



Número: **0801582-19.2019.8.15.0171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Esperança**

Última distribuição : **07/08/2019**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE BATISTA JUSTINO (AUTOR)	EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
23305 242	07/08/2019 14:53	Petição Inicial
23305 349	07/08/2019 14:53	INICIAL
23305 351	07/08/2019 14:53	Procuração, contrato de trabalho e Declaração de Pobreza.
23305 355	07/08/2019 14:53	documento pessoal
23305 357	07/08/2019 14:53	endereço
23305 371	07/08/2019 14:53	B.O
23305 383	07/08/2019 14:53	documento do veiculo
23305 391	07/08/2019 14:53	Pagamento do processo administrativo
23305 650	07/08/2019 14:53	carteira de trabalho
23305 652	07/08/2019 14:53	Prontuários-otimizado_1
23305 655	07/08/2019 14:53	Prontuários-otimizado_2
23305 658	07/08/2019 14:53	Prontuários-otimizado_3
23305 663	07/08/2019 14:53	Prontuários-otimizado_4
23305 858	07/08/2019 14:53	raio x 01
23305 862	07/08/2019 14:53	raio x02
23305 867	07/08/2019 14:53	raio x 03
23305 868	07/08/2019 14:53	raio x 4
23452 597	14/08/2019 00:13	Despacho

Em anexo.



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714511608100000022593824>
Número do documento: 19080714511608100000022593824

Num. 23305242 - Pág. 1



BALBINOS CONSULTORIA JURÍDICA

DARWIN Wamberto B. Sales

Emmanuel Saraiva Ferreira

Rua Floriano Peixoto 4519

Malvinas- Campina Grande-PB

Tel.: (84) 9.9991-1313

(83) 9.9829-8855

Exmo. (a). Sr.(a) Dr.(a) Juiz (a) de Direito da Vara Única Cível da Comarca de Esperança, Estado da Paraíba.

JOSE BATISTA JUSTINO, brasileiro, casado, vigilante, portador do RG nº 148.757 SSP/PB e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 131.986.884-34, podendo ser intimado (a) no (a) Sítio Montadas, nº. s/n, Zona Rural, Montadas-PB, CEP 58.145-000, por intermédio de seus procuradores que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço acima em epígrafe, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex^a, propor o presente:

AÇÃO DE COBRANÇA, c/c, REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS.

Contra: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, Inscrita no CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, podendo ser citada através de seu representante legal na Av. Treze De Maio nº 74, 2º andar, Edifício Darke, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-902, expondo e requerendo ao final o seguinte:

Ab Initio

Requer inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso à Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

Douto Julgador, é sabido que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, **nada basta além do simples pedido**, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº 1.060, de 05.02.1950 e do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

Assim, procura-se evitar que alguém tenha frustrada a busca ou a defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios econômicos. Em resumo, a prestação de assistência judiciária visa a assegurar duas garantias fundamentais: a igualdade de todos e o acesso à Justiça.

1. SINOPSE DOS FATOS:

O (a) Autor (a) foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 02 de dezembro de 2018, por volta das 14h20min, enquanto transitava em uma motocicleta Honda BIZ 125, ano e



modelo 2017 de placa QFZ-7826-PB, licenciada em nome de Gessica Simão de Souza Oliveira, próximo a Igreja do Distrito de Campinote, zona rural de Lagoa Seca-PB, perdeu o controle da direção da moto vindo a cair ao solo, atingindo a perna esquerda, que foi socorrido por sua filha Josilene Justino para o Hospital de Emergência e Traumas de Campina Grande, onde foi submetido aos devidos procedimentos médicos de urgência, conforme se faz prova através de documentos em anexo.

Devido as gravidades das lesões, o (a) Requerente fora submetido (a) a intervenções médicas devido a **FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO**, cuja seqüelas comprometem as funções do (s) membro (s) em comento, dentre outras complicações físicas, conforme prontuário médico, em anexo.

Esclarece a parte promovente que ao beneficiário caberá terá apenas dois caminhos para dar entrada no DPVAT:

Primeiro- O beneficiário poderá se dirigir até uma agencia dos Correios e Telégrafos para entregar o seu requerimento.

Segundo- Terá que se dirigir até uma das seguradora conveniadas na cidade de JOÃO PESSOA-PB, onde também poderá entregar os documentos para serem remetidos a Seguradora Lider.

Devido ao fato do sinistro em tela, decorrer de acidente de transito a parte promovente requereu administrativamente, seguro – DPVAT, **SINISTRO N.319028974**, tendo enviado a documentação para Seguradora Líder, sendo que, após analise administrativa, agindo de forma unilateral a promovida teria realizado uma prova pericial, tendo liberado o valor de **R\$ 4.725,00**,(quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), sem que a parte requerente tivesse qualquer acesso ao meio, forma, a pericia onde ate mesmo o perito é custeado pela autarquia ré.

Ressalte-se Douto Julgador, que a parte requerente fora submetida a uma avaliação unilateral, realizada por perito custeado pela requerida que realizado um exame sem ofertar ao beneficiário qualquer possibilidade de ter acesso ao meio como fora confeccionado , produzido o documento que em tese alicerça o pagamento administrativo liberado em favor do promovente.

Ora Douto Magistrado, tratando-se de seguro DPVAT, o beneficiário deve ingressar com o pedido de indenização junto a Requerida, podendo ocorrer três hipóteses:

Primeiro- A documentação é recepcionada pela seguradora, ocorrendo a perícia por médicos pagos e indicados pela autarquia. Posteriormente, é liberado de forma unilateral quantum em favor da vítima;

Segundo- O processo é recepcionado pela seguradora onde os analistas entendem que a documentação não se encontra dentro dos critérios criados pela Seguradora dos Consórcios do Seguros DPVAT, entenda-se: “exigências” não inseridas ou contidas na Lei nº 6.194/74, e ficam suspensos até o cumprimento da “pendência” administrativa;

Terceiro- A requerida analisa e decide NEGAR/INDEFERIR o processo administrativo, não tendo a vítima conhecimento do teor do indeferimento, visto que a “decisão” é interna e o mais grave ainda é que, na via administrativa não se tem a quem recorrer. Essas são as três principais correntes e linhas para concessão ou não do seguro DPVAT, em nosso país.



