



Número: **0801671-10.2019.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **27/09/2019**

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 NILDO DOS SANTOS (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24827788	27/09/2019 15:09	Petição Inicial	Petição Inicial
24827789	27/09/2019 15:09	Petição Inicial	Outros Documentos
24827791	27/09/2019 15:09	Quesitos	Outros Documentos
24827792	27/09/2019 15:09	Procuração	Procuração
24827794	27/09/2019 15:09	Declaração de Hipossuficiência	Outros Documentos
24827797	27/09/2019 15:09	Carteira Nacional de Habilitação	Documento de Identificação
24828149	27/09/2019 15:09	CTPS	Documento de Identificação
24828150	27/09/2019 15:09	Comprovante de Residência	Outros Documentos
24828153	27/09/2019 15:09	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
24828154	27/09/2019 15:09	Pagamento de Indenização	Documento de Comprovação
24828157	27/09/2019 15:09	Boletim de Atendimento Médico	Documento de Comprovação
24862513	30/09/2019 22:33	Decisão	Decisão
25048600	04/10/2019 18:00	Decisão	Decisão

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.





AO JUÍZO DE DIREITO DA ____ VARA DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB

JOSE NILDO DOS SANTOS, brasileiro, casado, motorista, portador da cédula de identidade nº 5314091, SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 261.584.238-23, residente e domiciliado no Sítio Areias s/n, rural, Manaíra/PB, CEP: 58995-000, por seu procurador *infra-assinado*, conforme Instrumento de Mandato anexo, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **com base na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código de Processo Civil**, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e direito a seguir aduzidos:

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





I – DA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, ressalta-se que a parte Autora, temporariamente, não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil, por ser pobre da forma da Lei, conforme Declaração e CTPS em anexo.

Assim, desde já REQUER a Vossa Excelência, a compreensão da situação, para que conceda os benefícios da Justiça Gratuita à parte Autora, uma vez que, neste momento, não dispõe de recursos financeiros suficientes para o pagamento de custas e despesas com o processo, além de honorários advocatícios, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

II – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO PEDIDO

A parte Autora fora vítima em **acidente de trânsito** causado por veículo automotor em **20/09/2017**, consoante **Boletim de Ocorrência** em anexo, estando o automóvel garantido pelo Seguro Obrigatório DPVAT.

Em consequência do citado evento danoso, a parte Autora sofreu diversas lesões e traumas, conforme demonstrado no **Boletim de Atendimento Hospitalar**, a ensejar o pagamento da indenização instituído pela Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, que trata do Seguro Obrigatório DPVAT.

Desta forma, a parte Autora formulou perante a Seguradora Ré, pedido de indenização por invalidez permanente, a qual se refere o Seguro Obrigatório DPVAT, quando então recebeu a importância de **R\$ 843,75** (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), conforme anexo, **em desconformidade com a citada Lei, como restará comprovado durante a instrução processual através da Prova Pericial**, desde já requerida.

Como é sabido, o DPVAT é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres criado pela Lei nº 6.194/74, com o fim de amparar as vítimas de acidente de trânsito em todo território nacional, e prevê indenizações em caso de morte, invalidez permanente, total ou parcial, além de despesas de assistência médica e suplementares, cujo valor máximo da indenização prevista no art. 3, inciso II, da Lei nº 6.194/74, está fixado em **até R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais).

No caso, a parte Autora visa obter do Poder Judiciário a condenação do Réu ao pagamento de indenização correspondente a diferença do Seguro Obrigatório DPVAT que lhe foi pago administrativamente, fora dos parâmetros consignados na Lei nº 6.194/74.

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





Sendo certo, que a indenização ora pleiteada deverá ser paga com base no valor vigente a época da ocorrência, **bastando para tanto à simples demonstração do acidente (Boletim de Ocorrência expedido pela Autoridade Policial) e do respectivo dano (Lesões/Traumas – Boletim de Atendimento Hospitalar e Pagamento PARCIAL de Indenização pelo Réu)**, como preceitua o art. 5º, parágrafo 1º da Lei 6.194/74.

Noutro giro, quanto à **correção monetária é devida desde a data do evento danoso**, como já assentou o Superior Tribunal de Justiça, enquanto que os **juros moratórios** são devidos desde a data da CITAÇÃO do Réu, nos termos da **Súmula nº 426, do Superior Tribunal de Justiça**.

