



Número: **0801490-41.2019.8.15.0171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Esperança**

Última distribuição : **11/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO GINUINO DE SOUZA (AUTOR)	ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
22654 800	11/07/2019 19:47	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
22654 801	11/07/2019 19:47	<u>1_PRONTUÁRIO MÉDICO</u>	Outros Documentos
22654 802	11/07/2019 19:47	<u>2_PRONTUÁRIO MÉDICO</u>	Outros Documentos
22654 803	11/07/2019 19:47	<u>3_PRONTUÁRIO MÉDICO</u>	Outros Documentos
22654 804	11/07/2019 19:47	<u>4_PRONTUÁRIO MÉDICO</u>	Outros Documentos
22654 805	11/07/2019 19:47	<u>5_PRONTUÁRIO MÉDICO</u>	Outros Documentos
22654 806	11/07/2019 19:47	<u>COMPROVANTE DE ENTRADA ADM</u>	Outros Documentos
22654 807	11/07/2019 19:47	<u>DOC PESSOAIS E PROCESSO ADM (1)</u>	Outros Documentos
22654 808	11/07/2019 19:47	<u>DOC PESSOAIS E PROCESSO ADM (2)</u>	Outros Documentos
22654 809	11/07/2019 19:47	<u>GuiaCustas</u>	Guias de Recolhimento/ Deposito/ Custas
22654 810	11/07/2019 19:47	<u>PROCURAÇÃO</u>	Procuração
24031 430	09/09/2019 12:17	<u>Despacho</u>	Despacho

Excelentíssimo(a) Senhor(a) Doutor(a) Juiz(a) de Direito da ____ Vara da Comarca De Esperança – PB

PAULO GENUÍNO DE SOUZA, brasileiro, estado civil: casado, profissão: Agricultor, residente e domiciliado no Sítio Serrote Branco, S/N, Área Rural. Município de Areial - PB, Estado da Paraíba, Cep 58140-000, portador do Rg. nº 1.716.241 SSP/PB e CPF nº 893.882.674-00, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP- 20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

1. 1. DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.



2. DOS FATOS

O autor foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 28 de Janeiro de 2019, aproximadamente às 07h30min, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Serrote Branco, área RURAL de Areial/PB, conduzindo a motocicleta quando em uma curva o pneu dianteiro da moto derrapou em uma areia solta existente na via e o comunicante acabou perdendo o controle da direção, caindo ao solo, sofrendo ferimentos graves. Sendo assim, veio este cair ao solo, sofrendo ferimentos graves.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela Delegacia de Polícia Civil de Campina Grande – PB, a vítima estava trafegando no veículo HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano/modelo 2015/2016, cor vermelha, placa QFR-1639/PB, CHASSI 9C2KD0810GR414226, licenciada em nome Vanessa Oliveira da Silva.

Após o acidente, o autor foi socorrido e logo foi conduzido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi constatado que o mesmo sofreu FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO, no qual foi submetido a tratamento cirúrgico.

3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:

“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 suplementar, nos valores e conforme as regras que seguem, por pessoa vitimada”.

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

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

III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais como reembolso a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).



De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou invalido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.

Assim estabelece o presente julgado:

EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE

DO VEICULO IRRELEVANTE. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar se a imposição – de limites por Resolução. (Acordão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).

Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo seu pedido pago parcialmente no valor de R\$ 1.687,50 (hum mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), razão pela qual está requerendo via judicial.



DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidez permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

Importante salientar que se tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.

4. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:

1. Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;
2. Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;
3. Atendendo ao disposto no artigo 319, inciso VII do NCPC, o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação.**
4. **Protesta e requer** o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução



e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.

5. NO MÉRITO, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em JULGAR PROCEDENTE o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;

6. Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Nestes termos, pede deferimento.

Alagoa Nova – PB, 11/07/2019.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS

OAB/PB nº 25.670

QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE: _____.



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119434696900000021981520>
Número do documento: 19071119434696900000021981520

Num. 22654800 - Pág. 5

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA ____ / ____ / ____ , por volta das _____ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (), de que forma?

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):

4) EXISTEM SÍQUELAS RESIDUAIS ? :

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE ? :

Sem mais, em ____ / ____ / ____ .

(assinatura – carimbo – CRM)



EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Ortopedia

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1821932 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 28/01/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Gisele De Oliveira Lopes

PACIENTE: PAULO GENUINO DE SOUZA
Endereço:SERROTE BRANCO
Cidade: Areiaí
Nome da Mãe: MARIA JOAQUINA DA CONCEIÇÃO
Responsável:
Estado Civil:Casado(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Sexo:M
Idade:054
RG:
CPF: 89388267400
Data de Atend:28/01/2019
Hora: 09:03:28

Telefone:
Bairro:CENTRO
CRM:
Especialidade:

Idade:054
RG:
Nº:0
Profissão:

CPF: 58140000
Data de Nascimento:10/12/1964

Nome da Mãe: MARIA JOAQUINA DA CONCEIÇÃO

Responsável:
Estado Civil:Casado(a)
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

CRM:
Especialidade:

De acidente de moto
Refece de no auto moto e bala
Sor Rn f
Ronaldo Coimbra Brito
08/01/2019 14:01 13403

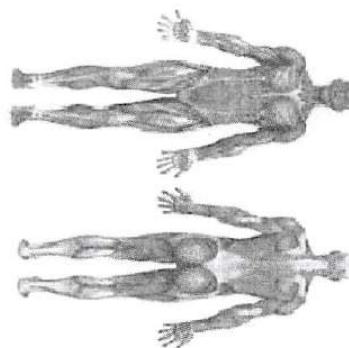
ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

EXAMES SOLICITADOS:



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

1. Abração
2. Amputação
3. Avulso
4. Contração
5. Cretação
6. Dor
7. Edema
8. Empaixamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Enmagrecimento
11. Equimose
12. F�ma branca
13. F�ma de fogo
14. Contusão
15. Contusão
16. F�co-contusão
17. F�furo-contusão
18. F�furo-contusão
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Ingurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parasita
32. Parastesia
33. Quemadura
34. Rinorréia
35. Sinal de Isquemia
- 36.

