



Número: **0800936-60.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **28/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 12656.25**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ARTHUR ALVES DE MEDEIROS
AUTOR	ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA
ADVOGADO	ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
19551 813	28/02/2019 17:27	DOC PESSOAIS	Outros Documentos
19551 881	28/02/2019 17:27	B.O	Documento de Identificação
19551 824	28/02/2019 17:27	CARTA LÍDER	Outros Documentos
19551 800	28/02/2019 17:27	PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Outros Documentos
19551 720	28/02/2019 17:27	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Outros Documentos
19551 733	28/02/2019 17:27	DOC MÉDICOS Parte1	Outros Documentos
19551 745	28/02/2019 17:27	DOC MÉDICOS Parte2	Outros Documentos
19551 774	28/02/2019 17:27	DOC MÉDICOS Parte3	Outros Documentos
19551 787	28/02/2019 17:27	DOC VEÍCULO	Outros Documentos
19954 633	21/03/2019 11:30	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO "ad judicia"

Outorgante: Eu, Elionaldo Teixeira Nobreza

brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Promotor de vendas, nascido(a) em 29/03/1986, inscrito(a) no CPF sob o nº 059.613.774-58 e RG nº 30.869.58, residente na Rua Suerino Inacio, Bairro Nei Trujano, na cidade de Patos, Estado Paraíba, CEP 58700 - 000, fone (83) 99999-9753, e-mail _____

Outorgados: ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 19.997, ARTHUR ALVES DE MEDEIROS, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.763, ambos com escritório, endereço na Rua Paulo Mendes, nº 16, Centro, Cidade de Patos, Estado da Paraíba, CEP: 58.700-240, fone (83) 3421-7636 e DEJAIR QUEIROZ DE ARAÚJO, brasileiro, casado, acadêmico de direito, inscrito no RG sob o nº 58.354.94 e CPF sob o nº 041.095.504-32.

Poderes: Através do presente instrumento particular de mandato, o(a) **Outorgante** nomeia e constitui como seus procuradores os Outorgados, concedendo-lhes os poderes da **cláusula para o foro em geral (ad judicia) com poderes amplos**, gerais e ilimitados, podendo em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defenderem meus interesses, especialmente para proporem

Acção Ordinária de Cobrança de Indenização
Seguritária DPVAT

a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal. Confere ainda os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, assinar termo de renúncia de valores excedentes à alçada do JEF e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier. Não autorizo por este instrumento os advogados à sacarem valores em meu nome.

Nesta data, em 15/10/2018.

Elionaldo Teixeira Nobreza

Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Alionaldo Teixeira Nobreza

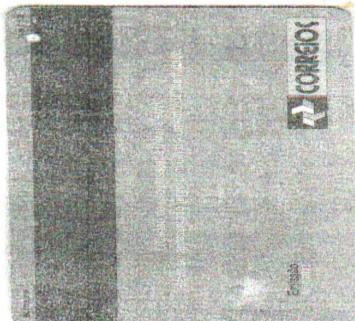
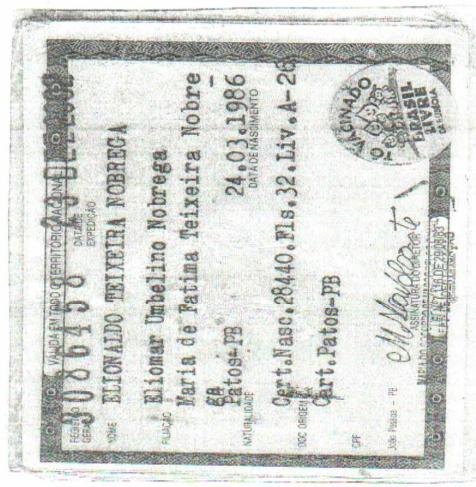
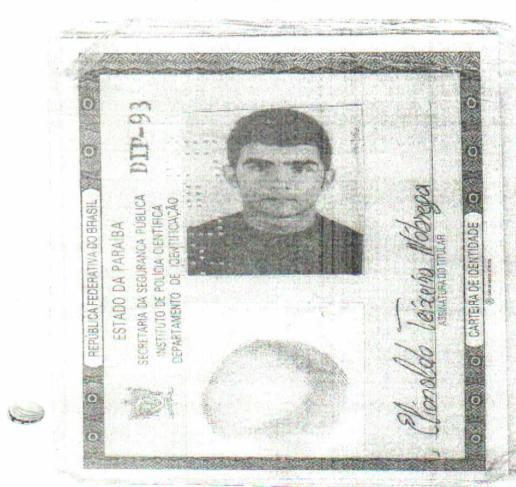
brasileiro(a), estado civil casado, profissão promotor de vendas, nascido(a) em 24/03/1986, inscrito(a) no CPF sob o nº 059.613.774-58 e RG nº 30.864.58, residente na Rua Severino Inacio, Bairro Nei Trujano, na cidade de Patos, Estado Paraíba, CEP 58700 - 000, fone (83) 99994-9753, e-mail _____ declaro sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos processuais sem afetar o meu sustento e o da minha própria família.