A situação da parte promovente se enquadrou no primeiro caso retro citado.

2. DA OBSCURIDADE QUANTO AVALIAÇÃO EM FAÇE AOS VALORES PAGOS A PARTE AUTORA VIA ADMINISTRATIVA.

No caso sob júdice, ocorreu pagamento via administrativa sendo que, os meios quanto a avaliação da invalidez, não retrata, a debilidade permanente suportado pelo requerente, em decorrência do dano produzido em decorrência do acidente de trânsito.

O pagamento da indenização deverá obedecer os ditames legais firmados no art. 31, II da Lei nº 11.945/2009, onde define que deverá ser realizado prova pericial, devendo ser graduada a invalidez, o que em tese revogou o art. 3º "b", da Lei 6.194/74.

O Art. 31, da Lei nº 11.945/2009, determina:

- . Os arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações: (Produção de efeitos).
- “ Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

O fato é que a parte autora fora submetida a um "procedimento", duvidoso, unilateral, parcial, onde não é oferecida a mínima possibilidade ao beneficiário, ora promovente a possibilidade de sequer questionar, sobre os meios, forma como fora realizado o "exame" se é que podemos atribuir essa denominação ao procedimento administrativo utilizado pela autarquia ré.

Por outro lado a pretensão resistida da requerida está devidamente comprovada no documento acostado pela parte autora, visto que, a demanda em tela trata-se de complemento da indenização não havendo dúvidas sobre esse tema.

O ajuizamento de demandas como estas decorre pelo fato da requerida não cumprirem as determinações legais firmadas no art. 31, II da Lei nº 11.945/2009, que determina que a invalidez



deve ser graduada tomando como base a “tabela”, que passou a mensurar o corpo humano fixando percentuais diferenciando, membros, funções e sentidos dentre outros.

As pessoas que militam no seguimento DPVAT, sabem das alterações impostas mês após mês, sem que os órgãos que deveriam fiscalizar viessem a atuar de forma mais contundente e vigilante.

No Brasil, a sociedade observa inerte as mudanças ocorridas em diversos setores: autarquias, ministérios, e condução da res pública, e sonha que toda essa realidade possa ser implementada também em relação a fiscalização da Promovida, mesmo porque o **Tribunal de Contas da União**, descobriu fraudes senão vejamos:

“Denúncia do TCU. O lucro da Líder vem de 2% do faturamento do DPVAT, menos outras despesas, e em 2010 o valor girou em torno de R\$ 5,8 bilhões. Nos últimos quatro anos, o valor total arrecadado com o seguro foi o triplo do que é pago com indenizações. Para o TCU, o consórcio está inflando as despesas para lucrar mais. A consequência disso é que o valor pago pelos proprietários de veículos aumenta. Em 2011, o valor do DPVAT foi de R\$ 96,63 por veículo de passeio mais custo bancário. O Tribunal deu 90 dias para a Susep (Superintendência de Seguros Privados) - o órgão responsável pelo controle e fiscalização do mercado de seguros, previdência privada aberta”. <https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2011/12/08/seguro-dpvat-nao-tera-aumento-em-2012-afirma-seguradora.htm?cmpid=copiaecola>”.

3. DA PROVA

Assevera o art. 369, CPC:

Art. 369. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz.

Destarte, entende o Requerente que a prova do acidente pode ser verificada por outros elementos de prova, inclusive o testemunhal, nos termos do art. 444, CPC, senão vejamos:

Art. 444. Nos casos em que a lei exigir prova escrita da obrigação, é admissível a prova testemunhal quando houver começo de prova por escrito, emanado da parte contra a qual se pretende produzir a prova.

Nesse sentido a parte autora faz alusão a necessidade de que seja realizada a prova pericial, realizada por determinação do órgão judicial a fim de prover a confecção de uma prova imparcial, legítima isenta de pagamento unilateral, onde o perito tenha plena convicção da isenção que deve nortear toda prova pericial.

4. - DO VALOR DEVIDO E DO PRAZO PARA LIQUIDAÇÃO DO DPVAT

O Art. 3º, da Lei 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo Seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas médicas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:



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

I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;

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

O prazo que a Seguradora Lider, tem para liquidar o processo será de 30 (trinta) dias, se não vejamos:

Art. 5º, da Lei nº 6.194/74:

“ § 1º - A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos.”

- DA AUFERIÇÃO DA GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ .

O Egrégio Superior Tribunal de Justiça assentou entendimento de que o pagamento de indenização por invalidez permanente será filtrado a partir da quantificação do grau de debilidade apresentado pela vítima, senão vejamos:

SÚMULA 474 – STJ: A indenização do Seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.

Destarte, surge a necessidade da realização de prova pericial para aferir-se o grau de invalidez, possibilitando ao magistrado a correta aplicação da Lei.

- DA IMPOSSIBILIDADE DE PREVISÃO DO RESULTADO LÍQUIDO DA DEMANDA

Esclarece a parte Autora, que diante da necessidade da perícia médica, imparcial, onde serão quantificadas as lesões que acometem o Demandante, o que não foi possível quando da liquidação do processo administrativo .

Em tempo aduz ainda que o Código de Processo Civil, em seu art. 324, §1º, II, III, revela a possibilidade de formulação de pedido genérico, senão vejamos

§1º. É lícito, porém, formular pedido genérico: (...)