III – DA IMPOSSIBILIDADE DE AUTOCOMPOSIÇÃO – DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL

No caso, está previsto na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores diferentes lesões e graus de invalidez permanente, classifica em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, assim como inseriu tabela para disciplinar os percentuais das perdas à cobertura securitária, de acordo com a respectiva repercussão da lesão.

Deste modo, faz-se necessária a produção de prova pericial para aferição da **LESÃO** sofrida pela parte Autora e da respectiva **REPERCUSSÃO (GRAU)**, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009.

Diante disso, nas ações dessa natureza a prática tem demonstrado que a designação de audiência preliminar de conciliação objetivando a realização de composição entre as partes tem sido infrutíferas devido à necessidade de produção de prova pericial. E, por essa razão a Seguradora Ré tem se limitado a conciliações em MUTIRÕES realizados em parcerias com os Tribunais de Justiça em todo País, inclusive por esse Egrégio Tribunal, **motivo pelo qual a designação de audiência com essa finalidade restará sem êxito**.

Assim sendo, a parte Autora informa a Vossa Excelência o seu **desinteresse na autocomposição, nos termos do art. 334, § 4º, I e § 5º do CPC**.

IV – DOS PEDIDOS

Diante do exposto, REQUER a Vossa Excelência:

a) Sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita a parte Autora, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal c/c o artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil;

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





b) Seja determinada a citação do Réu, pelo Correio, nos termos do art. 247 do CPC, para, querendo, conteste a presente ação, sob pena de confissão e revelia, a teor do art. 344 do Código de Processo Civil;

c) Ao final, seja julgada **PROCEDENTE** a ação, para condenar o Réu ao pagamento complementar da indenização devida pelo Seguro Obrigatório DPVAT, apurado através da Perícia Judicial (art. 324, § 1º, II, CPC), acrescido de correção monetária desde a ocorrência do evento danoso e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação, tudo com arrimo na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores e súmula 426 STJ;

d) Requer, ainda, seja o Réu condenado ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios, de modo a assegurar a dignidade do profissional, na forma do art. 85 do Código de Processo Civil.

V – DAS PROVAS (PROVA PERICIAL)

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, a documental, testemunhal e, especialmente **realização de perícia médica para verificação das lesões/traumas sofridos pela parte Autoria e a respectiva repercussão (grau), em decorrência do referido acidente de trânsito, na forma do art. 3º, II, § 1º, I, da Lei nº 6.194/74**, o que desde já fica requerido, devendo os **QUESITOS** em anexo serem respondidos pelo perito nomeado por esse Juízo, sob pena de nulidade, **nos termos do artigo 369 do Código de Processo Civil.**

VI – DO VALOR DA CAUSA

Atribui-se a causa, o valor de R\$1.000,00(mil reais).

**NESTES TERMOS,
PEDE E ESPERA DEFERIMENTO.**

Princesa Isabel/PB, 27 de Setembro de 2019.

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
OAB/PE 25.252

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





QUESITOS – PERÍCIA

PARTE AUTORA: JOSE NILDO DOS SANTOS

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Lesões no Membro Inferior Direito?

2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?

3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?

7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?

8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?

9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?

10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?

11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





HAROLDO MAGALHÃES
A D V O C A C I A

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

João Nildo dos Santos, brasileiro, casado, motorista, portador do RG nº 5.374.091 SSP/PE, inscrito no CPF nº 267.584.238-23, residente e domiciliado Sítio Areias SIN, Casa Rural, Monteiro PB.

através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Princípio Isabel, 17 de Janeiro de 2019

x João Nildo dos Santos

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO

Jose Nildo dos Santos, brasileiro, casado, motorista, portador
do RG Nº 5.314.091, SSP/PE, inscrito no CPF Nº 261.584.238-
23, residente e domiciliado no Sítio Brejo, S/N, Casa
Rural - Marauá-PE

DECLARO

que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Princesa Isabel 17 de fevereiro de 2019

x Jose Nildo dos Santos

Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CAMTEA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485244760

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485244760

NOME
JOSE NILDO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5314091 SSP PE

CPF
261.564.238-23

DATA NASCIMENTO
01/06/1975

FILIAÇÃO
FERNANDO ANTONIO DOS S
ANTOS
NAIDE MARIA DE JESUS

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AD

Nº REGISTRO
03087028637

VALIDADE
26/07/2022

1ª HABILITAÇÃO
07/11/2003

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador
Jose nildo dos santos

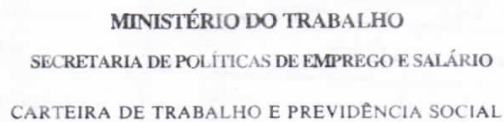
LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
26/09/2017

Assinatura do Emissor
Charles Andrews Sousa Ribeiro
81583813401
PE080483364

PERNAMBUCO





Número 31749

00202-SP

Número

Série



Jani nicht der Sonten

ASSINATURA DO PORTADOR

Nome: João Vitor de Santos QUALIFICAÇÃO CIVIL

QUALIFICAÇÃO CIVIL

LOC. INA

M. canaryna

P.B.

