



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00380.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00380.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:54 horas do dia 28 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ivanildo Joaquim da Silva Junior**, CPF nº 047.236.424-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Marceneiro, filho(a) de Ivone dos Santos Silva e Ivanildo Joaquim da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/06/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Radialista Edi Fragosos de Albuquerque, Nº 16, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Mercadinho Buriti, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98707-3285.

**Dados do(s) Fatos:**

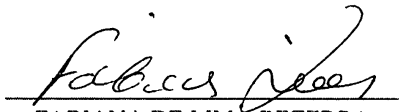
Local: Rua Projetada, próximo Ao Aterro Sanitário, João Pessoa/PB, bairro José Américo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/09/17 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

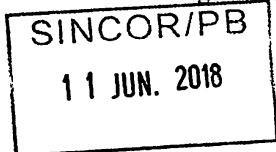
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

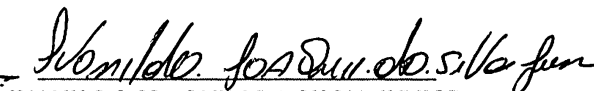
Que conduzia a MOTO YAMAHA/FAZER YS250, 2006/2007, AZUL, PLACA MNV2583/PB, CHASSI 9C6KG017070033243, registrada em nome de SEVERINO ALVES CARNEIRO, quando passava por uma curva numa estrada de barro próxima ao aterro sanitário perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 26.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Informa ainda que chovia no momento do fato; Que após o acidente foi socorrido em veículo particular para sua residência; Que no dia seguinte, 22.09.2017, informa que foi para o Ortopedia, de onde foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde deu entrada no dia 22.09.2017, às 19h13; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação



  
IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR  
Noticiante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Procedimento Policial: 00380.01.2018.1.00.420



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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

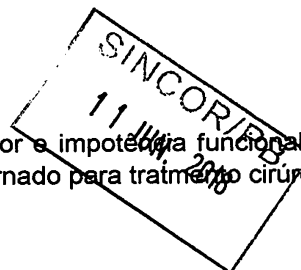
NOME DO PACIENTE Ivanildo Joaquim da Silva Junior  
DATA DE NASCIMENTO 02/06/82  
NOME DA MÃE Ivone dos Santos Silva

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 104407  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1029401  
DATA DO ATENDIMENTO 22/09/17  
HORA DO ATENDIMENTO 19:13  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de clavícula direita S42.0  
CID 10

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com dor e impotência funcional em ombro direito, encaminhado do Ortopedia. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.



### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula D.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula direita

ALTA HOSPITALAR: 04/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 26/01/18

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



Identificação do paciente						
ID 1212860	Nome IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR			Sexo Masculino		
Data de nascimento 23/06/1982	Idade 35 anos 2 meses 30 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe IVONE DOS SANTOS SILVA			Pai IVANILDO JOAQUIM DA SILVA			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87073285	DDD Fixo 00		Fone Fixo 00000000		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2717844		Nº Cns 700608993689368			
Local de procedência FUNCIONARIOS III		Tipo BAIRRO		UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R			
Endereço						
CEP 58078322	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RADIALISTA EDI FRAGOSO DE ALBUQUERQUE			
Número 16	Complemento		Bairro FUNCIONÁRIOS			
Admissão						
Data e Hora 22/09/2017 19:13:57	Número da pulseira 100006047947		Convênio SUS			
Especialidade ORTOPEDIA	Clínica					
Classificação de risco			Origem do paciente RESIDENCIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não		
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						Tempo 37seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR</b>	BAE <b>1029401</b>	Data/Hora Entrada <b>22/09/2017 19:13:57</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>23/06/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700608993689368</b>
Mão <b>IVONE DOS SANTOS SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 87073285 / (00) 00000000</b>
Endereço <b>RADIALISTA EDI FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 16</b>	Bairro <b>FUNCIONÁRIOS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>TRAUMA</b>	Profissional <b>ARAO SANTOS DE ALENCAR</b>	Nº Cons. Regional <b>7967/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>2/09/2017 19:29:53</b>	Data/Hora Prescrição <b>22/09/2017 19:59:21</b>		
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula	Senha	

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL OMBRO DIREITO  
ENCAMINHADO DO TRAUMINHA PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULAR DISTAL