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

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

DIAGNÓSTICO / CID:



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico _____	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> A revélia	
<input type="checkbox"/> Internação (setor) _____	<input type="checkbox"/> Decisão Médica	
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____	<input type="checkbox"/> Óbito	
<i>X</i> Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)		



Data da internação: 28/01/2019 Hora: 09:26:56

SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856		
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE PAULO GENUINO DE SOUZA		6 - N° DO PRONTUÁRIO 1821953		
7 - CARTÃO DO SUS 706200078929565		8 - DATA DE NASCIMENTO 10/12/1964		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL MARIA JOAQUINA DA CONCEICAO		11 - TELEFONE DE CONTATO 083		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) SERROTE BRANCO , 0 , CENTRO				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Areial		14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP 250120 PB 58140000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Do edema e de for midade</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessito de trat cirúrgico</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx</i>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura esôdio distal</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Trat cirúrgico frct radio distal</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>RODOLFO COIMBRA BATISTA</i>		
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (<input checked="" type="checkbox"/> CNS) (<input type="checkbox"/> CPF)	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016283392321	30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RODOLFO COIMBRA BATISTA
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/01/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Ortopedista Traumatólogo</i> CRB 6319 / 2011-3403		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BELLÉTE	38 - SÉRIE
34 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				
35 - (<input type="checkbox"/>) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA (<input type="checkbox"/>) EMPREGADO (<input type="checkbox"/>) EMPREGADOR (<input type="checkbox"/>) AUTÔNOMO (<input type="checkbox"/>) DESEMPREGADO (<input type="checkbox"/>) APOSENTADO (<input type="checkbox"/>) NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	47 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			



Este é o número de
assinatura

assinatura feita de forma
eletrônica

Este é o número de
assinatura

Este é o número de
assinatura

ISAF



Data da internação: 28/01/2019 Hora: 09:26:56

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE PAULO GENUINO DE SOUZA		6 - N.º DO PRONTUÁRIO 1821953	
7 - CARTÃO DO SUS 706200078929565		8 - DATA DE NASCIMENTO 10/12/1964	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA JOAQUINA DA CONCEICAO	
11 - TELEFONE DE CONTATO 83		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) SERROTE BRANCO , 0 , CENTRO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Areial		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 250120	15 - UF PB
		16 - CEP 58140000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dores de cabeça e de fadiga</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessita de tratamento cirúrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exames - Fármacos testados</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura - Fármacos testados</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Tratamento cirúrgico</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>98001628339231</i>	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS	29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 98001628339231
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE RODOLFO COIMBRA BATISTA		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 28/01/2019	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>RODOLFO COIMBRA BATISTA 28/01/2019 TEC 1143</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA <i> </i>	37 - N.º DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA <i> </i>	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS	46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR () CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i> </i>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		





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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Paulo Genuino de Santo		
End:	sítio Secreta Bores	Bairro:	Anelot
Data de Nascimento:	10.12.64	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. moto	Data do Atend.:	29.01.19 Hora: 9:00 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:		Frequência cardíaca:	
Pressão arterial:		Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:		Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119434844700000021981521>

Número do documento: 19071119434844700000021981521

Num. 22654801 - Pág. 7

ASSINATURA E CARMBO

Hallisson Batista de Almeida
ORFASSINATURA E CARMBO
CRM - PB 9562

PARECER DA DIRECÃO TÉCNICA:

...-102
A
JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

Placa 3,5 't, p/ ferido da lE

MATERIAL ESPECIAL:

Ex ferido da lE
DIAGNÓSTICO:

Nome do paciente: Isaías Gomes DATA 28/01/19 LÉTICIA
() PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: Ex () DATA 28/01/19

SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ORTOS/PROTÉSIS



GOVERNO DA PARÁIBA **SEGUE** **o trabalho**





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Paulo Genuino de Souza Idade: 54
Convênio: SUS Data: 01-02-19
Procedimento: Red. Incrustante de Frot de Pernos E

Assinatura Anestesista

Circulante

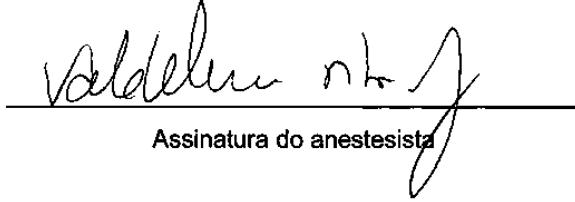
Relatório de Operação

MOD 103



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		1
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 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:		09


Assinatura do anestesista

42 Tragia

67

1

1

六

۴۲

02.655 + 40.45

→ 60 x 15

OF THE GOVERNOR

05-96 X 5-6

0520066 51

10

અરે કાર્યક્રમાનુભૂતિ ૫

45

03

$$0f = 0.6716$$

६२

107

०८ पुस्तकालय काली ०२

107

01-05-1d 46:50 44:30

25pounds + 45pounds = 70 pounds

the only one that I am sure of is the following:

35 38 45 47 49 52 55



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES					ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME			IDADE	SEXO	COR
DATA 01.02.19	PRESSÃO ARTERIAL 136x91-4	PULSO 80bpm	RESPIRAÇÃO 22uepm	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO in pulmico					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO Ricos II					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO ejurum	DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO				
ESTADO MENTAL ansioso	ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA manga	HIPOTENSORES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de punho E					ESTADO FÍSICO ASA III	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES x							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA x	APLICADA		AS	EFEITO			
11:00h							
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂	INDUÇÃO					
LÍQUIDOS	(YF) (YF) (YF)	Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____					
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	250 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	MANUTENÇÃO ①Dexadresin 10umg ②Dexipanina 2g ③Nan udrox 4umg ④Tylatil 40mg.					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	ECG = R5 SPO ₂ = 98% O ₂ SCN	ANESTESIA SATISF.: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____ Não, por quê? _____					
POSIÇÃO	Pe DDH; MCR; AIAS; O ₂ SCN	DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____					
AGENTES	Lidocaina ev 400mg + Nusocaina ev 20ml + AD 20ml	CONDIÇÕES: Com cânula: Paro o Leito Sim _____ Não _____					
TÉCNICA	Bloq. pleura intercostal + axilar e + CÂNLULAS						
OPERAÇÃO	Radicopsiuncunata + fixacopsipectâmica punho E						
CIRURGIÕES	Dr. Eduardo Beaga + MRE Hwy + MRE Culx.						
ANESTESISTAS	Dra. Jamilia Silveira						
OBSERVAÇÕES	ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA	

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Nome do Paciente <i>Paulo Gomes</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>01-02-19</i>	Enf. <i>Adelice</i>	Leito <i>(ET. 4)</i>
Operador <i>Dr. Edvaldo</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Euler Cruz</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Euler Cruz</i>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fr. Nôdo anel B</i>		
Tipo de Operação <i>Desenvolvimento</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato <i>Sem</i>		
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① Socia - 10 cm x 10 cm
- ② Progresso + estenose + coxas estenose
- ③ Redução luxação do fêmur de fratura. 10 cm escavação
- ④ Desenvolve procedimento de 3 pinos k 10 cm escavação
- ⑤ Tensão TO + 10 cm escavação

1
2
Dr. Euler Fabrício A. Cruz
M.R. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9907

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAME

PRONTO- NOME:	Paulo Gomes			PRONTUÁRIO: 282			
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			0,60	II	EXC

DADOS CLÍNICOS:

Pós-OP

OBST. Pós. OP

MATERIAL A EXAMINAR:

RAIO X
REALIZADO EM:
01/02/15

EXAMES SOLICITADOS:

Rx pnu, B, AP e PAP

URGÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/>	ROTINA: <input type="checkbox"/>
DATA: 01-02-15	
HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. Euler Faustino A. Cruz
CRM-PB 9901
CRM-ORTOPED 9901

GOVERNO
DA PARAÍBA

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

REQUISIÇÃO DE EXAMES

DNB:

J. Souza

Genitivo

de Souza

30



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): **PAULO GENUINO DE SOUZA**
Dr(a): **OTAVIO FERREIRA JR**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES**

Protocolo: **0000448449** RG: **NÃO INFORMADO**
Data: **28-01-2019 11:02** Origem: **AREA AMARELA**
Idade: **54 anos** Destino: **Leito - 08**

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:00]

Resultados

Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....	4.98 milhões/mm³	4,2 à 6,0 milhões/mm ³
Hemoglobina.....	15,2 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito.....	45,0 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M.....	90 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M.....	31 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M.....	34 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....	9.400 /mm³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)	
Neutrofilos.....	0	0	
Promielócitos.....	0	0	
Mielócitos.....	0	0	
Metamielócitos.....	0	0	
Bastonetes.....	3,0	282	40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Segmentados.....	83,0	7.802	0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Eosinófilos.....	0	0	0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Basófilos.....	0	0	
Linfócitos.....	10,0	940	20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Típicos.....	0	0	
Atípicos.....	0	376	2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
Monocitos.....	4,0	140.000 mm³	140.000 à 400.000 mm ³
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....			

OBSERVAÇÕES..... **Contagens repetidas e confirmadas.**

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2F72-43BE-A5DB-DFB9-D68E-BA38-6C1E-C8B7



PNCQ
Programa Nacional
do Controle de Qualidade





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): PAULO GENUINO DE SOUZA	Protocolo: 0000448449	RG: NÃO INFORMADO
Dr(a): OTAVIO FERREIRA JR	Data: 28-01-2019 11:02	Origem: ÁREA AMARELA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade: 54 anos	Destino: Leito - 08

TEMPO DE COAGULACAO..... 7' 30'' min

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:01]

Valores de Referência:

De 5 a 11 minutos

Material: Sangue

Método: Lee-White

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 2' 00''

[DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:01]

Valores de Referência:

De 1 a 3 minutos

Material: sangue

Método: Duke

Ana Cássia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 5411

Emissão : 28/01/2019 12:28 - Página 3 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 38CC-899C-134D-2581-00C1-A9C3-4C7F-172A



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119434930100000021981522>
Número do documento: 19071119434930100000021981522

Num. 22654802 - Pág. 6

Sr(a): **PAULO GENUINO DE SOUZA** Protocolo: **0000448449** RG: **NÃO INFORMADO**
Dr(a): **OTAVIO FERREIRA JR** Data: **28-01-2019 11:02** Origem: **AREA AMARELA**
Convênio: **HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES** Idade: **54 anos** Destino: **Leito - 08**

GRUPO SANGUINEO E Rh
(DATA DA COLETA: 28/01/2019 11:01)

GRUPO SANGUINEO..... A

Rh..... POSITIVO
Material: **SANGUE**
Método: **HEMAGLUTINAÇÃO EM TUBO**


Ana Cassia Miguel Agra
Biomédica
CRBM 8411

Emissão : 28/01/2019 12:28 - Página 2 de 3

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 2F72-43BE-A5DB-DFB9-D68E-BA38-6C1E-C8B7



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119434930100000021981522>
Número do documento: 19071119434930100000021981522

Num. 22654802 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119434930100000021981522>
Número do documento: 19071119434930100000021981522

