



Número: **0802157-54.2018.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **13/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	LUCIANO MONTEIRO DA SILVA
AUTOR	FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18335 426	13/12/2018 10:11	1 - Procuração, Documentos pessoais, Valor da indenização	Outros Documentos
18335 488	13/12/2018 10:11	2 - Boletim de ocorrência, Conta bancária	Outros Documentos
18335 497	13/12/2018 10:11	3 - Atestados, Ficha de atendimento do hospital, prescrição médica	Outros Documentos
18335 506	13/12/2018 10:11	4 - Fichas do atendimento de urgência, Fichas da cirurgia	Outros Documentos
18335 513	13/12/2018 10:11	5 - Carteira de agricultor, Carta da concessão do benefício	Outros Documentos
18335 522	13/12/2018 10:11	6 - Comprovante de residência, Declaração de pobreza	Outros Documentos
18341 588	13/12/2018 12:52	Despacho	Despacho
19443 556	25/02/2019 13:09	Certidão	Certidão
19443 886	25/02/2019 13:14	Mandado	Mandado
19700 868	11/03/2019 16:50	Diligência	Diligência

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG 57.330.619-9 – SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 885.783.484-00, residente e domiciliado no Assentamento Alto Alegre, zona rural, Jericó/PB.

OUTORGADO:

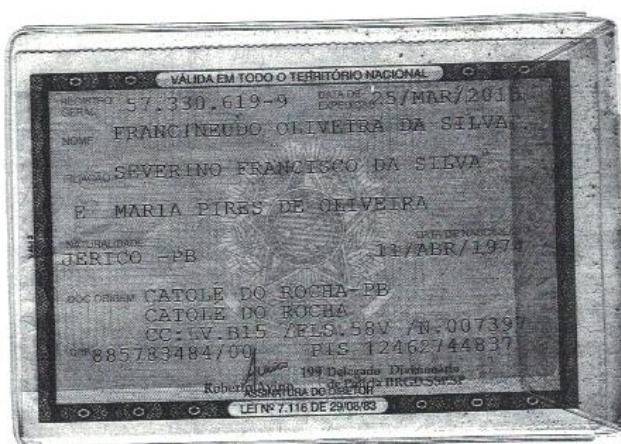
LUCIANO MONTEIRO DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PB – 20.528, portador do RG 2.988.644 – SSP/PB, inscrito no CPF 074.935.234-52, com endereço na Rua Lopes de Figueiredo, nº 77, Centro, município de Jericó/PB, CEP: 58.830-00. Fone: (83) 99960-0238.

PODERES:

Amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita, de conformidade com a Lei 1.060/50, em repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o (a) outorgante seja Autor(a), e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação e alvará judicial. Inclusive, ter acesso, solicitar cópia e requerer o que entender pertinente sobre documentos sigilosos, laudos periciais e procedimentos investigatórios, tanto na esfera administrativa, quanto na judicial. Reter valores contratados de honorários advocatícios e despesas do advogado, renunciar os valores que ultrapassarem o teto dos juizados especiais estaduais (40 salário mínimos) ou federais (60 salários mínimos), bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Jericó/PB, 12 de dezembro de 2018.

Francineudo Oliveira da Silva
OUTORGANTE



SINISTRO 3180323775 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA
LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 88578348400

Posição em 12-12-2018 17:54:47

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 505/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data do fato: **31/03/2018** hora: **19H30MIN**

Notificante: ****, alcunha "****", Nacionalidade ****, naturalidade: ****, nascido em ***/***/***, documento: **, filho de *** e de **, endereço: ****, referência: ***.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Homero Perazzo Filho

Vítima: **FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA**, alcunha "*****", Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Jericó-PB, idade: 44 anos, nascido em 11/04/1974, cor/raça: *****, Estado Civil: Casado, Profissão: agricultor, Escolaridade: *****, documento: RG 57.330.61-9 SSP/SP, filiação: Severino Francisco da Silva e de Maria Pires de Oliveira, endereço: ***** Assentamento Alto Alegre, Jericó-PB, referência: **. Tel/Cel:(***) **;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava conduzindo a motocicleta Honda pop 100, cor vermelha, placa MNW 2557/PB, CHASSI 9C2HB02107R038072, licenciado em nome de VERIMAR PAULO BEZERRA, na PB 325, próximo ao Bar do Gordo, quando um animal (jumento) atravessou no meio da pista, tendo a vítima tentado desviar do animal, batendo ainda no mesmo e caído no asfalto; QUE a vítima conseguiu ir para sua residência, sendo que depois de sentir muita dor na perna foi conduzido por familiares para o Hospital Regional de Catolé do Rocha; QUE o médico suspeitou de uma fratura no joelho esquerda na vítima, sendo que foi realizado um raio-x e não foi constatado nada, tendo a vítima liberada; QUE posteriormente a vítima não aguentou de dores na sua perna esquerda e retornou ao Hospital Regional de Catolé do Rocha, sendo realizado outro raio-x e sendo constado uma fratura no joelho esquerdo na vítima; QUE a vítima foi transferido para o hospital de Traumas de Campina Grande, onde depois de aproximadamente quinze dias, a vítima realizou uma cirurgia no joelho esquerdo, colocando chapa e parafusos no local citado. Nada mais a consignar.