II – Quando não for possível determinar, desde logo, as



consequências do ato ou do fato;

III – quando a determinação do objeto ou do valor da condenação depender de ato que deva ser praticado pelo Réu;

A lei 11.945/09, inseriu à legislação a tabela de parâmetros acerca dos percentuais a que serão submetidas quando da aferição do grau de invalidez, conforme se vê abaixo:

*Art. 30, §1º. No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na **tabela anexa a esta Lei** as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009) (grifo nosso).*

Com a inclusão dessa tabela na lei, encerrou-se a polêmica jurisprudência acerca dos critérios para o cálculo da indenização proporcional. Instado a se manifestar, o Superior Tribunal de Justiça admitiu a validade da utilização dessa tabela para redução proporcional da indenização a ser paga por seguro DPVAT, em situações de invalidez parcial.

5. DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Exa., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 31, II e seguintes da Lei n. 11.945/2009, a procedência da presente ação, para ao final condenar a requerida, ao pagamento da indenização do Seguro DPVAT, a ser aferida após a realização da perícia médica, obedecendo a Tabela incluída pela Lei 11.945/09, requerendo ainda o seguinte:

- 01- Seja citada a Ré, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- 02- Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitido, especialmente, na produção de **prova pericial** no sentido de quantificar o grau de lesão, nos quesitos seguem ao final desta;
- 03- Seja os valores devidamente corrigidos desde o evento danoso, conforme Súmula 54 do STJ;
- 04- *Nos termos do art. 334, § 5º, do Código de Processo Civil, requer a parte autora e desde já manifesta, pela natureza do litígio, seu desinteresse em auto composição, visto que, em demandas similares inexiste qualquer proposta por parte da Seguradora Líder;*
- 05- Como no caso em tela o deslinde **trata-se na confecção da prova pericial**, seja nomeado perito de confiança do Juízo, para a realização da prova retro citada, nos termos do art. 31.II da Lei nº 11.945/2009;
- 06- Requer seja designada audiência de instrução e julgamento;



07-Seja a demandada condenada em **20%, sobre o valor da causa**, (art. 85, III CPC), referente a honorários advocatícios;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art. 2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$ 1.000,00 (mil reais)**, para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos.

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande-PB, 07 de de 2019..

Emmanuel Saraiva Ferreira
-OAB-PB 16.928 –



PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE

JOSE BAPTISTA JUSTINO

brasileiro (a), CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº 131.986.884-34, podendo ser intimado (a) na Rua SÍTIO MONTAÇOES - ZONA RURAL - MONTAÇOES -
- Paraíba, CEP: 58.145-000, neste ato nomeia e constitui como seu bastante procurador e advogado

OUTORGADO(S)

Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, com escritório profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, com os poderes especial de patrocinar defesa do outorgante junto a processo junto a Comarca de ESPERANCA - Paraíba, podendo os outorgados, requererem o que necessário for junto a quaisquer órgãos administrativos, judiciais para tanto, praticar todos os atos, constantes da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**, para o foro em geral, para defender o outorgante, bem como em qualquer órgão do Poder Judiciário e/ou extrajudicialmente, em qualquer grau de jurisdição, e diante de qualquer ente/órgão da Administração Pública direta e indireta, INSS, podendo, para tanto, propor ação e dela variar, contestar, recorrer, requerer, embargar, transigir, passar recibos, receber e dar quitação, desistir, renunciar, firmar acordos, requerer o benefício da gratuidade judiciária e tudo o mais praticar a bem do completo e fiel patrocínio de toda e qualquer pretensão do outorgante, podendo ainda levantar, receber, dar quitação, inclusive o "alvará judicial", decorrente da presente demandada, substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, se lhe convier, dando o outorgante tudo por bom, firme e valioso, como se por ele houvesse sido praticado.

MONTAÇOES

- Paraíba, 23 de JULHO de 2019

⇒

X José Baptista Justino
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, JOSE BATISTA JUSNINO, brasileiro (a),
CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº 131.986.884-34,
podendo ser intimado (a) na Rua
Sítio Monmodas - zona Rural - MONMODAS - PB Paraíba.

Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção da palavra.

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.

MONMODAS - Paraíba, 23 de JULHO de 2019

⇒ Jose Batista Jusnino
Declarante.



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante: JOSÉ BATISTA JUSTINO, brasileiro,

CASADO, AGRICULTOR, inscrito no CPF sob nº 131.986.884-34, podendo ser intimado na Rua Sítio Montadas - zona Rural - MONTADAS - Paraíba,

contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB 6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Campina grande - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;

2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juizo, da causa, firmados na clausula- *ad exitum* (quando o pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);

3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsara, quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida;

4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (trinta por cento) sob o valor da causa;

5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide.

Elegem as partes, para dirimir quaisquer duvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Paraíba;

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

MONTADAS - Paraíba, 23 de JULHO de 2019

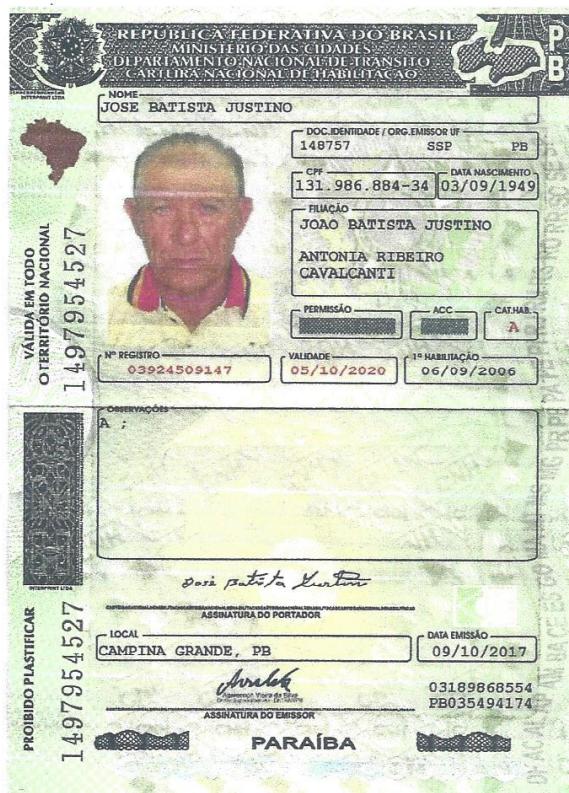
⇒ Contratante: Xosé Batist Justino

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____





BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 027.852.073



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE BATISTA
SIT MONTADAS S/N
MONTADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/239747-9