Date: 01.08.15

110

20

2000-2001

Doc. n°

2000

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. n° :

Exp. em

Estudo

Estudio

Obs. ...

5
6
7
8
9

D:

DATA EN

... ..

100

Associação do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE



..... CBO nº.....
Data admissão 03 de Outubro de 1994

Registro nº.....096..... Fis./Ficha.....03.....
Remuneração especificada.....24.222,00.....

Costs of Tax Relief

IND. MET. VOGEL S/A.
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 13 de Fevereiro de 1996

IND. MET. VOGEL S/A.
Ass. do empregador ou a rgo c/test.

1.^o 2.^o
Com. Dispensa CD N.^o

INDÚSTRIA DE PAPEL E PAPELÃO SÃO ROBERTO S/A

Empregador.....

CGC/ME 328
ALCANTARA
Rua Nº SP
SAO PAULO

Município INDUSTRIAL Est.
Esp. do estabelecimento.....

Cargo Asesor de Tránsito
.....CBOnº.....

Data admissão: 13 de Maio de 1994
 Registro nº 8140-75/Fis/Ficha 19

Remuneração especificada: R\$ 1.500,00 p/h
Com Alim e Brinquenta

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 02 de JUNHO de 1997

Ass. do empregador ou a cargo de test.

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº 144 / 513675

Registrado em/...../..... como
..... sob
Nº Liv. Fls. Data.....
DRT Ass. do Funcionário

Registrado em / / como sob
 Nº Liv. Fls. Data
 DRT Ass. do Funcionário

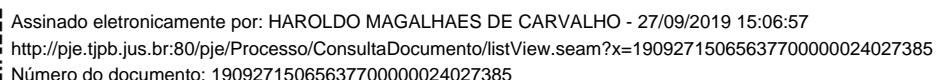
Registrado em / / com
..... so
Nº Liv. Fls. Data
DRE Ass. do Funcionário

Registrado em / / con
..... s
Nº Liv. Fis. Data
DRT Ass. do Funcionário

11

[illegible]

CARTEIRAS ANTERIORES

[illegible]

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

IND. MET. VOGEL S/A.

CGC/MF 46.994.0001-44

Rua Luigi Riccitelli Nº 40

Município Guarulhos Est. SP

Esp. do estabelecimento Industrial

Cargo Ag. Genl

CBO nº

Data admissão 03 de Outubro de 1994

Registro nº 046 Fls./Ficha 10 03

Remuneração especificada R\$ 103,00 p/m

Contas e J. de Res. 200

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

IND. MET. VOGEL S/A.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 19 de Setembro de 1996

IND. MET. VOGEL S/A.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

INDÚSTRIA DE PAPEL E PAPELÃO SÃO ROBERTO S/A

Empregador.....

CGC/MF 60432648/0001-69

Rua ALCANTARA Nº 328

Município SÃO PAULO Est. SP

Esp. do estabelecimento INDUSTRIAL

Cargo Auxiliar de Produção

CBO nº

Data admissão 13 de Maio de 1996

Registro nº 8140 Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 150 p/h

Com. Real e Contas

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

INDÚSTRIA DE PAPEL E PAPELÃO SÃO ROBERTO S/A.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 02 de JUNHO de 1997

INDÚSTRIA DE PAPEL E PAPELÃO SÃO ROBERTO S/A.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº 144 513675

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

INDÚSTRIAS BRASILEIRAS DE ARILLOS

REFRATÁRIOS S. A. - IBAR

Rua Nossa Sr.ª Mãe dos Homens n.º 572

Vila Progresso - CEP 07090

Município Guarulhos - SP

Esp. do estabelecimento IND. Refratários

Cargo Auxiliar de Produção

CBO nº

Data admissão 10 de Fevereiro de 1999

Registro nº 3250 Fls./Ficha 3250

Remuneração especificada R\$ 167,14

Com. Real e Contas

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

IND. BRAS. DE ARTS. DE REF. S/A. IBAR

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 05 de Março de 1998

IND. BRAS. DE ARTS. DE REF. S/A. IBAR

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

TONY - EQUIPAMENTOS PARA

ESCRITÓRIO LTDA.