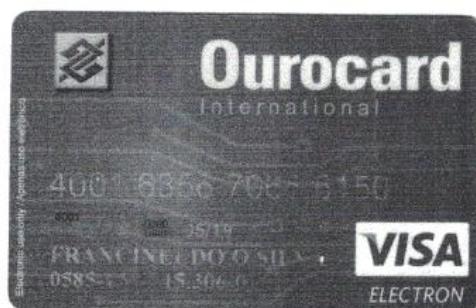
Catolé do Rocha, 14 de junho de 2018. Às 12:01 horas.

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
Matrícula: 168.447-7

FORNECER DIREITO





**GOVERNO
DA PARAÍBA** **SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE**
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Eduardo Oliveira
da Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 582 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 10/04/18 A 28/04/18 NECESSITANDO DE
do momento DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

Campina Grande 28/04/18

Ass. do Médico - Nº. do CRM

*Dr. Eduardo Oliveira
Cirurgião Geral
CRM-PB 9900*

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Edinealdo Oliveira da Silva</i>	Bairro: <i>Jerônimo P.B.</i>
End: <i>R. Sítio Alto Alegre</i>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <i>31/04/1974</i>	Data do Atend.: <i>30/04/18</i> Hora: <i>23:08</i> Documento:
Queixa: <i>Dor</i>	
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normoeorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

MOD. 110

Estratificação

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Okar
 Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial
Emergência
COREN-PB 413512

Assinatura e carimbo do profissional



REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	Francineuca Oliveira								PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLINICA:	ENF.:	LEITO:		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>							

DADOS CLÍNICOS:

Trauma

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

R-X Boca AP
R-D Jejun (E)
R-X Jejub (E)
R-X Trng (E)

AP / P.
AP / P.
AP / P.

Hallerson
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CNPJ - PB 1582

Carimbo e Assinatura do Médico

MOD. 002

20/08/14
A. - Prof - Consierte, ouvidor
med. com. signe aos encarregados
do enfermeiro. → Prof. Dr. Socorro Paixão Rocha
TBC. Entomologia
COREN 303178

20/08/14
A. - Prof - Consierte, ouvidor
med. com. signe aos encarregados
do enfermeiro. → Prof. Dr. Socorro Paixão Rocha
TBC. Entomologia
COREN 303178



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

卷之三

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Fix. plate technique (E).

568

Section 3: Business

MOD. 035



ATENDIMENTO URGÊNCIA

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

PRONT (B.E) Nº: 1632745
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58413-260

Data: 10/04/2018
Boleum de Emergência (B.E) - Móvel 07
CEP:58350000
Nascimento: 11/04/1974

PACIENTE: FRANCINEU DO OLIVEIRA DA SILVA

Endereço: Sítio Alto Alegre

Cidade: Jenipó

Nome da Mae: MARIA PIRES DE OLIVEIRA

Responsável: GILIANIA VERA

Estado Civil: Casado(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

CRM:

Especialidade:

Data de Atend:10/04/2018

Horas: 23:26:00

CRM:

Especialidade:



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM					
NAME: <i>Tranquilleide Oliveira</i>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	DATA DE NASCIMENTO: <i>01/01/1981</i>	h	AS: <i>9</i>	LEITO: <i>1</i>
IDADE: <i>30</i>	SETOR: <i>Amarela</i>				
DIAGNÓSTICO MÉDICO:					
ALERGIAS:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS: <i>J. portaria HAS</i>			
MEDICAÇÃO CONTÍNUA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS: <i></i>			
DOENÇA CRÔNICA:	SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS: <i></i>			
PRESença DE ESCARA:	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL: <i></i>			
PRESSÃO ARTERIAL:	HIPOTENSO <input type="checkbox"/>	NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>	HIPERTENSO <input type="checkbox"/>		
SISTEMA NEUROLÓGICO:	CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/>	INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO:	DISPÉNICO <input type="checkbox"/>	TAQUIPÉNICO <input type="checkbox"/>	EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>	BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)	NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>	POLÚRIA <input type="checkbox"/>	OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>	
MOBILIDADE:	DÚSÚRIA <input type="checkbox"/>	CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
TETRAPLEGIA:	DEAMBULA <input checked="" type="checkbox"/>	DEAMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/>	ACAMADO <input type="checkbox"/>	S/ DEFÍCITE MOTOR <input type="checkbox"/>	
SIST. GAS. RÓNTÉTINAL: (DIETA)	VO <input checked="" type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	SNE <input type="checkbox"/>		
ESTADO NUTRICIONAL:	NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>	DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>	OBESO <input type="checkbox"/>	CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>	
DADOS VITAIS:	PA: <i></i>	T: <i></i>	FR: <i></i>	FC: <i></i>	PESO: <i></i>
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM:					
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <i>Ambo. Com excesso de</i>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <i>Amarela</i>				
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <i>WNP</i>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBrio DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> NÁUSEA	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR: <i></i>				
<input type="checkbox"/> <i>Cássia Moretti F. da Costa</i> COREN/PI 136072-ENF	CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL					
PREScrição DE ENFERMAGEM			APRAZAMENTO	ASSINATURA	
<input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS. <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR. <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA. <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE 02 A 04 ML/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA. <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ). <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS. <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°. <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO. <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR, HIPEREMIA). <input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO. <input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE. <input checked="" type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.			<i>90</i>	<i>REC DE ENFERMAGEM COREN/PI 136072-ENF PB 954.456</i> <i>WNP Sempre Sempre</i>	

MOD 125

RESULTADOS ESPERADOS:								
REGISTROS								
DATA	HORA	PA	T	FC	FR	HGT	DIURESE	AVALIAÇÃO
12/04/19	10h5	150/90						Paciente estável Bm, n/intercorr. Ote. Sendo assistido C. P. m. segue em queixas de cistite In. 25gr RL
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / DIURNA								
INTERCORRÊNCIA DE ENFERMAGEM / NOTURNA								

	Sind. dos Trabalhadores Rurais de Jericó - PB
Nome: <u>Francineudo Oliveira da Silva</u>	
Data Nasc. <u>11/04/1974</u> Est. Civil <u>Casado</u>	
RG <u>57.330.619-9</u> CPF <u>885.783.484-00</u>	
Carteira Sindical N° <u>5.865</u>	
Profissão: <u>Agricultor</u>	
Data Filiação <u>20/12/2006</u>	
Francisco Custódio Neto (Presidente)	

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2006												PG
2007	PG											
2008	PG											
2009	PG											
2010	PG											
2011	PG											
2012	PG											

Esposa _____
Filhos _____

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2013	PG											
2014	PG											
2015	PG											
2016	PG											
2017	PG											
2018	PG											
2019												

Esposa _____
Filhos _____

Nome: FRANCINEUDO O DA SILVA

Nit: 1246274483-7

Aps: 13.0.21.050 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CATOLÉ DO ROCHA

Número do Benefício: 623174452-7

Data de Concessão do Benefício: 21/07/2018

Comunicamos que lhe foi concedido **AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO (31)** número **623174452-7** requerido em **16/05/2018** com renda mensal de **R\$ 954,00** com início de vigência a partir de **16/05/2018**.

Caso não tenha feito opção pelo crédito em conta corrente ou poupança, compareça na instituição bancária indicada abaixo, munido obrigatoriamente do documento de identificação apresentado no ato do requerimento do benefício. Os créditos subsequentes serão efetuados no 2º dia útil de cada mês.

Confira o seu nome, o endereço impresso abaixo e, em caso de erro, compareça à Agência da Previdência Social para que sejam providenciadas as devidas correções.

Dados do Pagamento do Benefício

Órgão Pagador / Agência Bancária: 748.903 / BRADESCO - CATOLE DA ROCHA

Endereço: PCA GERONIMO ROSADO SN - CENTRO

As aposentadorias por idade, tempo de contribuição e especial concedidas pela Previdência Social, são irreversíveis e irrenunciáveis, após o saque do primeiro pagamento ou do PIS, PASEP ou FGTS.