REFERÊNCIA
JUL/2019

APRESENTAÇÃO
12/07/2019

CONSUMO

126

VENCIMENTO

19/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 87,11

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 23/07/2019

Pagador: JOSE BATISTA CNPJ/CPF: 131.986.884-34

SIT MONTADAS S/N - CENTRO - MONTADAS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003738627	000239747201907	19/07/2019	R\$ 87,11	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714512204400000022593989>
Número do documento: 19080714512204400000022593989

Num. 23305357 - Pág. 1



Governo do Estado do(a/e) Paraíba
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª SRPC / 12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Municipal de Montadas
Rua Severina Araújo de Souza, 222, Centro, Montadas/PB



Ocorrência nº11/19

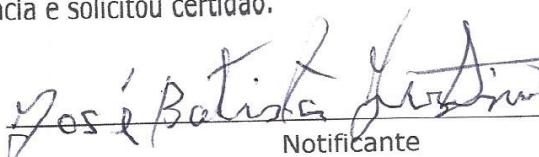
Versando sobre: Acidente de trânsito/Seguro DPVAT.

Data do Fato: 02/12/2018

Hora do Fato: 14:00

C E R T I D Ã O D E O C O R R Ė N C I A

Eu, **Vassili Salomaovitch Barinov Gurgel**, Comissário desta Delegacia de Polícia Civil, CERTIFICO para os fins a que se fizerem necessários que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº05/17, cujo teor passo a escrever na integra: Aos **25 de março de 2019**, nesta cidade de Montadas - Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, onde se fazia presente o(a) Bel(a). **KELSEN DE MENDONÇA VASCONCELOS**, Delegado(a) de Comarca desta unidade policial. Aí por volta das **11:30** compareceu o(a) Sr(a). **JOSÉ BATISTA JUSTINO**, R.G. 148757, SSP/PB, C.P.F 131.986.884-34, brasileiro(a), vigilante, viúvo, natural de Areial, nascido(a) aos 03/09/1949, filho(a) de João Batista Justino e Antônia Ribeiro Cavalcante, residente e domiciliado(a) à Rua Sítio Montadas, em frente a barragem de Montadas, Montadas-PB, tel (83) 3381-1165; o(a) qual após cientificado das penalidades culminadas com o Art 299 do C.P.B. (falsidade ideológica) vem notificar QUE: **QUE no dia 02 de dezembro de 2018, o comunicante trafegava próximo a igreja do Distrito de Campinote, Lagoa Seca/PB quando o pneu dianteiro da motocicleta HONDA BIZ 125, PLACA QFZ-7826/PB, RENAVAM 0112203210-0 escorregou na pista, sendo que a motocicleta ao cair atingiu a perna esquerda; QUE foi conduzido pela sua filha JOSILENE JUSTINO DA SILVA para o Hospital de Trauma, onde passou por procedimento cirúrgico, colocando o ferro fixador; QUE compareceu a esta Delegacia para lavrar a presente certidão e apresentou o CNH para identificação, o comprovante de residência, o CRLV do veículo, exercício 2018 e o prontuário Nº1785610 expedido pelo Hospital de Trauma.** Nada, mais havendo para constar, registrou esta ocorrência e solicitou certidão.