Rua Rua Aribá Est. SP

Município Vila Zelandi - CEP 07020

Esp. do estabelecimento

Cargo Auxiliar de Produção

CBO nº 49090

Data admissão 02 de maio de 1999

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 352,00

Com. Real e Contas

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

TONY Equipamentos p/ Escritório Ltda.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 23 de Novembro de 1999

TONY Equipamentos p/ Escritório Ltda.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº



CONTRATO DE TRABALHO

TONIZZA OLIVEIRA TRANSPORTES LTDA ME
CNPJ/CEI 12.459.280/0001-80
Rua R. JOAO DORICO no 270
Município SAO JOAO DA BOA VISTA Est. SP
Esp. Estab. TRANSPORTE RODOVIARIO DE

Cargo MOTORISTA DE CAMINHAO

QBO no 7825-10 Adm. 01/06/2011

Registro no 04 Fls/Ficha 10

Remuneração 1.149,81
um mil, cento e quarenta e nove reais e oitenta e um centavos por mês

Rua João Dorico, Nº 270

Jd. Dona Tereza - CEP: 13871-147

X SAO JOAO DA BOA VISTA - SP

12.459.280/0001-80

X TONIZZA OLIVEIRA TRANSPORTES LTDA ME

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Com. Dispensa CD Nº

16.314.791/0003-26

Empregador RAFAEL TRANSPORTE RODOVIARIO DE CARGAS LTDA.

CGCMF Rua Rosa Maffei nº 134

Bonsucesso - CEP 07171-10

Município GUARULHOS - SP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Cargo Motorista

CBO nº

Data admissão 10 de junho de 2013

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada R\$ 1.352,56 Um

Mil e trezentos e cinquenta e

dois reais e cinquenta e

RAFAEL TRANSPORTE RODOVIARIO DE CARGAS LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 02 de fevereiro de 2015

RAFAEL TRANSPORTE RODOVIARIO DE CARGAS LTDA

1º 2º

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Com. Dispensa CD Nº

67.794.669/0001-73

Empregador TONY - EQUIPAMENTOS PARA ESCRITÓRIO LTDA

CGCMF Rua Ana Balzani nº 67

Rua Vila Zanardi - CEP 07020-090

Município GUARULHOS - SP Est.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Cargo Lapeçino

CBO nº 765235

Data admissão 01 de julho de 2006

Registro nº 02 Fls/Ficha 09

Remuneração especificada R\$ 1.149,81

Um mil e quarenta e nove reais e oitenta e um centavo

TONY EQUIPAMENTOS PARA ESCRITÓRIO LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 09 de março de 2009

TONY EQUIPAMENTOS PARA ESCRITÓRIO LTDA

1º 2º

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador 59753475/0001-00

CGCMF TRANSPORTADORA TONIZZA LTDA

Rua RUA SOLETT. JUTICLIN. 34 Nº

JARDIM OONA FERREIRA 2

Município CEP 13.870-000

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Cargo Motorista

CBO nº

Data admissão 01 de novembro de 2009

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada R\$ 981,00 (Novecentos e oitenta e um reais)

TRANSPORTADORA TONIZZA LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 30 de outubro de 2010

TRANSPORTADORA TONIZZA LTDA

1º 2º

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Com. Dispensa CD Nº



20

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
CGC/MF
Rua
Município
Esp. do estabelecimento
Cargo
CBO nº
Data admissão 04 de novembro de 2015
Registro nº 30258 Fls./Ficha 2052
Remuneração especificada R\$ 16.400,00
(um mil e quatrocentos e setenta e quatro reais por mês)
Ass. do empregador ou a rogo c/test. *Haroldo Magalhães de Carvalho*
1º
Data saída 07 de março de 2017
Ass. do empregador ou a rogo c/test. *Haroldo Magalhães de Carvalho*
ADMINISTRADOR
1º
Com. Dispensa CD Nº

21

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
CGC/MF
Rua
Município
Esp. do estabelecimento
Cargo
CBO nº
Data admissão de 19
Registro nº Fls./Ficha
Remuneração especificada
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º
Data saída de de 19
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º
Com. Dispensa CD Nº