CD; SOLICITO INTERNAÇÃO  
PRE-OP

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA EV., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA EV., 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), DILUIR 8,0 MG SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 2,0 ML SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

## SSVV + CCGG

**EXAME LABORATORIAL**

**HEMOGRAMA**

**COAGULOGRAMA COMPLETO**

**CID10**

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

**Conduta**

**Internar Paciente**

47  
100-  
7000

Alencar  
14043  
100-7000

**ARAO SANTOS DE ALENÇAR**  
**(7967/PB)**

**IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MILTON DA  
SILVA LINHARES  
Em: 23/09/2017 06:46:42

Paciente <b>IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR</b>		Boletim de Atendimento <b>1029401</b>	Data/Hora Entrada <b>22/09/2017 19:13:57</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>23/06/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700608993689368</b>	Prontuário <b>104407</b>
Tempo de Internação <b>9h 51min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>	

### **EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MILTON DA SILVA LINHARES - 23/09/2017 06:46:22)**

#### **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

##### **DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

paciente está evoluindo estável, aguardando exames po; cd: vpm.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0005

Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

Milton da Silva Linhares  
CRM 4714 EOT 6115  
Traumatologia

Número Conselho: 4714







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: IVALDO JOAQUIM DA S. FERNANDES BE/Prontuário: 10294407  
Idade: 35 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 02/10/17  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: \_\_\_\_\_  
Cirurgião: Dr. Milton Barbosa 1º Assistente: Dr. Luis Furtado  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Camila  
Tipo de Anestesia: Bloqueio anestésico Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura lateral da clavícula</u>	
<u>direta</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de</u>	
<u>Fratura da clavícula direita</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_  
**Dr. Milton Barbosa**  
CRM-PB 8592 / CRM-PE 21583  
TEOT 15203  
Ortopedia / Traumatologia