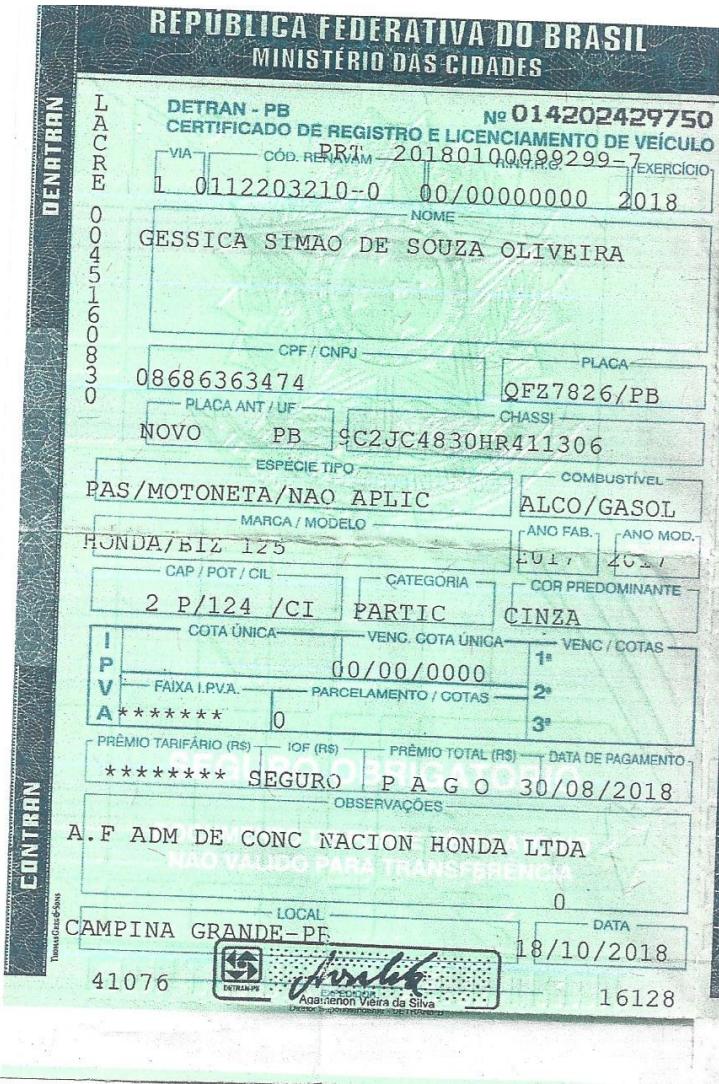

Notificante

24 ABR. 2019


Vassili S. Barinov Gurgel
Comissário de Polícia Civil



PolOffice L11032016125028d69a3919175



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **053774/39** CPF da vítima: **131.986.884-34** Nome completo da vítima: **JOSE BATISTA JUSTINO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE BATISTA JUSTINO	CPF: 131.986.884-34	Número: SP/09	Complemento: CASA
Profissão: VIGILANTE	Endereço: Rua Sítio Montazas	Estado: PARANÁ	CEP: 58.165.000
Bairro: CENTRO	Cidade: MONTAZAS		Tel. (DDD): (031) 99829.8855
E-mail: BALBINUSCE@HOTMAIL.COM			

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

<input checked="" type="checkbox"/> RENDA MENSAL: RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: 3331 CONTA: 6.663 <input checked="" type="checkbox"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Jacu Piresc 24/04/2019**

Local e Data, **Jacu Piresc 24/04/2019**
 Nome: **JOSE BATISTA JUSTINO**
 CPF: **131.986.884-34**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
JOSE BATISTA JUSTINO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1^a | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura _____

2^a | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura _____

Assinatura _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

SSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

IDENTIFICAÇÃO
vítima JOSE BATISTA JUSTINO
DATA DO ACIDENTE 02/02/2018 CPF DA VÍTIMA 131.986.884-34

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR
A VÍTIMA É JOSE BATISTA JUSTINO
ENDERECO DO PORTADOR Rua Sthio Montadas
Nº S/N² COMPLEMENTO CASA BAIRRO Centro
CIDADE Monte das UF Paraná CEP 58.145.000
E-MAIL RABINUSCE@Hotmail.com TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / RÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: O REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉIOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

-DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉIOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24/04/2019

DATA

IDENTIDADE 141872575893

NOME

ASSINATURA Rabinausce

RÉSPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA





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

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190289740

Vítima: JOSE BATISTA JUSTINO

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a) JOSE BATISTA JUSTINO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%.

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% do 70%) 35,00%

Valor a indenizar: $35,00\% \times 13.500,00 =$ R\$ 4.725,00

Rebedor: JOSE BATISTA JUSTINO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000003331-6

Conta: 000006663-X

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura **Invalidade Permanente** ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



MENSAGEM DO SENHOR MINISTRO

Criada em 1932, a Carteira de Trabalho e Previdência Social resistiu ao passar dos anos, assimilando com muita presteza as profundas modificações que se registraram, nestas décadas, na composição, distribuição e qualificação da nossa força de trabalho.

Sem nenhum exagero, pode-se afirmar que este documento, por muitos ainda hoje conhecido como "carteira profissional", converteu-se num dos mais importantes instrumentos à disposição do trabalhador, fazendo às vezes de cédula de identidade, título de crédito, atestado de antecedentes, de boa conduta e de residência, para citar apenas algumas das suas múltiplas utilidades.

Em sua simplicidade, a CTPS reflete a carreira do trabalhador e sua evolução profissional. Cabe-lhe pois, protegê-la atenta e cuidadosamente, porque enquanto pelos seus aspectos externos essa Carteira revela traços importantes da personalidade e da formação do seu possuidor, os registros internos, habitualmente insubstituíveis, se constituem nas melhores garantias da preservação e da efetivação dos seus direitos trabalhistas e previdenciários.

Almir Pazzianotto Pinto



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

Carteira de

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Assinatura do Portador
José Pazzianotto Pinto



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:38
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908071451348000000022594182
Número do documento: 1908071451348000000022594182

Num. 23305650 - Pág. 1

12 CONTRATO DE TRABALHO

Prefeitura Municipal de Montadas

Empregador R. Jado Veríssimo de Souza, 5

CGC/MF Centro - C.E.P. 59145

Rua MONJÁDAS, s/nº N°

Município Est. :

Esp. do estabelecimento Públco.

Cargo Vigilante

C.B.O. n° 01

Data admissão de de 19.81

Registro n° 111 Fls./Ficha 53V. 10.20

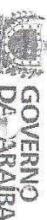
Remuneração especificada R\$ 200,00

1º 2º
Data saída de de 1991
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD N° *vide pág: 44* *14/06/99* *FATIS*

CONTRATO DE TRABALHO





GOVERNO
DA
PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

PRTON (B.E) Nº-1785610 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

AV. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mylvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Data: 02/12/2018

Endereço:SITIO MONTADAS Atendente : Ligiane Verônica Silva Coutinho

PACIENTE: JOSE BATISTA JUSTINO CEP:58145000 Nascimento:04/09/1949

Cidade: Montadas Sexo:M

Idade:069 Telefone: 86455704

Idade:069 Bairro:ZONA RURAL

RG: N°:0

CPF: Profissão:AGRICULTOR

Estado Civil:casado(a)