Num. 22654802 - Pág. 9

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Carlos Gonzaga

Alojamento	Extrato	Leito	24	Convênio
------------	--------------------	-------	----	----------





Diagnóstico

Fix radio distal (E)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DR

Paciente **Paulo Genuíno**

Alojamento **Ext 04**

Convênio **██████████**

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
			Previsão	Observação
30/01	<p>Dieta livre</p> <p>Telco</p> <p>Bupiramina 15 + ATO EN 616m</p> <p>Teclautaf 20m + AID EN 12112m - SN 22</p> <p>Onirinacaf 20m + ATO EN 616m</p> <p>SSNR 400m + CEG. 0</p>	<p>08/02/2019 18:24:04</p> <p>08/02/2019 18:24:04</p> <p>08/02/2019 18:24:04</p> <p>08/02/2019 18:24:04</p> <p>08/02/2019 18:24:04</p> <p>08/02/2019 18:24:04</p>	<p>Hallisson Barros de Almeida</p> <p>ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <p>CRM - PB 9562</p>	<p>Col: VPM</p>

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

16103
D. 1972. 12. 15.





10

fat: protein ratio (E)

Paciente	Nome	Alojamento:	EE	Leito	64	Convênio
		Evolução Médica				
Data	Prescrição Médica	Horário				
29/01	1. Dieta <u>líquida</u> 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	05 06 07 08 09 10 11 12				
	Dr. Wagner Palácio ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643					
	DR. Wagner Palácio ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643					



DIAGNÓSTICO

OK

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Poulo Jeminio de Souza

paciente	Alojamento:		Leito	05	Convênio		
Evolução Médica							
Prescrição Médica							
Data		Horário					
1. Dieta							
2. SRL 1500ml EV/24h							
3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h							
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h							
5. Omeprazol 40mg EV/jejum							
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN							
7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
8. Clexane 40mg SC/dia (compo)							
9. SSVV + CCGG							



PD-920X80

Long to animal chow

Has ears so outstanding
front and about middle
of ear

if

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Genilmo de Souza Registro: Ex-1 Leito: 09 Setor Atual: ENF II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: 100x70 mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

temperatura 36.9

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfásia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FiO2 % PEEP cmH2O

() Eupnêia; () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

() Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: () Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



11/07/2019 19:29

4_PRONTUÁRIO MÉDICO

Tipo de documento: Outros Documentos

Descrição do documento: 4_PRONTUÁRIO MÉDICO

Id: 22654804

Data da assinatura: 11/07/2019

Atenção

Por motivo técnico, este documento não pode ser adicionado à compilação selecionada pelo usuário. Todavia, seu conteúdo pode ser acessado na página 'Detalhes do processo' na aba 'Processos', agrupador 'Documentos'.

1. DENTIFICAÇÃO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
Nome: <i>Paulo Góeswim de Souza</i>		Registros: <i>80</i>	Setor Atual: <i>GERAL</i>
2. AVAIIAGÃO GERAL		Sintomas: Táxi: <i>C: P:</i> bpm; FR: <i>120</i> bpm; FC: <i>63</i> bpm; SPO ₂ : <i>98</i> %	
HTG	mg/dl; Peso:	kg; Altura:	cm
EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:		Obs.: _____	
3. AVAIIAGÃO DAS NECESSIDADES PSICOLOGICAS		Nível de consciência: <i>(A) Consciente (X) Orientado () Confuso () Letárgico () Tópico () Comatoso () Outro</i>	
REGULAGÃO NEUROLOGICA		GLASGOW(3-15): <i>Drogas (Sedativo/Analgésica)</i>	
Pupilas: <i>() Isocônicas () Anisocônicas () DHE () EGD () Fotoreceptores () Motilicas () Midíatricas</i>		Lingüagem: <i>() Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria</i>	
Mobilidade Fisiológica: <i>() Preservada () Paralisia () Plegia () Paraplesia Local:</i>		Respiração: <i>(X) Espontânea () Catecrer Nasal () Venturi % () Lumin () Tracheostomia () Ayre/Tubo T</i>	
Oxigenação: <i>() VMI TOTⁿ () Comissura labial n° FIO2 % PEP cmH2O</i>		(A) Eupneia; <i>() Taquipneia () Bradipneia () Dispnéia () Outros:</i>	
Ausculta pulmonar: <i>Murmuro vesicular presente: () Diminuidos () D () E</i>		Auscultação: <i>() Improduziva () Produtiva Expectorativa () Quantidade e Specie:</i>	
Ruidos adventiciais: <i>() Roncos () Sibilos () Estidor () Outros:</i>		Tosse: <i>() Improduziva () Produtiva Expectorativa () Quantidade e Specie:</i>	
Delta da insereção do dreno / / / Aspergido de drenagem torácica: <i>Delta: / / / Hora:</i>		Aspiração: <i>Quantidade e Specie:</i>	
Gasometria arterial: <i>PH PCO₂ PO₂ HCO₃ SpO₂ Delta: / / /</i>		PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS	
Alergia: <i>() Viseo () Auditivo () Tálio () Olfato () Paladar Observação:</i>		REGULAGÃO CARDIOVASCULAR	
Sergueia: <i>() Transtorno () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação:</i>		Pulso: <i>(A) Regular () Irregular () Impulsivo () Fibriforme () Cheio.</i>	