João Pessoa, 02/10/17

F(NG).ASCIR.009-I

# Nota de Sala Cirúrgica

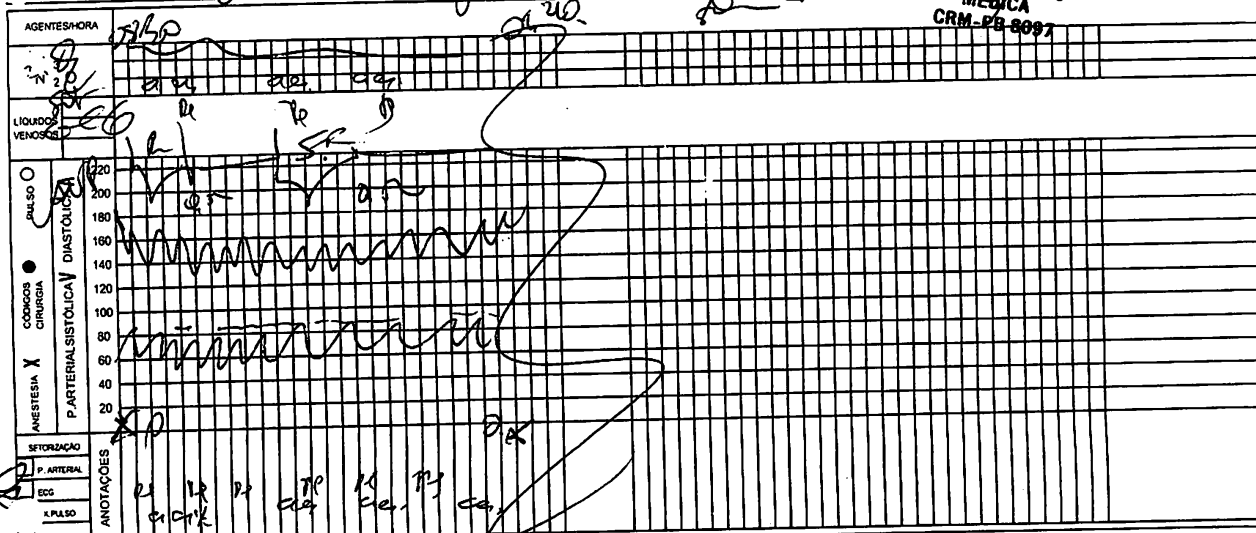
NOME DO PACIENTE: 16911010 Joaquim da Silva Junior									
IDADE: 35	BE: 102840	PROTUBERÂNCIA: 18	LEITO: 06						
CIRURGIA: 110 - cir. Fratura de clavícula D									
CIRURGIÃO: DR. Wilson									
ANESTESIA: Bloqueio									
ANESTESISTA: DR. Camilo									
INSTRUMENTADOR: 28017									
DATA: 15/08/2017									
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: FIM: CIRURGIA: INÍCIO: 08:15 - 09:50									
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)									
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )									
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA									
MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.									
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.									
ALFENTANILA				JELCO Nº18	1	FIO CAT GUT CROMADO Nº			
RUPIVACAÍNA ISORÁRICA				JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº			
RUPIVACAÍNA PESADA				JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº			
CETAMINA				JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº			
DROPERIDOL				KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	3,0	L	
ETOMIDATO				LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº			
FENOBARBITAL				LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº			
FENTANILA	1			LÂMINA BISTURI Nº23	L	FIO POLIGLACTINA Nº	2,0	L	
FLUMAZENIL				LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº			
ISOFLURANO				LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº			
LEVOBUPIVAÍNA C/ VASO	1			LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº			
LEVOBUPIVAÍNA S/ VASO				LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº			
LIDOCAÍNA C/ VASO	1			LUVA ESTÉRIL Nº7,0	L	FIO POLIPROPILENO Nº			
LIDOCAÍNA S/ VASO	1			LUVA ESTÉRIL Nº7,5	1	FIO POLIGLECAPRONE Nº			
MIDAZOLAN	1			LUVA ESTÉRIL Nº8,0	1	FIO SEDA Nº			
MORFINA				LUVA ESTÉRIL Nº8,5	OK	FITA CARDÍACA			
NIMBÍUM				MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL			
PANCURÔNIO				MULTIVIAS		CATETER DE PIC			
PETIDINA				PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO			
PROPOFOL				SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA			
RAMIFENTANILA				SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	4,5		
ROCURÔNIO				SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº			
SEVOFLURANO				SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº			
SUXAMETÔNIO				SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº			
TIOPENTAL				SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
MEDICAÇÕES	QTD.			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVÍVEL			
ADRENALINA				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR			
ÁGUA DESTILADA	1			SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		PRÓTESE VASCULAR			
ATROPINA				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		KIT. PAM			
BEXTRA				SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO			
CEFAZOLINA	1			SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA			
DEXAMETASONA	1			SONDA FOLEY 2VIAS Nº14		PARAFUSOS CORTICAIS			
DIPIRONA SÓDICA	2			SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS			
EFEDRINA				SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS ESPONJOSOS			
FUROSEMIDA				SONDA URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSOS			
GLICOSE 50%				TORNEIRINHA		PARAFUSOS MALEOLAR			
GLUCONATO DE CÁLCIO				TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR			
HIIDROCORTISONA				TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA			
LIDOCAÍNA GELÉIA				TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA			
ONDASENTRONA	1			TUBO SILICONE (LATEX)	1				
PLASIL									
PROSTIGMINE									
PROTAMINA									
TERAPÊUTICA									
ESPARADRAPO	1			FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) ASPIRADOR			
GAZES				FIO ALGODÃO S/A Nº		( ) BISTURI ELÉTRICO			
GAZES ALGODOADAS				FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) CAPNÓGRAFO			
GEL ELETROLÍTICO				FIO ALGODÃO C/A Nº		( ) CARDIOMONITOR			
JELCO Nº14						( ) DESFIBRILADOR			
JELCO Nº16						( ) FOCO AUXILIAR			
						( ) FOCO CENTRAL			
						( ) MICROSCOPIO			
						( ) OXÍMETRO DE PULSO			
						( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA			
						( ) PERFURADOR ELÉTRICO			
						( ) SERRA			
						CIRCULANTE			

# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/01/2014

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <u>Donaldo Joaquim do Silva Jr</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>	IDADE: <u>35</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>120/80</u>	PULSO <u>80</u>	RESPIRAÇÃO <u>norm</u>	TEMPERATURA <u>36</u>	PESO <u>70</u> GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL ( <input checked="" type="checkbox"/> BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO ( <input checked="" type="checkbox"/> BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES <u>nen</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>nen</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>nen</u>		
AP. DIGESTIVO <u>nen</u>		ESTADO MENTAL <u>nen</u>		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				ESTADO FÍSICO (ASA) <u>I</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				
CIRURGIA REALIZADA <u>Tratamento cirúrgico de fístula de cloaca</u>				
CIRURGIÃO <u>Nettoni</u>	AUXILIARES <u>Luiz Juvencio</u>			
INÍCIO DA ANESTESIA <u>08:30</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>09:40</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>1h10</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R\$	
ANESTESISTA <u>Camilla Queiroz</u>		CRM-PB <u>Camilla Queiroz</u> MÉDICA CRM-PB 8097		



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

LÍQUIDOS	VOLUME em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
GLICOSE	1	Cefazolin 2g
NaCl	2	Amoxiclav 2g
SANGUE	3	Diprivo 2g
RINGER	4	Atropina 1mg
TOTAL	5	Desmetoprolol 1mg
DESTINO DO PACIENTE	6	Furazolidina 2g
<input type="checkbox"/> AP+ <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7	Fentanyl 50µg
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8	Propofol 200mg
<input type="checkbox"/> OUTROS	9	Midazolam 5mg
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10	Midazolam 0,5mg
	11	Agua Destilada
	12	
	13	
	14	
	15	
	16	
	17	
	18	
	19	
	20	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19020716294719500000018568102

Número do documento: 19020716294719500000018568102

Anes

13100

29, 09, 17 : DATA

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: Francisco Joaquim de Almeida  
Idade: 35 Sexo: M Profissão: \_\_\_\_\_  
Patologia principal: hac (B)  
Cirurgia: hac emergencial Anestesia proposta: bloqueio Regional

<input type="checkbox"/> Dor no peito, angina?	<input type="checkbox"/> Diabetes?	<input type="checkbox"/> Alergia a drogas?
<input type="checkbox"/> infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M	<input type="checkbox"/> Doença da tireóide?	<input type="checkbox"/> Quadro clínico?
<input type="checkbox"/> Pressão alta?	<input type="checkbox"/> Mudança no hábito miccional?	<input type="checkbox"/> Tratamento?
<input type="checkbox"/> Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/> Modificação no apetite?	<input type="checkbox"/> Alergia a pó, lá, odores, alimentos?
<input type="checkbox"/> Arritmia, taquicardia: [ ] espontânea [ ]	<input type="checkbox"/> Queimadura, azia, H.de hiato, dor?	<input type="checkbox"/> Quadro clínico?
<input type="checkbox"/> aos esforços: [ ] peq. [ ] médios	<input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos? (cor: )	<input type="checkbox"/> Tratamento?
<input type="checkbox"/> Edema de MMII: [ ] Tarde [ ] Verão	<input type="checkbox"/> Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/> Alergia a derivado de borracha?
<input type="checkbox"/> Dispneia de decúbito [ ]	<input type="checkbox"/> Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/> Quadro clínico?
<input type="checkbox"/> aos esforços: [ ] peq. [ ] médios	<input type="checkbox"/> Perda de peso e/dieta?	<input type="checkbox"/> Tratamento?
<input type="checkbox"/> Asma/bronquite:	<input type="checkbox"/> Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	<input type="checkbox"/> PARA CRIANÇAS (0 14 anos)
<input type="checkbox"/> Tosse/cafiro? (cor )	<input type="checkbox"/> Anemia?	<input type="checkbox"/> A criança é prematura?
<input type="checkbox"/> Fumante: há < anos. Parou há	<input type="checkbox"/> Sangramento? (onde?)	<input type="checkbox"/> A criança tem de desenvolvimento?
<input type="checkbox"/> Desmaios, tonturas?	<input type="checkbox"/> Hematomias/manchas roxas?	<input type="checkbox"/> A criança está gripada, c/ouss, febre?
<input type="checkbox"/> Convulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/> Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/> A criança tem outra doença?
<input type="checkbox"/> Fraqueza muscular, miopatia?	<input type="checkbox"/> Está ou pode estar grávida? (DUM: / )	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES FAMILIARES DE:
<input type="checkbox"/> Dor nas juntas, artrite, colagenose?	<input type="checkbox"/> Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/> [ ] diabetes [ ] doença cvasc. [ ] miopatia
<input type="checkbox"/> Problema de coluna?	<input type="checkbox"/> Teve febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/> [ ] Febre alta durante a anestesia?
<input type="checkbox"/> Estilista social	<input type="checkbox"/> Recebeu transf.sangue? Há	<input type="checkbox"/> [ ] Problema durante a anestesia?
<input type="checkbox"/> Alcoolatra: há anos. Parou há	<input type="checkbox"/> Aceita transf.sangue numa emergência?	<input type="checkbox"/> Qual?