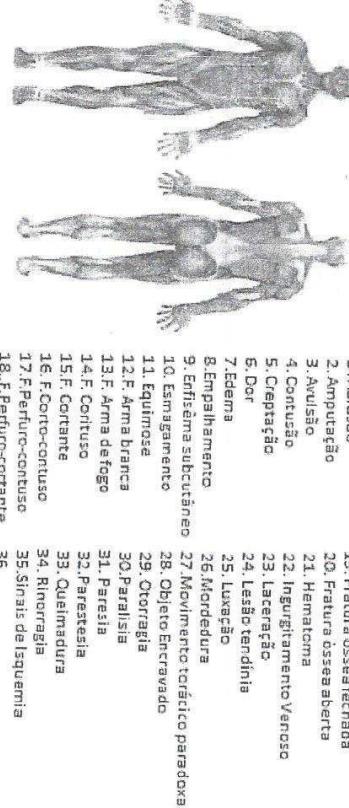
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM: Especialidade:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão 21. Hematoma
4. Contusão 22. Injurgimento Venoso
5. Crepitação 23. Lacerção
6. Dor 24. Lesão tendínea
7. Edema 25. Luxação
8. Empaixamento 26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento traumático paradoxal
10. Esmagamento 28. Objeto Encravado
11. Equimose 29. Croticragia
12. Arma Branca 30. Paralisia
13. Arma de Fogo 31. Parestesia
14. F. Contuso 32. Parestesia
15. F. Contorte 33. Quemadura
16. F. Corte-contuso 34. Riorragia
17. F. Perfur-contuso 35. Sinais de Isquemia
18. F. Perfur-contorte 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima da queda de moto. Pausa de 20m
Pausa de 20m

EXAME FÍSICO	
PUPILAS	() Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocôricas ()
Glasgow	15 PA
A	15
B	15
C	15
D	15
E	15
F	15
G	15
H	15
I	15
J	15
K	15
L	15
M	15
N	15
O	15
P	15
Q	15
R	15
S	15
T	15
U	15
V	15
W	15
X	15
Y	15
Z	15
EXAMES SOLICITADOS:	() Laboratoriais () Ultrassonografia: () Isosometria arterial () Radiografias: () Tomografia Computadorizada ()
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:	
Especialista:	
MÉDICO SOLICITANTE	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:	

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Alta de emergência	
2	SRL 100ml c/5	
3	Dr. Pausa 15 a 20m de agachamento	13:40
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





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

Ficha de Acolhimento

Nome: <u>JOÃO BOTAS JUSTINO</u>	Bairro: <u>Monteiro</u>
End: <u>SC Mandacaru</u>	
Data de Nascimento: <u>04.09.1949</u>	Documento de Identificação:
Queixa: <u>AC</u>	Data do Atend.: <u>02.12.18</u> Hora: <u>15:10</u> Documento:
Acidente de trabalho? <u>NU</u>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" 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"/> Gerente
Frequência respiratória:	
Pressão arterial:	
Dosagem de FGT:	
Desambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

Frequência cardíaca:
Temperatura axilar:
Mucosas: Normocorada Pálida

Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora

Azul - Atendimento ambulatorial

CONTAB-PB 448.575-ENF

Assinatura e carimbo do profissional



ORTOPEDIA 1

LEITO 4-3

JOSE BATISTA

Nº PRONTUÁRIO: 1785684

FX EXP PERNAS

LEITO 4-3

1 DIETA LIVRE
2 JELCO SALINIZADO

3 DIPIRONA 1G + AD IV 6\6H

4 TILATIL 20MG + AD IV 12\12H SN

5 NAUSEDRON 1AMP + AD IV 8\8H SN

6 CLEXANE 40MG SC ÀS 20H

7 SSV + CCGG

8 FISIO MOTORA

9 Alte motora



Bloco, sten, sem intenções

Frotina elencada pela fixeda

distens.

Próximamente de ferido em molhos

medicado.

Od: alte + roturas + medicado

c/ risco de gravidez / elegante,
compro consenso de Dr.

Dras. B. Silvante.

Dr. Euler Fábio A. Cruz
MR ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Dr. Euler Fábio A. Cruz
MR ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

15/12 10:00hs Paciente aguarda procedimento
P. A 120x80 cirúrgico, realizado enxatio + limpeza
nos fixadores, medicado e.P.M, segue
aos cuidados da enfermagem.

16/12 09:00h P. A - ~~P. M~~ Paciente pronto para alta,
deixando, não deixa anexos.

Debora Silva Lima
Tec. de Enfermagem
COREN-PB 602532

fol





TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
dá plena autorização aos médicos do Hospital _____ que o
assistirem, para fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e para a execução do
tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições gerais contidas nos regulamentos do
estabelecimento.

12 *Paciente em medicamento*
12 *realizado exame*
18 *deve os cuidados da*
Imagem *Gestay*

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento,
assumindo inteira responsabilidade por sua decisão.

12 *Paciente em medicamento*
12 *realizado exame*
18 *deve os cuidados*
de Gestay

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringido o regulamento deste estabelecimento.



Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____

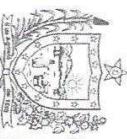
O abaixo assinado _____
pessoa responsável pelo doente _____
reconhece que a mesma está em condições de acordo e declara pela presente que nenhum médico ou
qualquer outro membro do hospital contribuiu intencionalmente para a indução do mesmo

Em, _____ de _____ de _____

Assinatura do doente ou responsável

Testemunhas: _____





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

EVOLUÇÃO FISIOTERAPÉUTICA

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática 13-12-18 9:hs PA () Oligossintomática 18

SINTOMAS:

() Cefalácia () Tontura Paciente malu () Síncope
 () Dispnéia de esforço () Grande estufa aguarda () Pequena
 () Palpitações () Média problema ci () Ortopnéia
 () Dor Precordial () Tosse Seca muse () Expectorção
 Relacionada: () Esforço () Típica () Atípica
 () Emoções () José das Cruz () Pós-prandial