Por isso requeiro a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Gratuidade da Justiça, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

Nesta data, em 15/10/2018.

Alionaldo Teixeira Nobreza

Declarante



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional de Polícia
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Plantão Centralizado de Patos/PB



Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 4342/2017**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: **Aos VINTE E SETE (27) dias do mês de SETEMBRO do ano DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **ELIONALDO TEIXEIRA NÓBREGA**, Brasileiro, RG 3086468 SSP/PB, CPF 059.613.774-58, Natural de Patos/PB, Nascido em 24/03/1986, Filho de Eliomar Teixeira Nóbrega e de Maria de Fátima Teixeira Nóbrega, Residente na rua Severino Inácio, 27, Noé Trajano, Patos/PB, Tel. (83) 9.9964 5456, a fim de notificar o seguinte:

Que, o (a) declarante estava em sua motocicleta, UMA(01) Moto HONDA/CG 150 TITAN KS, Placa: MMX 4264/PB, Chassi: 9C2KC08104R028876, Renavam: 00826508189, Ano: 2004/04, Cor: Vermelha, Licenciada em nome de seu irmão, o senhor Eliomar Umbelino Nóbrega Filho; Que o declarante estava em sua moto na rua João Gomes, Noé Trajano em Patos/PB quando colidiu com outra moto; Que o declarante afirma que após a colisão perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao chão; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao HRP de Patos/PB; Que o declarante teve fraturas na mão e no punho esquerdo.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Hernando Barbosa Rodrigues
Patos/PB, 27 de setembro de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)

Hernando Barbosa Rodrigues

Mat.168.548-1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Eliomar Umbelino Nobreaga Filho,
RG nº 3.086.492, data de expedição 29/04/2014,
Órgão SSP - PB, portador do CPF nº 058.899.989-74, com
domicílio na cidade de Patos, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Severino Inacio - Negrão, nº 40,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Eliomar Teixeira Nobreaga, cujo o condutor era
Eliomar Teixeira Nobreaga.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 150 TITAN KS
Ano: 2004 / 2004
Placa: MMX 4264 / PB
Chassi: 9C2KC02104R028876
Data do Acidente: 10.07.2014
Local e Data: Patos - PB, 12/Julho/2014

Eliomar Umbelino Nobreaga Filho
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)





Seguradora
LíDER
Administradora do Seguro DPVAT

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

- (/Pages/Acessibilidade.aspx)
- (/Pages/Atalhos-de-MO PEDIR INDENIZAÇÃO.aspx)
- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispesáveis (/Pages/Dicas-Indispesaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

- Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento, prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega.

