

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Joaquim Santana de Barros
Brasileiro, solteiro, desempregado
portador(a) do RG nº 2798986, inscrito(a)
no CPF sob o nº 027.623.564-90, residente e domiciliado(a) à
Rua EE Tentugal
nº 136, EE Tentugal, São João da Boa Vista -PE,
CEP: 55565-000, declara, para fins de prova junto à Assistência
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
responsabilidade.

Recife, 09 de Novembro de 20 18.

Joaquim Santana de Barros

<http://app-ajp-jcjc4m43k-gfjrcn4t02-ge3ab-n4m4e3t0e/DAVALUADNT14021820432380040040831696>





 FOLEGAL DIREITO

 Assinatura de Barros

 ASSINATURA DO PORTADOR

 VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

 (Cada um dos seus membros)

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
 PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo
 nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

 JOAQUIM SANTANA DE BARROS

S E R P R C

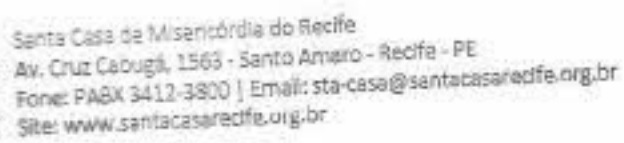
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

 Emitido em : 20/04/95

Atenção: este documento não pode ser usado para fins de identificação de pessoas físicas ou jurídicas.

Scanned by CamScanner





JOAQUIM SANTANA DE BARROS

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S822

Recife, 23/07/2018

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpnp.2014.06.004>





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 187ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA
CORDA GRANDE - DPM/CIRC DINTER/113ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0172000698

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 31/10/2018 às
15:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 18/7/2018 no período da Manhã

Local: MUNICIPIO DE SÃO JOSÉ DA CORDA GRANDE,
1, ENGENHO TENTUGAL, AO LADO DA RODOVIA PE88, SÃO JOSÉ DA
CORDA GRANDE PE - País: CENTRO SÃO JOSÉ DA CORDA
GRANDE PERNAMBUCO BRASIL. Local de Referência: EM SUA
PROPRIEDADE RURAL QUE FICA AO LADO DA RODOVIA PE88
LOCAL DO 1º PROPRIEDADE RURAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
JOAQUIM SANTANA DE BARROS (AGENTE)
JOAQUIM SANTANA DE BARROS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEÍCULO (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
OUTRO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOAQUIM SANTANA DE BARROS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO - JOÃO SANTANA DE BARROS (pai de JOAQUIM SANTANA DE BARROS)
24/7/1976 - nascido em BARREIRAS - PERNAMBUCO - BRASIL (com nome)
22/03/2018 SSP PE (RG) 02761256420 (CPF) Estado Civil: VIUVO(A) Estado Civil:
ANALFABETO APOSENTADO
MUNICIPIO DE SÃO JOSÉ DA CORDA GRANDE, 1, ENGENHO
TENTUGAL, SÃO JOSÉ DA CORDA GRANDE PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO -
SÃO JOSÉ DA CORDA GRANDE PERNAMBUCO BRASIL, EM FRENTE A ENTRADA DO
CAMPO

OUTRO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido (naturalidade) NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Estado Civil:
DESCONHECIDO

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a) OUTRO, que estava em posse do(a) Sr(a)
OUTRO
Código do Modelo: AUTOMÓVEL OUTRO NÃO INFORMADO Objeto registrado: NSE
Cor: OUTRA COR - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

File #07 Attorneys' Office - Campbell, WVA-15-0179

O SR JOAQUIM SANTANA DE BARROS COMPREendeu NESTA DEPOL INFORMANDO QUE, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANCITO, O MESMO VINHA VOLTANDO DE BICICLETA DE SUA PROPRIEDADE RURAL QUANDO UM VEICULO DESCONHECIDO O ATROPELOU, DEPOIS DE UM CERTO TEMPO A EQUIPE LOCAL DO SAMU O SOCORREU PARA O HOSPITAL LOCAL (UNIDADE NISTA OSNARIO OMINA DE OLIVEIRA) COM PRONTUARIO N° 0305426, SENDO A OCORRENCIA DO SAMU N° 0300276, SEGUIM ANEXADOS TODOS OS PROCEDIMENTOS MEDICOS DO MESMO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOAQUIM SANTANA DE BARROS
(VITIMA)

