104,40 - Taxa Judiciária: R\$ 52,20 - Taxa bancária: R\$ 1,38			Valor total: R\$ 157,98
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 157,98

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 033.1.20.02137/01
			Data de emissão: 20/11/2020
Nº do Processo: 0805915-82.2020.815.0331	Comarca: Santa Rita	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/11/2020
Número da 033.2020.602137	Tipo de Custas Iniciais	UFR vigente: R\$ 52,20	
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 104,40 - Taxa Judiciária: R\$ 52,20 - Taxa bancária: R\$ 1,38		Promovente JOSICLEIDE DA SILVA VICENTE; VANESSA DOS	Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
		Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO	Parcela: 1/1
		Valor da causa: R\$ 1.000,00	Valor total: R\$ 157,98
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Desconto total: R\$ 0,00
866300000019 579809283180 520201130033 312002137015 			Valor final: R\$ 157,98





Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Santa Rita

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0805915-82.2020.8.15.0331

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Deixo de designar, neste momento, audiência de conciliação, considerando o retorno ainda gradual das atividades presenciais do Poder Judiciário, em razão da pandemia do novocoronavírus.

Cite-se o réu.

SANTA RITA, 24 de novembro de 2020.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
4ª Vara Mista
Comarca de Santa Rita
Rua Virgínio Veloso Borges, sn, Centro, Santa Rita/PB

[Acidente de Trânsito]

Processo nº 0805915-82.2020.8.15.0331

AUTOR: V. D. S. D. C. N. REPRESENTANTE: ADRIANO DA CRUZ NUNES

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

Destinatário: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem da Exma. Juíza de Direito desta 4ª Vara da Comarca de Santa Rita - PB, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 238 e seguintes do CPC, **CITO Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205** de todo o teor da petição inicial dos auto epígrafados, cuja cópia pode ser obtida através do link abaixo, ficando advertido(a) que o prazo para apresentação de contestação é de 15 dias úteis. Caso não apresentada contestação nesse prazo, será considerada revel, presumindo-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora.

Santa Rita, 25 de novembro de 2020

RENATA BRASILEIRO RAMOS GALVAO MONTEIRO
Analista Judiciário

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ E DOCUMENTOS DO PROCESSO ACIMA MENCIONADO ACESSE O LINK:
<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