<p>PELE: (A) Corada () Hipocorda () Cianose () Sudorese () Fria () Arrepiada.</p> <p>Tempo de enchimento capilar: () 5 segundos. () 3 segundos. () 2 segundos. () 1 segundo.</p> <p>Auscultas cardíacas: () Ritmica () Aritmica () Sopro () Outro. Mapapressos: () Transtorno () Definitivo</p> <p>Cateter vascular: () Periferico () Central () Dissecção. Localização: NSO Data da punção: 28/01/14</p> <p>Edema: () MMS () MIII () Face () Anasarca. Observações: NSC</p> <p>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</p> <p>Denrigação: () Completa () Incompleta () Proteína. Data: / /</p> <p>Alimentação: () VOO () SNG () SNE () Gastrostomia () Jejunostomia () NPT. Hora: / /</p> <p>Abdome: () Normal () Ausentes () Diminuidos () Aumentados</p> <p>Abdome: () Normal () Distendido () Tensos () Ascítico () Outros:</p> <p>Alergias: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vomito () Prótese () Outros:</p> <p>RHA: () Normais () Ausentes () Diminuidos () Aumentados</p> <p>Eliminação intestinal: () Normal () Liquida () Consistido hâ. dias () Outros: milh.</p> <p>Eliminação urinária: () Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematuria () SVD: Débito milh.</p> <p>Aspeção: () Outros: Observações:</p> <p>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</p> <p>Condições das mucosas: () Úmidas () Secas [Manifestações de sede: ()</p> <p>Início: () Local/Aspécio: Curativo em: / /</p> <p>Drano: () Tipo/Aspécio: Curativo: / /</p> <p>Ulcera de pressão: () Estágio: / /</p> <p>SONO E REPOUSO</p> <p>Limitação corporal: () Independente () Dependente () Parcialmente dependente. Observações:</p> <p>Cuidado corporal: () Acamado () Cadeira de rodas () Outro:</p> <p>Higiene corporal: () Satisfatória () Insatisfatória Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória.</p> <p>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</p> <p>5 - NECESSIDADES PSICOESPÍRITUais</p> <p>Comunicação: () Preservada () Prejudicada Sentimentos e comportamentos: () Cooperativo () Medo: () Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:</p> <p>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE / EU/ESPIRITUALIDADE</p> <p>Type: () Praticante () Não praticante. Observações:</p> <p>INTERCORRÊNCIAS</p> <p>4 - AVULGADO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</p> <p>(A) Preservado () Insônia () Dor no trânsito () Sono interrompido. Observações:</p> <p>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</p> <p>5 - NECESSIDADES PSICOESPÍRITUais</p> <p>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE / EU/ESPIRITUALIDADE</p> <p>Type: () Praticante () Não praticante. Observações:</p> <p>INTERCORRÊNCIAS</p>	
--	--



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

Assinatura do Enfermeiro:
 Cleyton Jardim
 DATA: 29/01/14
 HORA: 23:56:24
 cleyton.jardim

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.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, 01 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190325196 **Vítima: PAULO GINUINO DE SOUZA**

Data do Acidente: 28/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO GINUINO DE SOUZA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: PAULO GINUINO DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002047-8

Conta: 000010025004-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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 Invalidez 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



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: 893.882.674-00 Nome completo da vítima: PAULO GENUINO DE SOUZA

 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: PAULO GENUINO DE SOUZA CPF: 893.882.674-00

Profissão: Agricultor	Endereço: Sítio Serrote Branco	Número: s/n	Complemento:
Bairro: Area Rural	Cidade: Areial	Estado: PB	CEP: 58140.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83) 986127750	

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

DADOS CADASTRAIS
 RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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 OPCIÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco(237)	<input type="checkbox"/> Itaú(341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil(001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal(104)

AGÊNCIA: 2047 CONTA: 25004 X

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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

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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

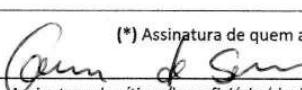
 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: Areial - PB 32/04/2018
 Nome: _____ CPF: _____


 (*) Assinatura de quem assina A RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPPS 001 V001/2018



PROCURAÇÃO

Outorgante: PAULO GENUINO DE SOUZA, brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Serrote Branco, s/n, bairro: Área Rural, Município de Areial, Estado da Paraíba, Cep. 58140-000, portadora do Rg. nº 1.716.241, SSP/PB e CPF nº 893.882.674-00.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua LOC ENGENHO OLHO DAGUA/LOTEAMENTO REJANE LIMA, nº 65, bairro OLHO DAGUA Município de ALAGOA NOVA, Estado da PARAÍBA, Cep.: 58125.000, portador do RG nº 3406239 SSP/PB e CPF nº 082.917.124-09.

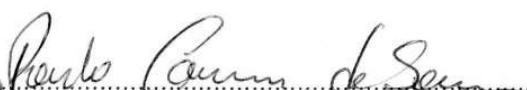
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) PAULO GENUINO DE SOUZA, ocorrido em 28/01/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza: INVALIDEZ.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Areial

– PB, 12 / abril de 2019.



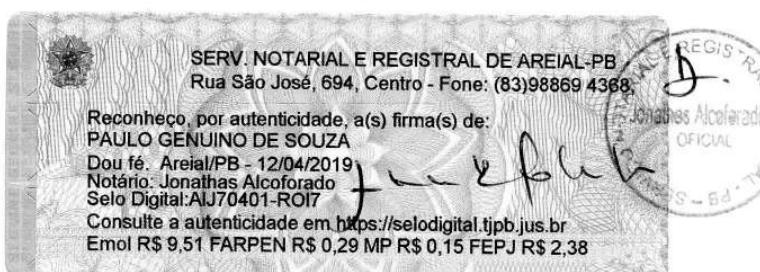
Outorgante

CPF Nº 893.882.674-00

X



“RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE”



SERV. NOTARIAL E REGISTRAL DE AREIAL-PB
Rua São José, 694, Centro - Fone: (83)98869 4368

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

PAULO GENUINO DE SOUZA

Do dia: Areial/PB - 12/04/2019

Notário: Jonathas Alcoforado

Selo Digital: AIJ70401-ROI7

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,51 FARPEN R\$ 0,29 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 2,38