JOAQUIM SANTANA DE BARROS
(VITIMA) x.c. *Joquin Santana de Barros*

E.C. registrado por MARCONE JOSE ALVES DA SILVA - Matrícula: 3264284

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.100480>

Scanned by CamScanner



celpe
neenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARTA JOSE DA SILVA NARCISO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

EG TENTUGAL 136

ENGENHO TENTUGAL/SÃO JOSE DA COROA
SÃO JOSE DA COROA GRANDE PE
55585-000

CPF 051.471.534-03

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Anofásico

Nº DA NOTA FISCAL

SÉRIE

EMIÇÃO

4480960

REPRESENTAÇÃO

UNICA

Nº DO CLIENTE

09/10/2018

Nº DA INSTALAÇÃO

10/2018

2001330151

9581395

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo (kWh)
Acréscimo Bateria VERMELHA
Contro. Irm. Putuca Municipal
ICMS Subversão (DE. IIF 026381668-08/07/18)
Nota por atraso (DE. IIF 023235348 - 09/07/18)
Juros por atraso (DE. IIF 023235348 - 09/07/18)
Atualiza. 30% (DE. IIF 023235348 - 09/07/18)

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

4003118520

10/2018

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

17/10/2018

09/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

199,03

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
212,000000	0,73088086	154,90
		14,85
		20,14
		1,16
		3,21
		2,99
		1,78

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										199,03
TOTAL DA FATURA		ANTERIOR		ATUAL		CONSTANTE		APOSTE		CONSUMO (KWH)
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	
09/10/2018	9581395	09/10/2018	9581395	09/10/2018	9581395	09/10/2018	9581395	09/10/2018	9581395	212,00

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joãoquim Santana de Barros

RG nº 1392986, data de expedição __/__/__, Órgão ____

CPF nº 027.623.564-90, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	EE Lentugal
Número	136
Apto / Complemento	
Bairro	EE Lentugal
Cidade	São Juli da Barra Grande
Estado	PE
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Assinatura do Declarante: Jaqueline Sanches de B. e Silva

<https://doi.org/10.1002/ps.4498>





UNIDADE MISTA OSMÁRIO OMENA DE OLIVEIRA
JOÃO FRANCISCO DE MELO, ODM-TRO, São José do Coroa Grande - PE
CEP: 55565-000, Fone: (81) 3688-1340

FICHA DE ATENDIMENTO

159789 | Data e Hora do Atendimento: 18/07/2018 às 10:24:00 | Procedimento Local: Pronto-socorro Integrado | Local de Entrada: Urgência Geral

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000053496 - JOAQUIM SANTANA DE BARROS
CNS: 898004082618782 | Nascimento: 24/07/1938 | Idade: 79 anos | Sexo: Masculino | Cor:
Estado Civil: Viúvo(a) | Profissão: | Naturalidade: | Nacionalidade: Brasileiro
Documento: RG - 2392986 | Filiação: Pai: JOAO SANTANA DE BARROS Mãe: JOSEFA MARIA DA CONCEICAO

Endereço (Av., Rua, etc): CAMPO ENG TENTUGAL, Nº S/N | Complemento:
Bairro: ZONA RURAL | Cidade: São José do Coroa Grande | UF: PE | Telefone:

Acompanhante: JOSE SANTANA - FILHO
Ocorrência: | Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Procedência: PSF Tentugal | Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: 18/07/2018 | Hora: 10:24 | Médico: CRM:

Queixa Principal: *Urticária de alto grau, com*
HDA: *tratar com*
Urticária
Emergência 5471629

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ | Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ | Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ | Tipo:
Colisão: Sim ☐ Não ☐ | Tipo: Motorista ☐ Passageiro ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ | Local do Impacto:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ | Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ | Por: Transporte realizado por:
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ | Por que:

Exame físico:

A: Geral | Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ | O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ | Temp.: °C

B: Respiratório

C: Circulatório | PA: 160 x 110 mm Hg | Pulso: bpm

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ | Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular: | Glasgow: Resposta Verbal: | Glasgow: Resposta Motora:
Escore: | Escore: | Escore:



Abdômen

Diagnóstico Inicial

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento

Tratamento/Procedimento:

Isaia Chaves Reis
Clínica Médica
CRM/RJ 11220

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melhorado

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piorado

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Tenho de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome Completo Legível: _____

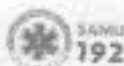
Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as obrigações legais e éticas inerentes ao exercício da medicina.