Dados importantes da Anamnese e/ou EF Cirurgias / Anestésias Prévias / Complicações Medicamentos (Dieta)

EXAME FÍSICO  
Peso: 78 Altura: 1,72 PA: 100/60 (Hidratação/desidratado)  
Corado/desc. (caput/taquip. cianótico/cianótico icterícia/anictério)  
Ausculta: MDN  
Dentadura/prótese (infusup) (móvel/fixa)  
Dentes: BUCA  
Abertura da boca (normal)  
Pericólio normal/suave  
Flexão/destensão do pescoço  
Normais/linfáticos  
Maltam/1 2 3 4 distância externo/mento: 12,5 cm

Anotar de preferência exames com < 01 ano  
Exames Substâncias DATA: 22/9/17  
Hb= 14,9 Ht= 45,8 Glc= Cr= Ur= Leuc= 16.000  
Na= K= TC= TS=  
Pla= 525.000  
Cosgul. ☒ Normal ☐ Alterada TT= 17,4 TP= TTPA= AP= 71,3 INR= 1,2  
RX tórax 1/1  
BCG 1/1

Avaliação clínica  
Pacienteiente de xam após 2h, Hemórr. Marcado. Termo assinado.  
ASA: I

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM Motivos: [ ] Exames complementares [ ] Encaminhado p/Clinica. Qual:  
(VIDE VERSO)

MÉDICO: 6 CRM:

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia
	<input type="checkbox"/> Reavaliar na internação motivo(s):
	<input type="checkbox"/> Reavaliar na SO motivo(s):
DATA: / /	<input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO p/CIRURGIA motivo(s):

PROBLEMAS GRAVES	MPA drogas/dose
------------------	-----------------

MÉDICO: CRM:

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: JUANILDO JOAQUIM DO SILVA JÚNIOR  
Qualificação: homem, married  
CPF/MF: 047.236.484-39 RG: 2717844 6671PS  
Endereço: RUA Radialista Edi Fragoso de  
Albuquerque nº 16 Funcionario I. CEP. 58000-000

**OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA**, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e  
**ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO**, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,  
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,  
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.


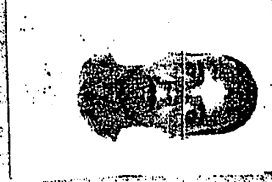

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

### GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 22 de junho de 2019.

Juanildo Joaquim do Silva Júnior  
Outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAÍBA		10/12/2012	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL		JOÃO DE SOUSA E SILVA	
INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍFICA		DATA DE NASCIMENTO	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		23/06/1982	
			
Assinatura do titular		LEI Nº 7.116 DE 28/08/83	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

SINCOR/PB  
11 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0207322/18  
Vítima: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR  
CPF: 047.236.424-39

Data do Acidente: 21/09/2017  
CPF de: Próprio Titular do CPF: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR : 047.236.424-39**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2018  
Nome: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR  
CPF/CNPJ: 047.236.424-39

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2018  
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
CPF: 423.820.764-53

IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR

Sandra Maria Accioly Pedrosa

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: **047236424-39** Nome completo da vítima: **Joãoildo J. da Silva Junior**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Joãoildo Joaquim da Silva Junior</b>	CPF titular da conta <b>047236424-39</b>	Profissão <b>funcionário</b>
Endereço <b>Rua Radialista Edi Francisco da Albuquerque</b>	Número <b>16</b>	Complemento
Bairro <b>Funcionario I</b>	Cidade <b>Pão de Açúcar - PB</b>	CEP <b>58078322</b>
Email	Estado <b>PB</b>	Telefone (DDD) <b>987073285</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☒ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome <b>SINGOR/PB</b>	Nº <b>11 JUN 2018</b>
AGÊNCIA Nº <b>13187</b>	D/V <b>0</b>