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipertensão Pulmonar () DPOC () Outros
 () Diabetes Mellitus () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuficiência Coronariana
 () Arritmias () Insuf. Renal () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: _____ () Tabagismo
 () Etilismo () Sedentarismo
 () Dislipidemia () Cirúrgico _____ () Outros

 Medicamentos em uso () Não () Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

 FC.: _____ b.p.m P.A.: 13-12-18 P.A. 120x80 20:00hs mmHg

 Ap. Respiratório - Comentários: P.C. t verm queixas. Sigue raro
luidos de bronquial

Abdômen - Comentários: _____

 Daniela Aquino de Araújo
 PB 1.248.611-TE

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.:

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
 () Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
 () Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
 () Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico



AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: 14.12.18 IDADE: 20 PA: 110x70 mmHg SEXO: M
 IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: 2 DATA: 14/12/18

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

Assintomática Sintomática Oligossintomática

SINTOMAS:

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Tontura | <input type="checkbox"/> Síncope |
| <input type="checkbox"/> Dispnéia de esforço | <input type="checkbox"/> Grande | <input type="checkbox"/> Pequena |
| | <input type="checkbox"/> Média | <input type="checkbox"/> Ortopnéia |
| <input type="checkbox"/> Palpitações | <input type="checkbox"/> Tosse Seca | <input type="checkbox"/> Expectoração |
| <input type="checkbox"/> Dor Precordial | <input type="checkbox"/> Típica | <input type="checkbox"/> Atípica |
| Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço | <input type="checkbox"/> Emoções <input type="checkbox"/> Frio | <input type="checkbox"/> Pós-prandial |

Comentários: _____

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

- | | | | |
|---|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica | <input type="checkbox"/> Hipertensão Pulmonar | <input type="checkbox"/> DPOC | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Insuf. Cardíaca Congestiva | <input type="checkbox"/> Insuficiência Coronariana | |
| <input type="checkbox"/> Arritmias | <input type="checkbox"/> Insuf. Renal | <input type="checkbox"/> Aguda | <input type="checkbox"/> Crônica |

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia a Medicamentos: _____ | <input type="checkbox"/> Tabagismo |
| <input type="checkbox"/> Etilismo | <input type="checkbox"/> Sedentarismo |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Cirúrgico _____ |
| | <input type="checkbox"/> Outros |

Medicamentos em uso Não Sim _____

4 - EXAME FÍSICO:

Estado Geral Bom Regular Comprometido Precário Altura Peso

Ap. Cardiovascular - Comentários: _____

FC.: _____ b.p.m P.A.: _____ mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: 

Ex. Laboratoriais: _____

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

- Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
- Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
- Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
- Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.: _____

Ass. do Médico





AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: josé poliste furtado IDADE: 69 SEXO: m
IMC: PROCEDÊNCIA: PROFISSÃO: DATA: 03/12/18

1 - SIMTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

<input checked="" type="checkbox"/> Assintomática	<input type="checkbox"/> Sintomática	<input type="checkbox"/> Oligossintomática
SINTOMAS:		
<input type="checkbox"/> Cefaláia	<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Síncope
<input type="checkbox"/> Dispneia de esforço	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Pequena
<input type="checkbox"/> Palpitações	<input type="checkbox"/> Média	<input type="checkbox"/> Ortopneia
<input type="checkbox"/> Dor Precordial	<input type="checkbox"/> Tosse Seca	<input type="checkbox"/> Expectoração
<input type="checkbox"/> Relacionada: <input type="checkbox"/> Esforço	<input type="checkbox"/> Típica	<input type="checkbox"/> Atípica
	<input type="checkbox"/> Emoções	<input type="checkbox"/> Pós-prandial
	<input type="checkbox"/> Frio	

Comentários:

2 - PATOLOGIAS EM CURSO:

Hipertensão Arterial Sistêmica Hipertensão Pulmonar DPOC Outros
 Diabetes Mellitus Insuf. Cardíaca Congestiva Insuficiência Coronariana
 Arritmias Insuf. Renal Aguda Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: negativo () Tabagismo N
() Etilismo () Sedentarismo
() Dislipidemia () Cirúrgico P1 fractura () Outros

Medicamentos em uso (S) Não (N) Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso
Ap. Cardiovascular - Comentários: *RCA ST AD*

FC.: 84 b.p.m P.A.: 110 x 70 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários:

Membros Inferiores - Comentários: frustre os osso perna e (exposto)

5-EGG: ~~5~~ 3-egg ~~5~~ 2-egg ~~5~~ 1-egg

Ex-Laboratorio —

6 - CONCLUSÃO - RISCO CIRÚRGICO:

) Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)
) Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)
) Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monitorização Cardíaca)
) Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.

Dra. maria Quinzan Jaramillo
Cardiología
CRM 123

Ass. do Médico



Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Jorge BATISTA Justino			
Data da Operação	02/12/18	Enf.	Leito
Operador	Dr. VALTH MENEZES	1º Auxiliar	
2º Auxiliar		3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Dr. Valdemar	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	fratura exposta ouro de perna (E)		
Tipo de Operação		Orto Cirúrgica	
Diagnóstico Pós-Operatório		O perno	
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

01. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
02. Anestesia e antianestesia
03. Cânulas estofadas
04. Fólio longitudinal + 6cm em foco fraturado
05. Ablidamento de tecido adipofágico
06. Imobilização c/ steyx exauriblemente
07. Indução cruenta da fratura
08. Fixaram c/ fixinhas suturas lineares monofilômero unicortical
09. Sutura da pele com fio de nylon
10. Curativos
11. ao final do procedimento boa perfomance distal, perior crurais.