FERNANDES ANTONIO DOS SANTOS
SIT: SITAREIAS, S/N / CASA - AREA RURAL
MANAIRA / PB CEP: 5855000 (40)

Emissão: 28/03/2018 Referência: 27/2018
Classificação: RURAL / AGROPECUARIA RURAL MONOFASICA
Roteiro: 15 - 168 - 481 - 4843 Nº medidor: 0000830203

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rua: Cristo Resende, s/n - Jd. Pesca / PB - CEP: 58071-480
CNPJ: 09.085.180/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-40

Nota Fiscal / Contador de Energia Elétrica Nº 004.102.102
Cód. para Deb. Automático: 00008291411

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Mar / 2018

26/03/2018

25/04/2018

68880740482

UC (Unidade Consumidora):

5/829141-1

Canal de contato

- Furtos de energia e a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica a quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/02/18	3127	26/03/18	3295	1	168	31
Demonstrativo						
Cód. Descrição		Quantidade Tarifas				
		Valor Base Cód. Aliq. (R\$) Base Cód. Aliq. (R\$) Base Cód. Aliq. (R\$) Base Cód. Aliq. (R\$) Base Cód. Aliq. (R\$)				
		Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$) ICMS (R\$)				
0801	Consumo em kWh	168,000	0,488250	81,88	81,88	25
0810	Subsídio			35,01	35,01	25
		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0906	Devolução Subsídio			-24,93	0,00	0
		0,00 0,00 0,00 0,00 0,00				

CCP Código de Classificação do Item TOTAL 91,77 116,70 29,17 116,70 0,79 3,84

Média últimos meses (kWh)
109

VENCIMENTO
03/04/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 91,77

Histórico de Consumo (kWh)

67 | 60 | 52 | 59 | 41 | 37 | 139 | 148 | 168 | 154 | 168 | 157
Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18

RESERVADO A ELETRICIDADE
92df.dfe0.df5f.0993.70bc.e431.4a98.801c

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	20,34	0,00	NOMINAL
DIC ANUAL	52,68		
DIC MENSAL	7,97	0,00	CONTRATADA
DIC ANUAL	19,94		
DIC MENSAL	31,89		LIMITE INFERIOR
DIC ANUAL	7,20	0,00	LIMITE SUPERIOR
DIC MENSAL	16,80		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia Elétrica	81,88	24,27
Consumo de Energia Elétrica	81,88	24,27
Serviços de Transmissão	35,01	38,16
Encargos Setoriais	35,01	38,16
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	91,77	100,00

Valor em R\$ (R\$) 91,77

ATENÇÃO

Suavização DEC 7 38111971

Faturas em atraso





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA -
DP177ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0267003569**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/10/2017 às
12:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 20/9/2017 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1ª FAZENDA
SACO, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: FAZENDA / ESTRADA VICINAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR AGENTE)
JOAO PAULO FERNANDES DOS SANTOS (OUTRO)
JOSE NILDO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a)
JOSE NILDO DOS SANTOS



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

JOSE NILDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe NAIDE MARIA DE JESUS Pai: FERNANDO ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 1/8/1978
Naturalidade: MANAIRA / PARAIBA / BRASIL Documentos: 5314631/SSP/PE (RG),
26158423823 (CPF), 03087028037 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU
INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares:
- 87999037677

Endereço Residencial: ESTADO DO PARAIBA (ESTADO), 1, SÍTIO AREIAS, DISTRITO DE
PELO SINAL, MANAIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PARAIBA/PARAIBA/BRASIL

JOAO PAULO FERNANDES DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA DOUTOR IVAN SOUTO DE OLIVEIRA, 1437 - CEP: 9 - Bairro:
VARZEA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO



Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO PAULO FERNANDES DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE NILDO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PE08964** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **525467327** Chassi: **9C2KD6650DR112380**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **HONDA/NXR150 BROS ES**

Complemento / Observação

O SR. JOSE NILDO DOS SANTOS COMPARECEU NESTA D.P. NOTICIANDO QUE POR VOLTA DAS 14:00H DO DIA 20/09/2017, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA PE08964, EM UMA ESTRADA VICINAL DA FAZENDA SACO, ZONA RURAL DESTA CIDADE, QUANDO AO DESVIAR-SE DE UMA PEDRA, ADENTROU UM BURACO NA ESTRADA, DERRAPOU NUMA PORÇÃO DE AREIA E TOMBOU LOGO EM SEGUIDA. APÓS O ACIDENTE, O SR. JOSE NILDO DOS SANTOS DIRIGIU-SE ATÉ O HOSPAM, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS HOSPITALARES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, COM A FINALIDADE DE ASSEGURAR OS SEUS DIREITOS, VEIO REGISTRAR.