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000062/19 registrada em 02/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:33 horas, compareceu o Sr. PAULO GENUÍNO DE SOUZA, com 54 anos de idade, filho de SEBASTIÃO GENUÍNO DE SOUZA e MARIA JOAQUINA DA CONCEIÇÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de AREIAL - PB, Casado, escolaridade Médio Incompleto, profissão, portador da Cédula de Identidade N° 1.716.241-2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 89388267400, residindo à rua SÍTIO SERROTE BRANCO, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de AREIAL - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 07h30min do dia 28.01.2019, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Serrote Branco, área rural de Areial/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano/modelo 2015/2016, cor vermelha, chassi nº 9C2KD0810GR414226, de placa QFR-1639/PB, licenciada em nome de Vanessa Oliveira da Silva, quando em uma curva o pneu dianteiro da moto derrapou em uma areia solta existente na via e o comunicante acabou perdendo o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 2 de Abril de 2019

PAULO GENUÍNO DE SOUZA

Declarante

Jose Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, VANESSA OLIVEIRA DA SILVA

RG nº 35 65 378, data de expedição _____ / _____ / _____,

Órgão _____, portador do CPF nº 090.139.054-20

com domicílio na cidade de Alagoa Nova, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua José Antônio Frutuoso, nº 73,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

PAULO GENUINO DE SOUZA, cujo o condutor era

PAULO GENUINO DE SOUZA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESDD Ano: 2015/2016

Placa: QFR 1639/PB Chassi: 9C2KD0810GR414226

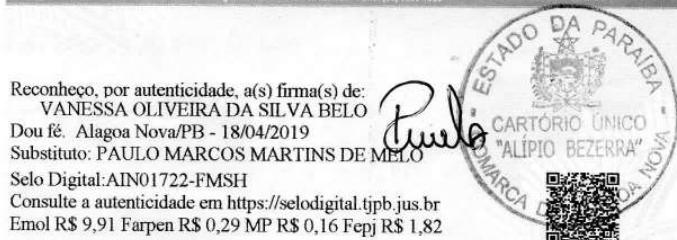
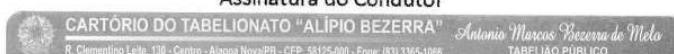
Data do Acidente: 28/ 01/ 2019

Local e Data: ALAGOA NOVA - PB - 28 / Abril de 2019

Vanessa Oliveira da Silva Belo

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

VANESSA OLIVEIRA DA SILVA BELO

Dou fá: Alagoa Nova/PB - 18/04/2019

Substituto: PAULO MARCOS MARTINS DE MELO

Selo Digital: AIN01722-FMSH

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,82





 GOVERNO
DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Paulo Cunha de

Swartz

POR DADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 552 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 26/01/19 À 02/02/19 NECESSITANDO DE
60 (Sexta) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 02/02/19

Ass. do médico - N°. do CRM

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 014082322899
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

VIA COO. RENAVAM PRT 20180100090877 EXERCÍCIO
1 0106983529-0 00/00000000 2018

004227 NOME
004227 VANESSA OLIVEIRA DA SILVA

004227 CPF/CNPJ 09013905420 PLACA QFR1639/PB

004227 PLACA ANT/UF CHASSI
2 NOVO PB 9C2KD0810GR414226

004227 ESPECIE/TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

004227 MARCA/MODELO ANO FAB/ ANO MOD
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2016

004227 CAP/POT/CL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

004227 COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
I IPV A PAGO EM 00/00/0000 1º
V FAIXA IPV A PARCELAMENTO/COTAS 2º
A ***** 0 3º

004227 PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 25/09/2018

004227 OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

004227 NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA 0

004227 LOCAL DATA
ALAGOA NOVA-PB 26/09/2018

004227 99999999 33553

DENATRAN
VALID

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB N° 014082322899 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 922 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 26/09/21

VIA COO. RENAVAM PLACA
1 09013905420 QFR1639/PB

004227 MARCA / MODELO
01069835290 HONDA/NXR160 BROS ESDD

004227 ANO FAB/ QTAIRE NO CHASSI
2015 9 9C2KD0810GR414226

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IOF (R\$) *****
SEGURO		PAGO
PAGAMENTO		DATA DEQUITAÇÃO 25/09/2018
<input type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.248.808/0001-04
33553-1514076-20180926

ANEXO

PAULO GINUINO DE SOUZA
SIT SERROTE BRANCO, S/N - ÁREA RURAL
AREAL / PB CEP: 58140000 (AG. 71)

Emissão: 05/02/2019 Referência: Fev / 2019
Classe/Suóis: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B1200, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-080
Rotero: 3-74-429-4645 N° medidor: 03008891480



ENERGISA PARAÍBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Presidente Getúlio Vargas, 193 - Centro - João Pessoa / PB - CEP: 58001-000
CNPJ: 09.085.193/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.016.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica nº 018.704.207
Cód. para Débito Automático: 00916791009

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	05/02/2019	07/03/2019	883.882.674-00 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1879600-3