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**Joãoildo J. da Silva Junior** 25 de maio de 2018  
Local e Data

**Joãoildo J. da Silva Junior**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal  
**CONFERIDO COMO ORIGINAL**



SINCOR/PB

11 JUN. 2018

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
OUVIDORIA 0800 725 7474

085-577953806-5

26/MAR/2018

HORA DE 07:44:

LOT: 13.22184-8

TERM: 0467

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 4823

CONTROLE: 8930643

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4823 013 00013187-0

IVANILDO JOAQUIM S JUNIOR

VALOR

: 5420

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

085-577953806-5

1ª VIA

CONFERIDO COM O ORIGINAL

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Wamildo Joazeiro da Silva Junior,

RG nº 2717844, data de expedição 10/12/12, Órgão SSP/PB

CPF nº 047236424-39, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Radialista Edi Fragoso de Albuquerque</u>
Número	<u>016</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Funcionario I.</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba-PB</u>
CEP	<u>58078322</u>
Telefone de Contato	<u>98707 8285</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/03/18

Assinatura do Declarante: Wamildo Joazeiro da Silva Junior

CONFERIDO COM O ORIGINAL

58078-270



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Juanilda Joaquina da Silva Junior CPF da Vítima: 047.236.424-39 Data do Acidente: 22-09-2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

**SINCOR/PB**  
**11 JUN. 2018**

João Pereira 15 de maio de 2018  
Local e Data

João Pereira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013136492802  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM EXERCÍCIO  
2 0091421918-9 00/00000000 2017

NOME  
SEVERINO ALVES CARNEIRO

CPE/CNPJ  
32364334420

PLACA  
MNV2583/PB

PLACA ANT/UF  
NOVO PE

CHASSI  
9C6KG017070033243

ESPÉCIE TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
YAMAHA/FAZER YS250

ANO FAB.  
2006

ANO MOD.  
2007

CAP/POT/CIL  
2 P/249 /CI

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
AZUL

COTA ÚNICA  
IPVA PAGO EM

VENC. COTA ÚNICA  
00/00/0000

VENC./COTAS  
1ª

FAIXA I.P.V.A.  
\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO/COTAS  
0

2ª  
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
\*\*\*\*\*

IOF (R\$)  
\*\*\*\*\*

PRÊMIO TOTAL (R\$)  
P A G O

DATA DE PAGAMENTO  
24/02/2017

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOB PESSOA FISCAL  
41980

DATA  
06/03/2017

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

PB Nº 013136492802 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2017 06/03/2017

VIA CPF / CNPJ  
2 32364334420

PLACA  
MNV2583/PB

RENAVAM  
00914219189

MARCA / MODELO  
YAMAHA/FAZER YS250

ANO FAB.  
2006

CAT. TARIF.  
9

Nº CHASSI  
9C6KG017070033243

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)  
\*\*\*\*\*

DENATRAM (R\$)  
\*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)  
\*\*\*\*\*

IOF (R\$)  
\*\*\*\*\*

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)  
P A G O

☐ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO  
24/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

7003781-1201401-20170306

NOV-2016

SINCOR/PB

11 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DA CAPITAL

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[SEGURO]

0801079-31.2019.8.15.2003

Advogados do(a) AUTOR: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA - PB13527, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - PB11968

Advogado do(a) RÉU:

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para o dia **29 de abril de 2019, às 15:20h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que

buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva** perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

**P.I. Cumpra-se com urgência.**

João Pessoa, 8 de março de 2019

Juiz(a) de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DA CAPITAL

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[SEGURO]

0801079-31.2019.8.15.2003

Advogados do(a) AUTOR: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA - PB13527, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - PB11968

Advogado do(a) RÉU:

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência **UNA** para o dia **29 de abril de 2019, às 15:20h**, a realizar-se na sala de audiências da 4ª Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que



buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva** perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, cientificada acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

**P.I. Cumpra-se com urgência.**

João Pessoa, 8 de março de 2019

Juiz(a) de Direito