Dr. Valth Menezes Guimarães
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 16.551 / TECOT 15.090

lod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE
CEP: 53.060-070 - www.tmcirurgica.com.br
Fone: (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

7577

PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

R. GRANDE

TEL / FAX / E-MAIL:

NOME DO PACIENTE

JOSE FRANCISCO

Nº DO PRONTUÁRIO

12856109

Nº AI. H

CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRATAMENTO DE FRACTURA DOS OSSOS DA PERNAS

PRODUTO

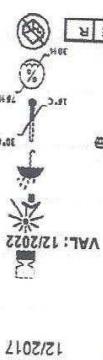
REF.

QUANT.

CÓD. ROMP.

FIXADOR EXTERNO

01



REF.: 020-005-180 LOTE: 0028/M017

CLASSE: III QTD: 8

RESP. TEC. Douglas G. Nunes - CRM-PE 3052458211

REGISTRO ANVISA 1010870114

MATERIAL ABSI F18

TAM 0,50 X 180MM

PINO DE SCHANZ Ø 5,0 X 180 MM - ROSCA 50 MM

MATERIAL ABSI F18

VAL: 12/2022

IMPOL INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA
Av. Dr. Ulysses Guimarães, 333 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil
PINO E FIO RIGIDOS NAO ABSORVIVEIS
PINO DE SCHANZ



12/2017

02/08/18

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

OBSERVAÇÕES

DR. WILTON GOMES



ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Embalagem Recife - F. (81) 99831.0833



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:50

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908071451472550000022594195>

Número do documento: 1908071451472550000022594195

Num. 23305663 - Pág. 1

Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; () >3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais? _____	
Precordialgia ()	
Ausculta cardíaca: <input checked="" type="checkbox"/> Rítmica () Arrítmica () Sopro () Outro. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico () Central () Dissecção. Localização: MSD Data da punção 10/12/18	
Edema: () MMSS () MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta () Prótese.	
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO () SNG () SNE () Gastroenterologia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Líquida () Constipado há dias () Outros:	
Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito ml/h;	
Aspecto: () Outros: _____ Observações:	
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Integra () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outro:	
Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica Turgor da pele: () Preservado	
Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas () Secas Manifestações de sede: ().	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: Fixador MIE Curativo em: 10/12/18	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____	
Úlcera de pressão: () Estágio: _____ Local: _____ Descrição: _____ Curativo: ____/____/____	
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente () Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.	
Limitação física: () Acamado () Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro:	
SONO E REPOUSO	
<input checked="" type="checkbox"/> Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono Interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
<p>Paciente B6G, estabil, sem queixas. Aguarda cirurgia e segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</p> <p>Raimundo Henrique Aquino S. Paiva ENFERMEIRO COREN-PB: 456559</p>	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: 	Raimundo Henrique Aquino S. Paiva ENFERMEIRO COREN-PB: 456559
DATA: 10/12/18 HORA: ____ h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





GOVERNO DA PARAÍBA

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



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	José Batista Justino	Idade:	65
Convênio:	SUS	Data:	02/12/2018
Procedimento:	trat. cirúrgico de fratura dos ossos da perna esquerda		
Cirurgião:	Dr. Malh	Auxiliar:	
Início:	18:10	Término:	18:54
		Anestesia:	roqui

Observações:



Assinatura Anestesista

Circulante



DATA - 10 - 12

HORN - 10:00

17 acentric consonants

orientado en la
realización de
tránsito y manejo

Agavea *ringens*

anisodato de especial

~~JUICIAIS DOS SANTOS SIMEON
COREAN PB 958.700-TE~~

ATH. 10 - 12 - 18
WORT - 18.00
PA - 110 x 24

~~Jucilene dos Santos SIlva
COREN PB 958.700-TE~~

1482871

100.2.10
100.2.10

51.01



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

④ 11/06

Assinatura do anestesista





E



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714515058500000022594440>
Número do documento: 19080714515058500000022594440

Num. 23305858 - Pág. 1



E



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:51:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714515378900000022594444>
Número do documento: 19080714515378900000022594444

Num. 23305862 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 07/08/2019 14:52:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080714515800600000022594449>
Número do documento: 19080714515800600000022594449

Num. 23305867 - Pág. 1



III

9



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE ESPERANÇA

1ª VARA

DESPACHO:

Vistosec.

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, CPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício ou capazes de autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, CPC).

Ademais, observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas considerando que a prática forense tem revelado que a parte promovida não se dispõe a fazer acordo sem a realização da perícia médica, afigura-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, caput, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF) a designação exclusiva de audiência de conciliação, quando já se anuncia infrutífera sua realização, sobretudo em razão do benefício pleiteado já ter sido negado administrativamente.

Registra-se, todavia, que a autocomposição pode ser obtida no curso da lide, e mesmo como fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, CPC), motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio conciliadora* da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, CPC) a sua não realização no caso dos autos.

Portanto, **cite-se** a parte acionada para, querendo, oferecer contestação no prazo legal.

Em havendo arguição de prejudiciais de mérito/preliminares (art. 337, CPC) ou de fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor (art. 350, CPC), por ocasião da contestação, intime-se a parte autora, independentemente de conclusão, para, querendo, se manifestar no prazo de 15 (quinze) dias.

Somente após a réplica, voltem-me conclusos.

Cumpra-se, com as cautelas legais.

Esperança, 13 de agosto de 2019.

Paula Frassinetti Nóbrega de Miranda Dantas

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: PAULA FRASSINETTI NOBREGA DE MIRANDA DANTAS - 14/08/2019 00:13:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081310541263800000022733399>
Número do documento: 19081310541263800000022733399

Num. 23452597 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: PAULA FRASSINETTI NOBREGA DE MIRANDA DANTAS - 14/08/2019 00:13:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081310541263800000022733399>
Número do documento: 19081310541263800000022733399

Num. 23452597 - Pág. 2