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

X *Jose Nildo dos Santos*
JOSE NILDO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EVERALDO MOREIRA DO NASCIMENTO**



SINISTRO 3180024167 - *Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE NILDO DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA

EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO JOSE NILDO DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 26158423823**Posição em 01-02-2018 10:34:15**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/02/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75



9/8822.9440.



HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 14:54 Nº 49

Data e Hora: 22-09-17		Data Nasc.: 01/08/15	
Nome: José Nildo dos Santos			
Mãe: Maria Maria de Jesus			
Profissão:摩托車	Sexo: M	Estado Civil: Casado	Escolaridade: 2º grau
Responsável: mesmo			
End. do Paciente: R. Rural			
Bairro: R. Rural		Município: Paraupeba	Fone:
Cartão SUS: 898 0003 1359 5062		Doc. Identidade:	
Tipo de Atendimento: <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho		Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Preto <input type="checkbox"/> Amarelo Parda <input checked="" type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/>	
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico: acidente com arma branca, com ferimentos superficiais e profundos, com hemorragia moderada. ferimentos profundos			
Tratamento: Levado para o PR com Tiro Bot + Presença de medicamento ENCAMINHAMENTO			
Impressão Diagnóstica: Fratura Fechada do			
Destino do Paciente: Residência <input checked="" type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Transferido <input checked="" type="checkbox"/>			
Removido para Hospital			
Óbito às hs do dia Antônio Rodrigues de Freitas Médico Traumatologista CPF: 036.562003-25 CRM: 735115			
Médico - Carimbo e CRM:			



PERÍODO

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DE SOLICITAÇÃO
21/09/2017 08:59

MÉDICO SOLICITANTE
ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
CRM - 7351

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
JOSÉ NILDO DOS SANTOS

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

Nº DO PRONTUÁRIO
366837

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
NAIDE MARIA DE JESUS

DATA DE NASCIMENTO
01/08/1975

SEXO
Masculino

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
ZONA RURAL, SÍTIO AREIAS

TELEFONE DE CONTATO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
PELO SINAL (MANAIRA)

COD. IBGE MUNICÍPIO
0

UF
PB

CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ATIVOS DO TORNOZELO DIREITO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):
RADIOGRAFIA TORNOZELO DIREITO AP E PERFIL

DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

CID 10 PRINCIPAL

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO
URGÊNCIA

DOCUMENTO
(X)CNS ()CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

TIPO DE LEITO

DATA DE AUTORIZAÇÃO

ESPECIALIDADE

MÉDICO AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DOCUMENTO
(X)CNS ()CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA SOLICITAÇÃO

COD. ÓRGÃO EMISSOR

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução
21/09/17 08:59 ANTONIO RODRIGUES DE FREITAS
Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
21/09/17 08:59	Em digitação	0h 0m 4s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
21/09/17 08:59	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



HOSPITAL SAU VICENTE

Data do Atendimento: 21/09/2017		Nº Registro: 000144009	
Identificação do Paciente: JOSE NILDO DOS SANTOS		203 - TRAUMA. MASC. 03	
Data Nascimento: 01/08/1975	Idade: 42	Sexo: Masculino	Cor: Parda
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: MOTORISTA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: FERNANDO ANTONIO DOS SANTOS		Mãe: NAIDE MARIA DE JESUS	
Endereço: Rua Doutor Ivan Souto de Oliveira		1497	
Bairro: AABB	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 99604-1871
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Outros Acidentes <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/>			
Suicídio <input type="checkbox"/> Casual <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<p><i>Posição postural: MID, alíngua</i> <i>Local: Reintencão - tempo: 20/09/17</i> <i>Exame: dor e lesão na</i> <i>fratura na MID</i></p>			
Diagnóstico Inicial: <i>FRAT. UXTA-TOX. TUB. @</i>			
S.A.D.T: <i>colhido 22/09/17</i> <i>plano GATA e COAGULO GATA</i>			
Diagnóstico Final:			
CONDIÇÃO DE ALTA MOTIVO DA ALTA			
Melhorada <input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica <input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: <i>21/09/17</i>	
Inalterado <input type="checkbox"/>	Alta a Pedido <input type="checkbox"/>	Data da Alta: <i>23/09/17</i>	
Piorado <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>	Local: <i>SAU VICENTE</i>	
Óbito+48h <input type="checkbox"/>	Evasão <input type="checkbox"/>	Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:07:04	
Óbito-48h <input type="checkbox"/>	Indisciplina <input type="checkbox"/>	http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092715070294900000024027392	
Óbito em: / /		Número do documento: 19092715070294900000024027392	
pra: _____		<p><i>Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:07:04</i></p> <p><i>Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:07:04</i></p> <p><i>Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:07:04</i></p> <p><i>Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:07:04</i></p>	