Canal de contato

Ao perceber luzes dos postes acesas durante o dia ou ruas escuras à noite, informe à prefeitura da sua cidade. Cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de todo cidadão.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias																																															
Data	Lerida	Data	Lerida																																																		
08/01/19	80	05/02/19	68	1	9	29																																															
Demonstrativo																																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">CCI - Código de Classificação do Item</th> <th style="text-align: left;">Quantidade</th> <th style="text-align: left;">Total da</th> <th style="text-align: left;">Valor Base Calc.</th> <th style="text-align: left;">Aliq. IPI/ICMS (R\$)</th> <th style="text-align: left;">Base Calc.</th> <th style="text-align: left;">Fis/R\$)</th> <th style="text-align: left;">Cofins(R\$)</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0601 - Custo de Disponibilidade</td> <td>24,89</td> <td>24,89</td> <td>25</td> <td>6,17</td> <td>24,89</td> <td>0,34</td> <td>1,12</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: center;">LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</td><td></td></tr> <tr> <td>0804 - JUROS DE MORA 01/2019</td> <td>0,07</td> <td>0,00</td> <td>0</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>0805 - MULTA 01/2019</td> <td>0,50</td> <td>0,00</td> <td>0</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> </tr> </tbody> </table>						CCI - Código de Classificação do Item	Quantidade	Total da	Valor Base Calc.	Aliq. IPI/ICMS (R\$)	Base Calc.	Fis/R\$)	Cofins(R\$)									0601 - Custo de Disponibilidade	24,89	24,89	25	6,17	24,89	0,34	1,12	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								0804 - JUROS DE MORA 01/2019	0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0805 - MULTA 01/2019	0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
CCI - Código de Classificação do Item	Quantidade	Total da	Valor Base Calc.	Aliq. IPI/ICMS (R\$)	Base Calc.	Fis/R\$)	Cofins(R\$)																																														
0601 - Custo de Disponibilidade	24,89	24,89	25	6,17	24,89	0,34	1,12																																														
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS																																																					
0804 - JUROS DE MORA 01/2019	0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00																																														
0805 - MULTA 01/2019	0,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00																																														

CCI - Código de Classificação do Item - TOT AL 25,28 24,89 5,17 24,79 0,34 1,12
Media últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

30 12/02/2019 R\$ 25,26

Historico de Consumo (kWh) 1 1 1 1 6 1 5 1 8 1 7 1 11 1 8 1 5 1 9
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVADO AO FISCO

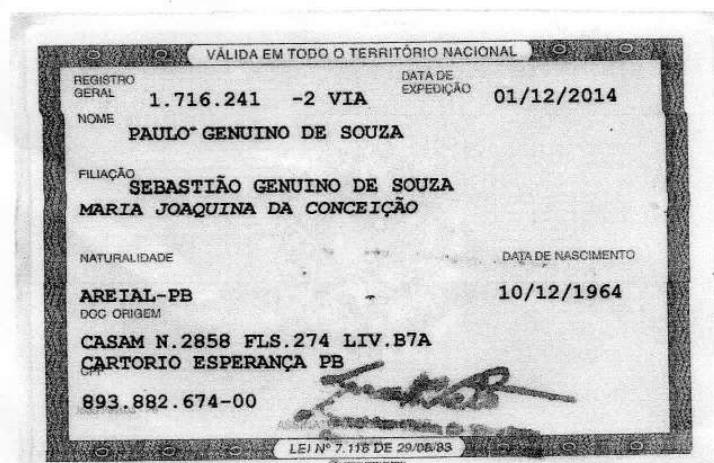
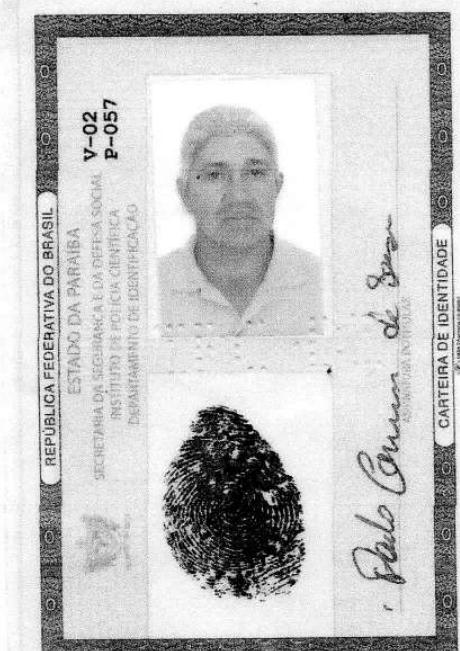
b048.e2de.49b8.b348.0044.106c.f077.cb24.

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Ajurado	Limite de Tensão (V)	12/2018 - Esferometro
DIC MENSAL	11,74	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	23,48		220
DIC ANUAL	48,92		
FIC MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	15,49		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	30,98		LIMITE SUPERIOR
DMIC	8,49	0,00	202
DICRI	18,63		231
ATENÇÃO			
- Leitura confirmada			
Valor em EUROS (R\$) 12/2018 - 25,26			
Faturas em atraso			
Total 25,26 100,00			





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 11/07/2019 19:43:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435363400000021981777>
Número do documento: 19071119435363400000021981777

Num. 22654807 - Pág. 8





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?TIPO=1&CODIGO=23636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. ² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ISRAEL DE SOUZA FARIAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 082.917.124 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

PAULO GENUINO DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 893.882.674 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima PAULO GENUINO DE SOUZA,

inscrito (a) no CPF sob o Nº 893.882.674 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. **Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.**

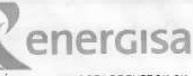
Endereço: LOC. ENGENHO OLHO DAGUA / LOTEAMENTO REJANE LIMA	Número: 65	Complemento: ---
Bairro: OLHO DAGUA	Cidade: ALAGOA NOVA	Estado: PB CEP: 58125.000
E-mail: israelfariasadv@gmail.com		Tel.(DDD): (83) 98116-7741 (83) 99631-8671

Local e Data: ALAGOA NOVA – PB, 12/04/2019

Assinatura do Declarante



JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA
ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000 (AG-71)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sic: RES-MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 5 - 77 - 814 - 299
Medidor: 00008716750

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br230, Km26 - Crotô Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-690
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est: 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°022.090.423
Cód. para Déb. Automático: 00017321514

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr / 2019	09/04/2019	09/05/2019	093.510.564-65 Insc. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1732151-4

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Já conhece nossas contas nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 11/03/19	Leitura 3794	Data 09/04/19	Leitura 3938	1 144 28