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>
com o código 181212PNI35M86

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requisito para envio do pagamento da nota fiscal/cópia da energia elétrica N° 014.110.170



ENERGISA PARAÍBA • DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.085.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
SIT ALTO ALEGRE 36
JERICÓ

CDC + CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1092392-8

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

OUT/2018

17/10/2018

125

16/11/2018

R\$ 61,31

Acesse: www.energisa.com.br



FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Roteiro: 09-253-731-2390
83660000000-1 61310054000-4 10923922018-8 10700253019-7



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

16/11/2018

R\$ 61,31

1092392-2018- 10-7

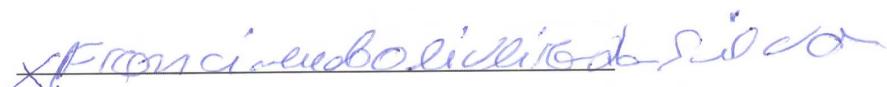
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG 57.330.619-9 – SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 885.783.484-00, residente e domiciliado no Assentamento Alto Alegre, zona rural, Jericó/PB, DECLARO que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, pobre, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Jericó/PB, 12 de dezembro de 2018.


FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

2ª VARA DA COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA/PB

DESPACHO

NÚMERO DO PROCESSO: 0802157-54.2018.8.15.0141

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PARTE AUTORA: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

PARTE RÉ: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Não obstante o teor do art.334 do CPC, a prática forense tem demonstrado que a audiência de conciliação/mediação, em regra, não tem servido ao fim conciliatório e à celeridade processual, limitando-se os representantes judiciais do requerido a apresentar as respectivas peças de defesa.

Assim, POSTERGO a audiência de conciliação para após a contestação, caso haja interesse das partes em sua realização.

CITE-SE a parte requerida para oferecer contestação, devendo advertir-se que, caso considere possível conciliar, deve a resposta conter tal intenção, para exame quanto à necessidade de designação de audiência.

Catolé do Rocha/PB, 13 de dezembro de 2018.

Fernanda de Araujo Paz

Juíza de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Catolé do Rocha

Avenida Deputado Americo Maia, S/N, João Serafim, CATOLÉ DO ROCHA - PB - CEP:
58884-000

Número do Processo: 0802157-54.2018.8.15.0141
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
Polo ativo: AUTOR: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO – ATO ORDINATÓRIO

CERTIFICO HAVER DESIGNADO, DE ORDEM DA MM. JUÍZA DESTA 2ª VARA, O DIA **14/03/2019**, A PARTIR DAS **12H00MIN**, PARA A REALIZAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA COM O DR. **EDUARDO CHAGAS CARVALHO**, CRM/PB: 5638, devendo à parte autora comparecer com seus documentos pessoais bem como de exames que entender necessários.

CATOLÉ DO ROCHA, 25 de fevereiro de 2019
OSNI TORRES DE ARAUJO SEGUNDO

2^a Vara Mista de Catolé do Rocha
Avenida Deputado Americo Maia, S/N, João Serafim, CATOLÉ DO ROCHA - PB - CEP:
58884-000
CATOLÉ DO ROCHA

Nº do processo: 0802157-54.2018.8.15.0141
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Autor: Nome: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
Endereço: ASSENTAMENTO ALTO ALEGRE, ZONA RURAL, JERICÓ - PB - CEP: 58830-000

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 ANDAR, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUTOR)

O MM. Juiz de Direito da 2^a Vara Mista de Catolé do Rocha manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime a parte

Nome: **FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA**
Endereço: ASSENTAMENTO ALTO ALEGRE, ZONA RURAL, JERICÓ - PB - CEP: 58830-000

PARA COMPARCER À PERÍCIA MÉDICA NO DIA **14/03/2019**, A PARTIR DAS 12H00MIN, COM O DR. **EDUARDO CHAGAS CARVALHO**, CRM/PB: 5638, devendo à parte autora comparecer com seus documentos pessoais bem como de exames que entender necessários.

CATOLÉ DO ROCHA, em 25 de fevereiro de 2019.

De ordem, OSNI TORRES DE ARAUJO SEGUNDO
Mat. 477.497-3

CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins, que deixei de cumprir o presente mandado em virtude do advogado da parte autora informar a esta oficiala de justiça, que o seu cliente já estar ciente do despacho retro.

CATOLÉ DO ROCHA

11 de março de 2019

LEOPOLDINA MARIA FILGUEIRAS DUTRA