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	2 - CNES 2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL SÃO VICENTE	4 - CNES 2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO 507962400	NOME ATEND. _____		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 898000343595062	6 - SIS PRE NATAL _____	7 - SENHA/REGULAÇÃO _____	8 - Nº DO PRONTUÁRIO 000144009
9 - NOME DO PACIENTE JOSE NILDO DOS SANTOS	10 - DATA DE NASCIMENTO 01/08/1975		11 - SEXO Masculino
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL NAIDE MARIA DE JESUS	13 - TELEFONE DE CONTATO (87) 99604-1871		
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) Rua Doutor Ivan Souto de Oliveira	15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA		
16 - COD. IBGE MUNICÍPIO PE		17 - UF PE	18 - CEP 56912-163

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO
Posição postural: H1D, deprimido, com sinais de desidratação, febre, tosse, expectoração amarelada, dor no tórax, dificuldade para respirar.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Presença de lesões pulmonares

22 - CID. 10 PRINCIPAL
J69.0

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
J69.0

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
J69.0

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS
J69.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Admissão em UTI

27 - COD. DO PROCEDIMENTO
0408050497

28 - CLÍNICA
203 - TRAUMA, MASC.01

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
☒ X ☐ CNS ☐ CPF

30 - DOCUMENTO
☒ X ☐ CNS ☐ CPF

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
0408050497

32 - ASS. E PARAFRASE DO SOLICITANTE/ASSISTENTE
Antonio Rodrigues de Freitas

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO
21/09/2017

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRIGENTE CLÍNICO)
Mauriciana Pereira Fereira
CPF: 033.473.994-41
CRM: 16278

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO
☐ CNS ☐ CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
21/09/2017

50 - ASSINATURA E CARIMBO (MÉDICO AUTORIZADOR)
Dr. Fernando de Almeida Melo
CPF: 153.272.214-15 CRM: 8803
Médico Autorizador
XI GERES

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
261-71385-704

MOTIVO DA ALTA
02

CARÁTER DA INTERNAÇÃO
02

DATA DA INTERNAÇÃO
21.09.17

DATA DA ALTA
23/09/17



Osteossintese femoral

Data: 22/09/17	Início:	Término:
Cirurgião: Antônio		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Luciano		

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Scal. percutânea Assispa
MID: Secção face lateral
femoral, estrutura por phaco
Montagem foto fixativa, Ransson
osteossintese, uniaxial
01 placa 3/8 cm 10 cm
02 P. Cortical
02 P. Esponjosa
Sufixo por phaco
fixativo. Ransson
tudo fixado

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.003-25

Assinatura do Cirurgião





HUSFAM

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Secretaria Municipal de Saúde - Santa Terezinha

(81) 99609-1871

Nome

José Nildo dos Santos

HD - Fratura do osso da perna

Soluto: OSTEOSINTESE

- 1) Ditar livre
- 2) Ditar 500 V.O. 8/10/17
- 3) Hiperfome TPA, uma, chaves e
cintura Santa R2103
- 4) SS V e Prédios fees de

DATA DE SOLICITAÇÃO:
21/09/2017 08:59

C. REGISTRO DO CONSELHO:

Nº DO PRONTUÁRIO

366837

SEXO

Masculino

FONE DE CONTATO:

CEP:

OS DO TORNOZELO DIREITO.

USAS ASSOCIADAS

Data

20/09/17

Mº

() CPF

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

TIPO DE LEITO

DATA DE AUTORIZAÇÃO

ESPECIALIDADE

MÉDICO AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DATA DA SOLICITAÇÃO

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

ESCLARECIMENTOS



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
1ª Vara Mista de Princesa Isabel

Rua São Roque, S/N, Centro, PRINCESA ISABEL - PB - CEP: 58755-000 - ()

Processo: 0801671-10.2019.8.15.0311

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JOSE NILDO DOS SANTOS

Advogado do(a) AUTOR: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - PE25252

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DECISÃO

Vistos.