Data: / / Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____





Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Secretaria de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO

Nº de Ocorrência

9.503.390

1. Hora do chamado 9:37		2. Chegada ao local		3. Saída do local		4. Hora do conduto 10:27		5. Saída do hospital 11:00	
6. Motivo/Solitação <u>Acidente de carro</u>									
7. Data 18/04/18									
8. Tipo de recurso: ☐ 1. USA ☒ 2. USB ☐ 3. UFR ☐ 4. Residência ☐ 5. Meio									
9. Origem do atendimento: ☐ 1. Domicílio ☒ 2. Via Pública ☐ 3. Unidade de Saúde ☐ 4. SAD									
10. Médico regulador <u>Dr. Catayana</u>									
11. Rádio operador <u>Ramiro</u>									
12. Paciente <u>Maquion Santana de Barros</u>									
13. Suporte <u>Adriano</u>									
14. Data de nascimento <u>24/07/38</u>									
15. Idade <u>79 anos</u>									
16. Sexo ☒ 1. Masculino ☐ 2. Feminino									
17. Logradouro <u>Rod. PE-60</u>									
18. Nº									
19. Bairro									
20. Município <u>São José do Bonfim</u>									
21. Zona ☐ 1. Urbana ☒ 2. Rural									
22. Referência <u>Prer a Art do Brg. Portugal</u>									
23. Local de ocorrência									
24. Ocorrência relacionada ao habito: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não									
25. Tipo de atendimento: ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Obstétrico ☐ 4. Podiatríca									
26. Tipo de atendimento: ☐ 5. Psiquiátrico ☐ 6. Ramoção/Serina ☐ 7. Unidade de Saúde ☐ 8. SAD									
27. Tipo de vítima									
28. Meio de locomoção da vítima									
29. Mecanismo de trauma									
30. Natureza do acidente									
31. Uso de capacete pela vítima									
32. Uso de cinto pela vítima									
33. Uso de bebida alcoólica pela vítima									
34. Intoxicação Exógena									
35. Agredido									
36. Tentativa de suicídio									
37. Outros acidentes									
38. Uso de drogas									
39. Uso de álcool									
40. Respiração									
41. Circulação/pulso									
42. Perfusão periférica									
43. Neurologia									
44. Escala de GCS									
45. Coloração da pele									
46. Praxia									
47. Alergia									
48. Uso medicamento									
49. Alguma patologia									
50. Escala de Glasgow									
51. Resposta verbal									
52. Resposta motora									
53. Sinais vitais - 55VV									
54. Principais lesões									
55. Principais lesões									

Atendimento realizado por: SAMU 192 - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Secretaria de Saúde - Prefeitura Municipal de São José do Bonfim - PE



55. Condição ☒ 1. Início. Coluna cervical ☒ 2. Lesão da prancha ☒ 3. Início. Membro ☐ 4. NED ☐ 5. Oligoneurose		
56. Unidade de destino: <u>Unidade de destino</u> 57. Médico que recebeu: <u>Dr. Roberto Reis</u> 58. Exame: <u>Exame</u> Médico assistente: <u>Dr. Roberto Reis</u> Informante: <u>Dr. Roberto Reis</u> Endereço da enfermagem: <u>Enfermagem</u> Localizador: <u>Enfermagem</u> Responsável pelo atendimento: <u>Enfermagem</u>		62. Outras descrições: <u>Per 86 R, vítima de</u> <u>atropelamento por</u> <u>colisão de carro após</u> <u>a capotamento, sofreu</u> <u>fratura fechada de</u> <u>túbia e fíbula D, e</u> <u>queixando-se de</u> <u>fortes dores em ombro</u> <u>D.</u>
Solicita apoio de UTI: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Observações:		
63. Redirecionamento: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Causa: Destino:		<u>OBS. Vítima estava</u> <u>voltando para casa</u> <u>na bicicleta quando</u> <u>foi atingido pelo</u> <u>colisão de carro ao</u> <u>capotar...</u>
64. Cancelamento de ocorrência: ☐ 1. Pelo médico regulador ☐ 2. Pelo solicitante ☐ 3. Por teste ☐ 4. Por caráter de risco para a equipe		
65. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica. Testemunha: Assinatura: RG: Data: / /		
66. Resposta verbal: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não Nº de cópia:		
67. Assinatura do médico: <u>Assinatura do médico</u> 68. Assinatura do enfermeiro: <u>Assinatura do enfermeiro</u>		

Atenção: Este formulário é de uso exclusivo do Hospital de Referência de Curitiba - PR. Proibida a reprodução sem autorização expressa.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sts-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 591770 Prontuário: 1139436 Data de Nascimento: 24/07/38 Idade: 80 ANO(S)
Nome do Paciente: **JOAQUIM SANTANA DE BARROS** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: JOSEFA MARIA DA CONCEICAO
RG: 2392986

Data: 30/07/2018

LAUDO PERNA DIREITA AP/P

Recife, 30-07-2018 07:07

Exame para controle de tratamento cirurgico.