SINISTRO 3180516791 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Pi
BENEFICIÁRIO ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA
CPF/CNPJ: 05961 377458

Posição em 14-01-2019 12:37:01
 Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor do processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/12/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/11/2018	Interrupção de Prazo	(https://sispvadocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KXX5p1WvwEaU1+)
07/11/2018	Aviso de Sinistro	(https://sispvadocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KXX5p1WvwEaU1+)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na **App Store** (<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)

Disponível no **Google Play** (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA
RUA SEVERINO INACIO, 27- C.J.N.D.E. TRAJANO
PATOS / PB CEP: 58705-000 (AD: 718)

energisa

ENERGIA PARA A VIDA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Roteiro 8 - 118- 300- 5100 Referência: Mai / 2017
Nº medidor: 00001342288 Emissão: 16/05/2017
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°000.695.735
Código para Débito Automático: 00010963619

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

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 5/1096361-9
Canal de contato: Mai / 2017

Declaração de Cumprimento Anual de Debitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009.
Informamos a cotação dos débitos referentes aos "atuais" consumidores, ou seja, aqueles que foram atendidos por consumidores e vencidos no ano de 2016 e não, ainda, entramos em cumprimento de suas obrigações de pagamento, ou seja, que se refere ao período de 01/01/2017 a 30/04/2017. O débito a que se refere, é do ano anterior a que se refere, e dos anos anteriores.

Apresentação
15/05/2017

Data prevista da próxima leitura
13/06/2017

CPF/ CNPJ/ RANI
598137458
Insc. Est:

Faturas em atraso

Histórico de Consumo (kWh)

Abri17	193
Mar17	190
Fev17	178
Jan17	170
Dez16	190
Nov16	190
Out16	190
Set16	190
Agosto16	177
Jul16	153
Jun16	190
Maio16	171

Média das últimas meses: 171

2221.e0ce.08d9.c471.94d4.b824.07d3.b672

Indicadores de Qualidade

Límite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,02	0,00
DIC TRIMESTRAL	32,09	0,00
FIC MENSAL	8,48	0,00
FIC ANUAL	8,07	0,00
DIC ANUAL	13,64	0,00
DIC DI	12,22	0,00

ATENÇÃO

Comparação do valor total da sua conta

Descrição	Valor (R\$)
Consumo em kWh	70,63
Agua B. Vermelha	5,78
ICMS	34,71
PIB	1,37
COFINS	8,92
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	
CONTRIBUICAO ILUM PÚBLICA	19,16
JUROS DE MORA 04/2017	0,14
MULTA 04/2017	2,14
TOTAL A PAGAR	R\$ 143,25

Total: 143,25 - 100,00

Valor do EURO (Ref. 3/2017) 48,38,64



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: US 303

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA 10-07-2017	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO Relanval do Teixeira Nobreza	IDADE 31	SEU MASC
LOCAL DA OCORRÊNCIA R. José Gomes		BAIRRO Né Trajano	MÉDICO REGULADOR Lucy Eduardo	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRADO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP SERVIÇO DE ATENDIMENTO RESPONSÁVEL: *Teófilo Góes de Anselmo*

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: *Centro* RESPONSÁVEL: *Teófilo Góes de Anselmo* FUNÇÃO: *Transferência simples*

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

queda de moto / possivel luxação em punho (1) e Patel (2)

DADOS VITIAIS:

VVAA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: >30rpm <30rpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg 90mm Hg

100 x 60 FC: FR: 80 - TEMP: °C GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 98 SpO2: 92