DEFIRO a gratuidade da justiça à parte autora.

Diante da improvável autocomposição nesta fase preliminar, deixo de designar audiência de conciliação.

1) CITE-SE a parte ré para contestar no prazo legal, sob pena de revelia, e para depositar em Juízo os honorários da Perita, sob pena de constrição via BACENJUD. Deverá com a contestação juntar os documentos que instruíram o procedimento administrativo, apresentar quesitos e recolher os honorários periciais.

2) Com a contestação, INTIME-SE a parte autora para impugnar a contestação no prazo de 15 dias úteis.

3) NOMEIO a médica perita Rosana Bezerra Duarte de Paiva, CRM/PB n.4183, cadastrada no TJPB/Convênio, e FIXO honorários no valor de R\$200,00 (duzentos reais) a serem pagos pela parte ré (Convênio n.015/2014).

4) OFICIE-SE a médica perita para realizar perícia, em conjunto com outros processos, na parte interditanda, devendo ser designada data com prazo mínimo de 30 (trinta) dias, diante da necessidade de



intimação da parte a ser periciada e as providências de seu deslocamento (art. 156, §5º do CPC/2015). Conste o prazo de 15 (quinze) dias para encaminhar o relatório da perícia, a contar da sua realização. Anexem-se ao ofício os quesitos do Juízo e das partes.

Os quesitos do Juízo são os estabelecidos no Convênio.

4) Com a data da perícia, **INTIME-SE** pessoalmente a parte autora para realizá-la levando todos os exames, notas fiscais de remédios, atestados, documentos pessoais etc.

6) Com a entrega do laudo, **EXPEÇA-SE** alvará de levantamento dos honorários periciais em favor da Médica Perita e **INTIMEM-SE** as partes do laudo.

7) Por fim, **FAÇA-SE** conclusão para Sentença.

PRINCESA ISABEL/PB, data da assinatura digital.

Odilson de Moraes

Juiz de Direito em Substituição

(assinado mediante certificado digital)



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
1ª Vara Mista de Princesa Isabel

Rua São Roque, S/N, Centro, PRINCESA ISABEL - PB - CEP: 58755-000 - ()

Processo: 0801671-10.2019.8.15.0311

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JOSE NILDO DOS SANTOS

Advogado do(a) AUTOR: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - PE25252

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DECISÃO

Vistos.

DEFIRO a gratuidade da justiça à parte autora.

Diante da improvável autocomposição nesta fase preliminar, deixo de designar audiência de conciliação.

1) CITE-SE a parte ré para contestar no prazo legal, sob pena de revelia, e para depositar em Juízo os honorários da Perita, sob pena de constrição via BACENJUD. Deverá com a contestação juntar os documentos que instruíram o procedimento administrativo, apresentar quesitos e recolher os honorários periciais.

2) Com a contestação, INTIME-SE a parte autora para impugnar a contestação no prazo de 15 dias úteis.

3) NOMEIO a médica perita Rosana Bezerra Duarte de Paiva, CRM/PB n.4183, cadastrada no TJPB/Convênio, e FIXO honorários no valor de R\$200,00 (duzentos reais) a serem pagos pela parte ré (Convênio n.015/2014).

4) OFICIE-SE a médica perita para realizar perícia, em conjunto com outros processos, na parte interditanda, devendo ser designada data com prazo mínimo de 30 (trinta) dias, diante da necessidade de



intimação da parte a ser periciada e as providências de seu deslocamento (art. 156, §5º do CPC/2015). Conste o prazo de 15 (quinze) dias para encaminhar o relatório da perícia, a contar da sua realização. Anexem-se ao ofício os quesitos do Juízo e das partes.

Os quesitos do Juízo são os estabelecidos no Convênio.

4) Com a data da perícia, **INTIME-SE** pessoalmente a parte autora para realizá-la levando todos os exames, notas fiscais de remédios, atestados, documentos pessoais etc.

6) Com a entrega do laudo, **EXPEÇA-SE** alvará de levantamento dos honorários periciais em favor da Médica Perita e **INTIMEM-SE** as partes do laudo.

7) Por fim, **FAÇA-SE** conclusão para Sentença.

PRINCESA ISABEL/PB, data da assinatura digital.

Odilson de Moraes

Juiz de Direito em Substituição

(assinado mediante certificado digital)