CHAPA: 118.193011



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY, CRM: 10755. Data e Hora: 30/07/2018 14:58:31.
Assinado por: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY, CRM: 10755, Data e Hora: 30/07/2018 14:58:31





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: JOAQUIM SANTANA DE BARROS
ENDEREÇO: RUA ASSENTAMENTO TENTOGAL, 0, CENTRO, SAO JOSE DA COROA GRANDE - PE
DATA: 06/08/2018

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1. CIPROFLOXACINA 500 MG ----- 40 COMP

01 COMP 12/12 H POR 20 DIAS

Reinaldo M. de Carvalho
Traumato - Ortopedia
CRM: 14861

Dr. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM: 14861

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

IDENT: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Farmacêutico: _____ Data: _____

Av. Cruz de Cabugá, nº 1563, Santo Amaro - CEP: 50040-000 - Recife/PE Contato: (81) 3412-3800

Atenção: este documento é gerado automaticamente pelo sistema de controle de receitas da Santa Casa de Misericórdia do Recife. Não é necessário assinar ou carimbar.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3600 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: JOAQUIM SANTANA DE BARROS
DATA: 23/07/2018

21 DOR

Prescrição Médica

1) DÍPIRONA (500mg) ----- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR *12 - 12 h*

--OU--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR *12 - 12 h*

2) IBUPROFENO (400mg ou 600 mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 08 em 08 horas (3 vezes ao dia)
por 5 dias *12 - 12 h*

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
(CRM: 120531)

[Handwritten signature and stamp]

Attestado de prescrição emitido pelo Sistema de Gestão de Medicamentos da Santa Casa de Misericórdia do Recife em 23/07/2018 às 14:00:00.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: JOAQUIM SANTANA DE BARROS
DATA: 23/07/2018

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
—CRM: 10531

http://pjs-01w-jocam4841-gis/r2NATC:GEBAB-MISERICORDIA/DA/VAL/DRNT1002182044-438004400-40831812



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta

Paciente: JOAQUIM SANTANA DE BARROS
RG: 581770 Pront.: 1139436
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 24/07/1938
Cidade: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 80
Admissão: 19/07/2018 10:59

Alta: 23/07/2018 14:44

Admissão:

FRAT. PÁ PERNA DIREITA

Exatidão: Condutor

EFETUO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal: 582.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	19/07/2018 10:59	23/07/2018 14:44	4 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Dr. REINALDO MENDES para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Atenção: Este relatório foi gerado automaticamente pelo sistema de gestão de saúde da Santa Casa de Recife. Para mais informações, consulte o site: www.santacasa.org.br

Pixeon - 20/07/2018 14:43 (U1160/ASSIST.773)

Página:



JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)

<https://pje.trf4.jus.br/pep/daatendimento/gerarDocumento?processo=19021818250619600000040832156>



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.**

PROCESSO Nº: 0013219-82.2019.8.17.2001

Seção B

JOAQUIM SANTANA DE BARROS, já devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A: 09.248.608/0001-04 e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A, CNPJ 60.831.344/0001-74.**

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Recife, 18 de fevereiro de 2019.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI

OAB-PE 31915

<http://pje.dje.br/jpje/portal/jpje/visualizar.do?processo=0013219-82.2019.8.17.2001&evento=assinatura&idAssinatura=19021818250632300000040832175>

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – Sl 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 13ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA
JOANA BEZERRA, RECIFE - PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810306

Processo n° 0013219-82.2019.8.17.2001

AUTOR: JOAQUIM SANTANA DE BARROS

RÉU: TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A, SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

DESPACHO

Vistos etc.

Intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a inicial, trazendo comprovante de prévio pedido à seguradora ré, sob pena de indeferimento da peça vestibular (art. 321, parágrafo único, do NCPC), por configurar falta de interesse de agir do autor, haja vista a possibilidade de obter o pagamento do seguro administrativamente.

P.L.

Recife, 19 de fevereiro de 2019.

Ruy Trezena Patu Junior

Juiz de Direito

Article identifier: 10.1002/anie.201502187