Demonstrativo									
CCO	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cofre	Aliq. Icms(R\$)	Icms(R\$)	Base Cofre Pst(R\$)	Pst(R\$)	Cofre(R\$)
									Tributos Total(R\$) ICMs(R\$) Pst(R\$) Icofres(R\$) (1,0845%)(4,9956%)
0501	Consumo em kWh	144.000	0,854400	123,03	123,03	27	33,21	123,03	1,33 8,14
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA	2,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 02/2018	0,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 02/2018	2,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCO: Código de Classificação do Item TOTAL 128,41 123,03 33,21 123,03 1,33 8,14
Tarifa e/ou Tributos: 0,571770

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
127	11/05/2019	R\$ 128,41

Histórico de Consumo (kWh)

118	101	113	112	105	114	130	140	151	178	128	123
Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO

a669.29ee adff.a4a2.0c5b.7a30.621c.6bfe.

Indicadores de Qualidade: 2/2019-Area			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIGMENSAL	6,47	0,00	NOMINAL	220	28,21 22,75
DIGTRIMESTRAL	12,94			41,69	35,26
DICANUAL	25,89			41,69	35,24
FICMENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA	0,00	0,00
FICTRIMESTRAL	8,86		LIMITEINFERIOR	0,00	0,00
FICANUAL	13,70		LIMITESUPERIOR	202	6,91 5,93
DMIC	9,80	0,00		48,06	35,87
DICRI	12,22			0,00	0,00
			Total	128,41	100,00
Valor do EUSD (Ref. 2/2019) R\$38,69					

ATENÇÃO

Abriu Verde: #ChegadaAcidente de Trabalho

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 00243.900172 1 78860000012841				
PAGADOR: JOELSON ARCANJO DO NASCIMENTO - CPF/CNPJ: 093.510.564-65				
LOC ENGENHO OLHO D'AGUA, 85 / LOTEAMENTO REJANE LIMA - OLHO D'AGUA - ALAGOA NOVA / PB CEP: 58125000				
Nosso Nr. Nr. Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Pago				
26249120000438900	C01732151201904	11/05/2019	R\$ 128,41	
BENEFICIARIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.183 / 0001-40				



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435461400000021981778>
Número do documento: 19071119435461400000021981778

Num. 22654808 - Pág. 3

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p>Número do boleto: 004.2.19.00338/01</p> <p>Data de emissão: 11/07/2019</p>
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Nova	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<p>Data de vencimento: 31/07/2019</p>
<p>Número da guia: 004.2019.600338 Tipo da Guia: Custas Prévias</p> <p>Detalhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. 			<p>UFR vigente: R\$ 50,47</p> <p>Conta FEJPA: 1618-7228.039-6</p> <p>Parcela: 1/1</p> <p>Valor total: R\$ 622,49</p> <p>Desconto total: R\$ 0,00</p>
<p>866700000064 224909283182 520190731007 421900338011</p> 			<p>Valor final: R\$ 622,49</p>

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p>Número do boleto: 004.2.19.00338/01</p> <p>Data de emissão: 11/07/2019</p>
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Nova	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<p>Data de vencimento: 31/07/2019</p>
<p>Número da guia: 004.2019.600338 Tipo de Guia: Custas Prévias</p> <p>Detalhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. 			<p>UFR vigente: R\$ 50,47</p> <p>Conta FEJPA: 1618-7228.039-6</p> <p>Parcela: 1/1</p> <p>Valor total: R\$ 622,49</p> <p>Desconto total: R\$ 0,00</p>
<p>866700000064 224909283182 520190731007 421900338011</p> 			<p>Valor final: R\$ 622,49</p>

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			<p>Número do boleto: 004.2.19.00338/01</p> <p>Data de emissão: 11/07/2019</p>
Nº do Processo:	Comarca: Alagoa Nova	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<p>Data de vencimento: 31/07/2019</p>
<p>Número da guia: 004.2019.600338 Tipo de Guia: Custas Prévias</p> <p>Detalhamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Custas Processuais: R\$ 504,70 - Taxa Judiciária: R\$ 116,44 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <p>Observações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. 			<p>UFR vigente: R\$ 50,47</p> <p>Conta FEJPA: 1618-7228.039-6</p> <p>Parcela: 1/1</p> <p>Valor total: R\$ 622,49</p> <p>Desconto total: R\$ 0,00</p>
<p>866700000064 224909283182 520190731007 421900338011</p> 			<p>Valor final: R\$ 622,49</p>





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 004.2019.600338

Data Vencimento: 31/07/2019

Data Emissão: 11/07/2019

Comarca: Alagoa Nova

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: PAULO GENUÍNO DE SOUZA

Promovido: ISRAEL DE SOUZA FARIAS

Valor da Causa: R\$ 7.762,50

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 504,70

Taxa: R\$ 116,44

Total da Guia: R\$ 621,14

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 11/07/2019 19:43:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071119435540600000021981779>
Número do documento: 19071119435540600000021981779

Num. 22654809 - Pág. 2

PROCURAÇÃO

Outorgante: PAULO GENUINO DE SOUZA, brasileiro, estado civil: casado, profissão: agricultor, residente e domiciliado no Sítio Serrote Branco, s/n, bairro: Area Rural, Município de Areial, Estado da Paraíba, Cep. 58140-000, portadora do Rg. nº 1.716.241, SSP/PB e CPF nº 893.882.674-00.

Outorgado: ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

Poderes e fins: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 05/06/2019.



Assinatura do Outorgante:





**Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Esperança**

Processo: 0801490-41.2019.8.15.0171

AUTOR: PAULO GINUINO DE SOUZA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

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 seja 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.

Esperança, **data e assinatura eletrônicas.**

Iêda Maria Dantas
Juíza de Direito em substituição