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

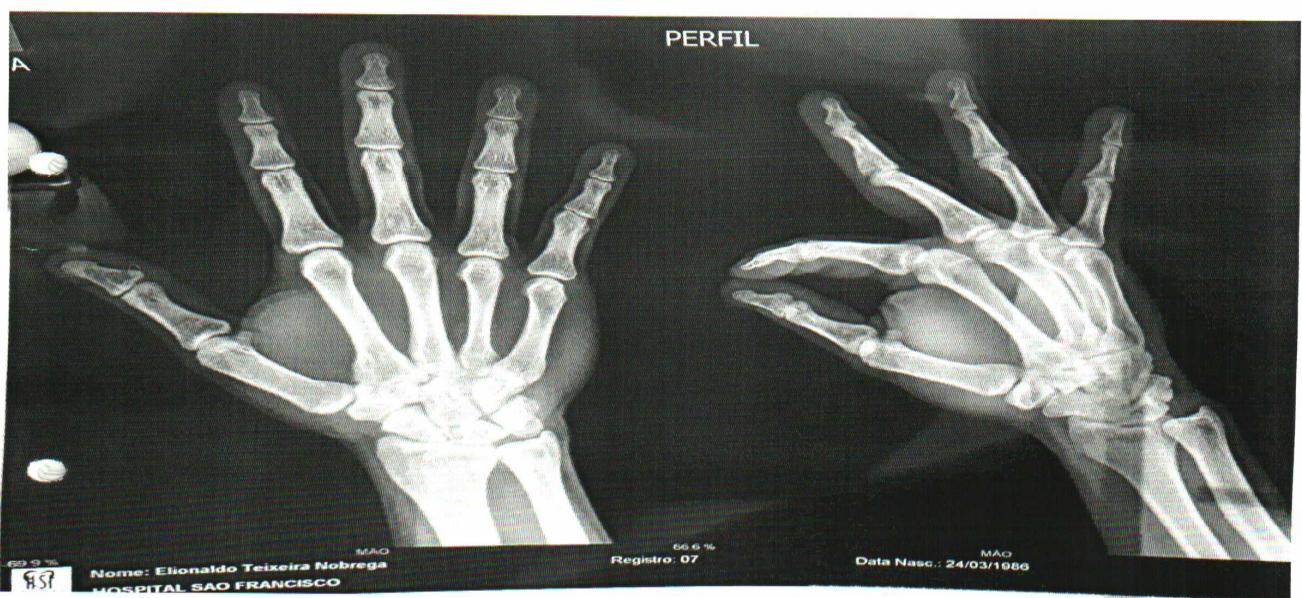
- Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Desambulação Prejudicada Débito Cardíaca Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVAAs Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termorregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Intereração Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros:

INTERVENÇÕES:

Evolução do Enfermeiro:

paciente 31 anos, M, vítima de queda de moto. Encontrado fora do local do acidente, consciente, orientado, supondo dor em punho de MS (1) e punho de MS (2). Sob reg. médica. Realizado imobilização completa e encaminhado ao HRP.

E.C.G.: <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO REALIZADO														
EXAME NEUROLÓGICO: <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLENCIA <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> OTORRAGIA <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> MIDRIASE														
EXAME GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> ABORTAMENTO <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA VAGINAL <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SEMANAS <input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO														
<input type="checkbox"/> OUTROS: _____														
DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS: DIAGNÓSTICOS: <hr/>														
PROCEDIMENTOS : <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS <input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL <input type="checkbox"/> CÂNULA OROFARÍNGEA <input type="checkbox"/> CRÍOTIREIDOSTOMIA <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") <input type="checkbox"/> RESPIRADOR <input type="checkbox"/> INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2) <input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA <input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDIACA EXTERNA <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO <input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA <input type="checkbox"/> SONDA GÁSTRICA <input type="checkbox"/> SONDA VESICAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS <input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> TALAS/TRAÇÃO <input type="checkbox"/> OROTRAQUEAL <input type="checkbox"/> OUTROS: _____														
TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA): <hr/>														
EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS): <hr/> <hr/>														
ENCAMINHAMENTO: <input type="checkbox"/> LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> RECUSA O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE														
POSIÇÃO DE TRANSPORTE: <input checked="" type="checkbox"/> DÉCÚBITO DORSAL <input type="checkbox"/> DÉCÚBITO LATERAL <input type="checkbox"/> DÉCÚBITO VENTRAL <input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)														
RECUSA: NOME: _____ R.G.: _____														
ASSINATURA: <hr/>														
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE: <table border="0"> <tr> <td>MÉDICO: _____</td> <td>CRM: _____</td> <td>MAT.: _____</td> </tr> <tr> <td>ENFERMEIRO(A): <u>Yana</u></td> <td>COREN: <u>305139</u></td> <td>MAT.: _____</td> </tr> <tr> <td>AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: <u>Jordânia</u></td> <td>COREN: _____</td> <td>MAT.: _____</td> </tr> </table>						MÉDICO: _____	CRM: _____	MAT.: _____	ENFERMEIRO(A): <u>Yana</u>	COREN: <u>305139</u>	MAT.: _____	AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: <u>Jordânia</u>	COREN: _____	MAT.: _____
MÉDICO: _____	CRM: _____	MAT.: _____												
ENFERMEIRO(A): <u>Yana</u>	COREN: <u>305139</u>	MAT.: _____												
AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: <u>Jordânia</u>	COREN: _____	MAT.: _____												



Scanned by CamScanner



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



*Morando tomas
no 3100*

*foram feitas
a nova do piso
escola dia 10/07/12*

*estando com
nova piso*

Rego 26/07/12

*Siênto GUY W. Araújo
CMM 1329
ORTOPEDICO/TRAUMATOLOGICO
CR 2007 001077 10000*

*Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.*



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

ORTOP.

NOME:	<i>Fernando V. Nogueira</i>	
DA CLÍNICA	<i>C. C. 22</i>	ENFERMARIA
A CLÍNICA	<i>CRM/C</i>	LEITO
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<i>Antrorruim tico</i>		
DATA		<i>Assinatura do Médico Consultante</i>
PARECER:		
<i>Punk de fio hófe. Dor em mao e pulo.</i>		
<i>AO ex: edema Reg. Dor dor prop. tuberoso escofio, tropídeo. radom ponto (O) (O) edema HD: Fx mao corpo.</i>		
<i>C.O: Ret. 2 mm. Medicam, → Gero luto para mao corpo A.M.</i>		
<i>10.7.17</i>		
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedie Traumatologia
CRM/PB 10932 TEOT 15149

MAIOR

CLÍNICA MÉDICA • ACUPUNTURA MÉDICA

ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPEDIA
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCOPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLÓGIA
- RAIOS X
- TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

CENTRO DE REabilitação FÍSICA

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- PILATES
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATAÇÃO INFANTIL
- NATAÇÃO BABY
- NATAÇÃO ADULTO
- ERGOESPIROMETRIA (VO₂)

ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO

ACADEMIA DE MUSCULAÇÃO



Rua Nilo Peçanha, 636 - Prata - C. Grande - PB - 83.3341.4976 | 83.3341.8700 | [f @MAIORCG](http://@MAIORCG) | [\(83\)991447644](tel:(83)991447644) | @maiorcg

Dra. Gertrudes M^{aria} Medeiros Nóbrega e Souza

CRM 5471

ACUPUNTURA / REUMATOLÓGIA

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza

CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia - Cirurgia do Joelho
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

Endo: médico

Pedras para as cunhas fns que
o Dr. Elinaldo Teixeira Nóbrega
deu entrada no hospital Regional
de Pato em 10 de julho de 2013
vítima de corte de mola com
dano(s) de futur & escorôde
ponto esquerdo (CID 562.0)
sendo tratado conservamente
com imobilizac grava. Atual-
mente spessa perna
70%. de fato em mõ
omo regular apesar
des final

CID: T92.2

Pto, 19 de outubro a 2013

Dr. Fábio de Oliveira
Ortopedia & Traumatologia
CPB, MBO, MBO, MBO



**Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Mista de Patos**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800936-60.2019.8.15.0251

DESPACHO

Vistos.

Pelo que consta da inicial em análise singela, vê-se que preenche os requisitos do arts. 319 e 320, do CPC/2015, não sendo caso de emenda ou indeferimento, reclamando, portanto, a continuidade do feito.

Defiro ao(à) promovente a gratuidade da justiça, em face da inexistência de fundadas razões para o indeferimento do benefício (Lei 1.060/50, art. 5º; NCPC, art. 99, §§ 2º e 3º), esclarecendo que ele compreende todos os atos do processo até decisão final do litígio, em todas as instâncias (Lei 1.060/50, art. 9º, c/c NCPC, art. 98, § 1º).

Deixo de designar audiência de conciliação em face de ser improvável uma composição.

Cite-se a promovida para apresentar resposta, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias.

Após, intime-se a parte autora para **se manifestar sobre as preliminares e os documentos eventualmente apresentados pela parte ré e, considerando a necessidade premente de avaliação médica para averiguar o grau das lesões sofridas, aguarde a designação de mutirão de perícias DPVAT desta 5ª Vara.**

Patos/PB, 21 de março de 2019

Luiz Gonzaga Pereira de Melo Filho

JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA

