



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
24827 788	27/09/2019 15:09	Petição Inicial	Petição Inicial
24827 789	27/09/2019 15:09	Petição Inicial	Outros Documentos
24827 791	27/09/2019 15:09	Quesitos	Outros Documentos
24827 792	27/09/2019 15:09	Procuração	Procuração
24827 794	27/09/2019 15:09	Declaração de Hipossuficiência	Outros Documentos
24827 797	27/09/2019 15:09	Carteira Nacional de Habilitação	Documento de Identificação
24828 149	27/09/2019 15:09	CTPS	Documento de Identificação
24828 150	27/09/2019 15:09	Comprovante de Residência	Outros Documentos
24828 153	27/09/2019 15:09	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
24828 154	27/09/2019 15:09	Pagamento de Indenização	Documento de Comprovação
24828 157	27/09/2019 15:09	Boletim de Atendimento Médico	Documento de Comprovação
24862 513	30/09/2019 22:33	Decisão	Decisão
25048 600	04/10/2019 18:00	Decisão	Decisão

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:06:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092715060110000000024027376>
Número do documento: 19092715060110000000024027376

Num. 24827788 - Pág. 1



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 Sitio 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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:06:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092715060356000000024027377>
Número do documento: 19092715060356000000024027377

Num. 24827789 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:06:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092715060356000000024027377>
Número do documento: 19092715060356000000024027377

Num. 24827789 - Pág. 2



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

Dante 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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:06:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092715060356000000024027377>
Número do documento: 19092715060356000000024027377

Num. 24827789 - Pág. 3



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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:06:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092715060356000000024027377>
Número do documento: 19092715060356000000024027377

Num. 24827789 - Pág. 4



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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 27/09/2019 15:06:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092715060535900000024027379>
Número do documento: 19092715060535900000024027379

Num. 24827791 - Pág. 1



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

José Nildo dos Santos, brasileiro, casado, motorista, portador do RG nº 5.314.091-SSPI/PE, inscrito no CPF nº 261.584.238-23, residente e domiciliado Sítio Areias SIN, casa nº 001, Manaira 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 judicia 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.

Flávia Isabela, 17 de Janeiro de 2019

x José 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

José Nilton dos Santos, brasileiro, casado, motorista, portador
RG N° 5.314.091, SSP/PE, inscrito no CPF N° 261.384.238-
23, residente e domiciliado Sítio Sereias, S/N, casa
Rural - Manauá - 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 José Nilton dos Santos

Declarante





CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

IND. MET. VOGEL S/A.

CGC/MF 45.994.000-1.44

Rua **BUALI RUSCHI**..... N° **40**

Município **Guarulhos**..... Est. **SP**

Esp. do estabelecimento..... **Industrial**

Cargo **"P.T. - General"**

CBO n°.....

Data admissão **03** de **Outubro**..... de 19 **84**

Registro n° **1.46**..... Fls./Ficha. **403**

Remuneração especificada.....

Costo + Taxa de Renda

IND. MET. VOGEL S/A.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Data saída **19** de **Dezembro**..... de 19 **95**

IND. MET. VOGEL S/A.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD N°.....

10

PROJETO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS

CONTRATO DE TRABALHO

INDÚSTRIA DE PAPEL E PAPELÃO SÃO ROBERTO S/A

INDÚSTRIA DE ALTA E MÉDIA TECNOLOGIA S/A
 Empregador
 60.432.648/0001-69
 CGC/ME ALCANTARA 328
 Rua SÃO PAULO N° SP
 Município INDUSTRIAL Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo Analistas de Produção
 CBQ n°
 Data admissão 13 de 19 de 19 96
 Registro n° 8140 Fls/Ficha
 Remuneração especificada 23.150 p/m
 (Com Alm e Consulta
 Contábil) por hora
 Indústria de Alta e Média Tecnologia S/A
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 02 de JUNHO de 1997
Indústria de Papel e Papelaria Roberto S.A.
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 144 513675
Com. Dispensa CD N^o.

DEPENDENTES

11

CARTEIRAS ANTERIORES

Número	Série	Data da Entrega
.....
.....
.....



12 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
IND. MET. VOGEL S/A.
CGC/MF 416-999.0001-44
Rua Luigi Ricciteti N° 40
Município Guarulhos Est. SP
Esp. do estabelecimento Industrial
Cargo Ag. Geral
CBO nº
Data admissão 03 de Outubro de 1984
Registro nº 076 Fls./Ficha. 03
Remuneração especificada R\$ 102,00 P/M
conta e taxa de reunião
anual
IND. MET. VOGEL S/A.
Ass. de empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída de de 19
IND. MET. VOGEL S/A
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
1º 2º
Corn. Dispensa CD Nº
9b

14 CONTRATO DE TRABAJO

Empregador INDÚSTRIAS BRASILEIRAS DE ARTIGOS
 REFRATÁRIOS S. A. - IB-R

 CGC/MF Rua Nossa Sra. Mãe dos Homens n.º 572

 Rua Vila Progresso - CEP 07090
 N.º

 Município Guarulhos - SP
 Est.

 Esp. do estabelecimento 110-000-0000-0000

 Cargo Vizante de 12.000

 CBO n.º 99

 Data admissão 01/01/2000 de 19

 Registro n.º 3250 En/Ficha 3056

 Remuneração especificada R\$ 1.671,14

 (Um real e seiscentos
 e sete centavos)

IND. BRAS DE ARTS PES. S/A. IBAR
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 05 Maio de 1998
IND. BRAS DE ARTS PES. S/A. IBAR
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

CONTRATO DE TRABALHO

INDÚSTRIA DE PAPEL E PAPELÃO SÃO ROBERTO S/A

INDÚSTRIA DE PAPEL E PAPELARIA ROBERTO S/A
 Empregador
 CGC/ME 60.432.648/0001-69
 ALCANTARA
 Rua SÃO PAULO Nº 328
 Município SP
 INDUSTRIAL Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo Gerência de Produção
 CBO nº
 Data admissão 13 de Jan de 19 96
 Registro nº 8140 FIS / Ficha
 Remuneração específica R\$ 1,50 p/h
 Um Real e Cinquenta
 Contando p/ hora
 INDÚSTRIA DE PAPEL E PAPELARIA ROBERTO S/A
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 02 de JUNHO de 19 97
Indústria de Papel e Papelaria Roberto S.A.
Ass. do empregador ou a rogo/c/test.
1º 2º
Com. Dispensa CD N° 144 513675

CONTRATO DE TRABALHO

15

Empregador: F67794 069/0001-731

TONY - EQUIPAMENTOS PARA
CGC/MF ESCRITÓRIO LTDA.

Rua Flávia Araújo Eszeni nº 67 N°

Município Vila Zanardi Est.

Esp. do estabelecimento

L Cidade GUARULHOS - SP

Cargo Analista de Informática CBO nº 49090

Data admissão 02/maio de 19 2002

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 352,00

(Trinta e cinco reais e cinquenta e dois milésimos)

1º	Ass. do empregador ou a rogo c/test.	2º
TONY Equipamentos p/ Escritório Ltda.		
1º	Data saída 23 de <u>Novembro</u> de 19 <u>2005</u>	2º
TONY Equipamentos p/ Escritório Ltda.		
Ass. do empregador ou a rogo c/test.		
1º	2º	
Com. Dispensa CD N <u>º</u>		



CONTRATO DE TRABALHO

TONIZZA OLIVEIRA TRANSPORTES LTDA ME
CNPJ/CEI 12.459.280/0001-80
Rua R JOAO DORICO no.270
Municipio 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 n° 04 Fls./Ficha 10

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

TONIZZA & OLIVEIRA TRANSPORTES LTDA - ME

Rua João Dorico, N° 270

Jd. Dona Tezze - CEP: 13071-147

SAO JOAO DA BOA VISTA - SP

12.459.280/0001-80 2013

TONIZZA & OLIVEIRA TRANSPORTES LTDA - ME

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD N°.....

16314791/0003-26

Empregador TONY - EQUIPAMENTOS PARA ESCRITÓRIO LTDA

CGC/MF Rua Ana Balzani n° 67

Rua Vila Zanardi - CEP 07020-080

Municipio GUARULHOS - SP Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo Japacine

CBO n° 765225

Data admissão 01 de Julho de 2009

Registro n° 03 Fls./Ficha 10

Remuneração especificada R\$ 1.331,70/mes

(Setenta e um reais e vinte e nove reais e setenta e um centavos)

TONY EQUIPAMENTOS P/ ESCRITÓRIO LTDA
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Data saída 09 de Março de 2009

TONY EQUIPAMENTOS P/ ESCRITÓRIO LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD N°.....

16314791/0003-26

Empregador RAFER TRANSPORTE RODOVIARIO

DE CARGAS LTDA.

CGC/MF Rua Rosa Maffei n° 13 N°

Rua Bonsucesso - CEP 07177-010

Municipio GUARULHOS - SP

Esp. do estabelecimento

Cargo Motorista

CBO n°.....

Data admissão 10 de Junho de 19 2013

Registro n°..... Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 1.359,50 (Um

mil trezentos e cinquenta e

cinco reais e cinquenta e

cinco centavos)

RAFER TRANSPORTE RODOVIARIO DE CARGAS LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Data saída 02 de Fevereiro de 19 2015

RAFER TRANSPORTE RODOVIARIO DE CARGAS LTDA

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD N°.....

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

59753475/0001-00

CGC/MF TRANSPORTADORA TONIZZA LTDA

Rua Rua Mauá, 27, Jardim 27 N°

Municipio JARUIMOGNA FERREIRA 2 Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo MOTORISTA BOA VISTA - SP

CBO n°.....

Data admissão 01 de Novembro de 2009

Registro n°..... Fls./Ficha

Remuneração especificada R\$ 981,00 (Novecentos

setenta e um reais)

TRANSPORTADORA TONIZZA LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Data saída 27 de Outubro de 2010

TRANSPORTADORA TONIZZA LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º..... 2º.....

Com. Dispensa CD N°.....



12.165.837/0001-70
TRANSPORTADORA NOVA
FRINZEZA LTDA.
 CGC/MF
 Rua N°
 Rod. Luis Gonzaga, nº 232 KM. 417
 Bloco B-CEP 56 900-000 Cachoeira II
 Serra Talhada-PE
 Municipio
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO n° CBO n°
 Data admissão de de 19
 Registro n° Fls./Ficha
 Remuneração especificada
 (Am. mil vinte e seis reais e setenta e
 trés reais por mês).
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de 19
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída de de 19
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD N°
 ADMINISTRADOR

FERNANDES ANTONIO DOS SANTOS
 S/ST AREIAS, B/N / CASA-AREA RURAL
 MANAIARA / PB CEP: 58855000 (42-351)

Emissao: 28/03/2018 Referencia: 27/03/2018
 Classe/Subcls: RURAL / AGROPECUÁRIA RURAL MONOFASICO 220, Km:25 - Cristo Reitor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-460
 Roteiro: 15 - 169-481-4840 N° medidor: 00008630203

energisa
 ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ:09.095.189/0001-40 - insc Est: 16.015.624-0

Nota Fiscal/Contrato de Energia Elétrica N°004.122-01
 Cód. para Déb. Automatico: 00008231411

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 insc Est:
UC (Unidade Consumidora): 5/829141-1			

Canal de contato
 - Furo de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz, afetando 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	28/03/18	3295	1
				168
				31
Demonstrativo Quantidade (Trafic): Valor Base(Cod. ANA, Icms(R\$) Bsp, Cst, PIS(R\$) - Cofre, IPI Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMs 0801 Consumo em kWh 168.000,0488250 81,88 81,89 25 20,42 81,82 0,55 2,55 0810 Subsídio 35,01 35,01 25 8,75 35,01 0,24 1,09 0806 Devolução Subsídio -24,88 0,00 0 0,00 0,00 0,00				

CCM (Código de Classificação do item) TOTAL 81,77 116,70 28,17 116,70 0,79 3,54
 Média últimos meses (kWh) 109
VENCIMENTO
03/04/2018
TOTAL A PAGAR
R\$ 91,77

Histórico de Consumo (kWh)
 67 | 80 | 52 | 59 | 41 | 37 | 139 | 148 | 189 | 154 | 189 | 167
 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 / 92df.dfe0.df5f.0993.70bc.e431.4a98.801c.

Indicadores de Qualidade 1/2018-Princípio Isolado		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	26,34	0,00
DIC TRIMESTRAL	52,88	NOMINAL
FIC MENSAL	7,97	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,94	CONTRATADA
FIC ANUAL	91,89	LIMITE INFERIOR
DMC	16,20	LIMITE SUPERIOR
DICRI	16,60	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
1 - 1/3 de 1/3 da Energisa PB	22,27	24,27
Comercio de Energia	28,32	31,05
Comercio de Transmissao	0,00	0,00
Encargos Setoriais	8,17	8,95
Impostos Diretos e Encargos	23,20	26,61
Outros Servicos	0,00	0,00
Total	91,77	100,00

Valores em USD/Ref. 1 - 2018/132

ATENÇÃO
 Subvenção DEC 7 391/18 RFE 24/23

Faturas em atraso



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA 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 - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 20/9/2017 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1. 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) Sra.
JOSE NILDO DOS SANTOS

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

JOSE NILDO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: NAIDE MARIA DE JESUS Pai: FERNANDO ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 1/8/1975 Naturalidade: MANAIRA / PARAIBA / BRASIL Documentos: 6314681/SSP/PE (RG). 20158423823 (CPF). 83887828637 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 87999837677

Endereço Residencial: ESTADO DO PARAIBA (ESTADO), 1, SÍTIO AREIAS, DISTRITO DE PELO SINAL, MANAIRA - CEP: 55888-888 - 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, 1487 - CEP: 8 - 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: **PE08864** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **525467327** Chassi: **9C2KD8650DR112380**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **HONDA/NXR150 BROS ES**

Complemento / Observação

O SR. JOSE NILDO DOS SANTOS COMPARCEU NESTA D.P. NOTICIANDO QUE POR VOLTA DAS 14:00H DO DIA 20/09/2017, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA PE08864, 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 HOSPITAL, 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



91 8822-9440.



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

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 14:54 N° 49

Data e Hora:	22/09/17	Data Nasc.:	01/08/75
Nome:	JOSE MILDO DOS SANTOS		
Mãe:	Dayde Maria de Jesus		
Profissão:	motorista	Sexo: M	Estado Civil: casado
Responsável:	O mesmo		Escolaridade: 2º grau
End. do Paciente:	Itijo Recas	2º Simef	
Bairro:	E. Rural	Município: Parauapebas	Fond:
Cartão SUS:	893 0003 1369 5062		
Type de Atendimento:	Doc. Identidade:		
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	Raça/Cor:		
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Preto	<input checked="" type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Indígena
<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Amarelo		
Pressão Arterial:	Pulse:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico: Acident. V. Ma. Acidente auto com decapitação subfágico + esquerda pneumotórax D, dor e hantaseus drogas + fogo ferido			
Tratamento:	<p>Reanimação e Relevo: Vaca Tiro Bala + Fracassado deslocado Encaminhamento</p>		
Impressão Diagnóstica:	Fracassado Fracassado D		
Destino do Paciente: Residência <input checked="" type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input checked="" type="checkbox"/>	05/15/17
Removido para Hospital			
Óbito às	hs do dia	Antônio Rodrigues de Freitas	
Médico Traumatologista			
Médico - Carimbo e CRM:	CPF: 056.552.003-25 CRM: 736119		



Peritólio

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

DATA DA 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)

DATA DE NASCIMENTO

Nº DO PRONTUÁRIO
366837

— NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
NAIDE MARIA DE JESUS

SEXO

Masculino

ENDERECO (RUA N° BAIRRO)
ZONA RURAL, SITIO AREIAS

TELEFONE DE CONTATO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
PELO SINAL (MANAIRA)

CÓD. IBGE MUNICÍPIO

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

CÓD. 10 PRINCIPAL

CÓD. 10 SECUNDARIO

CÓD. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SINAIS VITais

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRÍPCAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
URGÊNCIA

DOCUMENTO:

(X) CNS () CPF

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

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

TIPO DE LEITO:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

MÉDICO AUTORIZADOR:

ESPECIALIDADE

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DOCUMENTO:

(X) CNS () CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Paraná

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/Estabelecimento	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 Regulação		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 São 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 []	Acidente de Trabalho []	Outros Acidentes []	Agressão []
Suicídio []	Casual []	Outros []	

Nome do Acompanhante: _____ Telefone para Contato: _____

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Suche Reisfahrt nach Südpolnatur
Gedenkt der Seeleute
feierlich M 1. 1.

Diagnóstico Inicial TRAT-URGENCIAS RTZD

2010-23109
S.A.D.T. ~~plano carta e estudo de~~

Diagnóstico Final

CONDICÃO DE ALTA **MOTIVO DA ALTA**

Melhorada []	Decisão Médica []
Inalterado []	Alta a Pedido []
Piorado []	Transferência []
Óbito+48h []	Evasão []
Óbito-48h []	Indisciplina []

Data do Internamento:

Data da Alta: 23/09/17

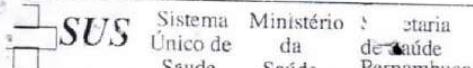
Local:

Local: RS/TO Araguaína, Instituto da Criança
Centro de Saúde da Família
Centro de Atendimento à Criança
CRAS Piauí Médico Responsável

Óbito em: 1/1/

ora:





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

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. JOSE NILDO DOS SANTOS	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE 898000343595062		6 - SIS PRE NATAL 7 - SENHA/REGULAÇÃO 8 - N° DO PRONTUÁRIO 000144009	
9 - NOME DO PACIENTE JOSE NILDO DOS SANTOS		10 - DATA DE NASCIMENTO 01/08/1975	
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL NAIDE MARIA DE JESUS		11 - SEXO Masculino	
14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO) Rua Doutor Ivan Souto de Oliveira		13 - TELEFONE DE CONTATO (87) 99604-1871	
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA SERRA TALHADA		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO 17 - UF PE	
		18 - CEP 56912-163	

— 19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

Resaca per la fracc. 111 D, de la boca
della Riva e fregata spesso al D.
dopo lungo tempo fregata per la 111

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
Rx Sociose hérn. A.R. pecto		
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL	
Fractura - luxação toracobl		
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	PROCEDIMENTO SOLICITADO			27 - COD. DO PROCEDIMENTO
<i>Atendimentos</i>			<i>0408030497</i>	
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
203 - TRAUMA, MASC.01		<input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO	34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETO/INDIRETO)		
<i>Antônio Rodrigues de Freitas</i> <i>CRM: 18278</i> <i>CPF: 056.552.003-25</i>	<i>21/09/2017</i>	<i>Mauriciana Pereira Ferreira</i> <i>CPF: 030.473.994-41</i> <i>CRM: 18278</i>		

CRM: 16270

35 -	1 ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - N° DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 -	1 ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
37 -	1 ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CBOR
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
EMPREGADO	EMPREGADOR	AUTÔNOMO	DESEMPREGADO	* APOSENTADO
NÃO SEGURADO				

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		AUTORIZAÇÃO	46 - CÓD. ORGÃO EMISSOR
47 - DOCUMENTO CNS CPF		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 261-7158-85709
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		50 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR (REGRAS DO CONSELHO) Ricardo de Andrade Melo CPF: 153.272.214-15 CRM: 8803 Médico Autorizadur XI GERES	MOTIVO DA ALTA: fd CARÁTER DA INTERNAÇÃO: fd DATA DA INTERNAÇÃO: 21/05/15 DATA DA ALTA: 23/09/15



Protocolo Fornecido

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

Descrição Cirúrgica

Selv. fechada Asspa
M.D. Selvada feche se tira o
material, esterco, ex. placas
Algodão fio fio, Rolo e
osteossintese, abraço

01 placa 8/3 com 10cmx6cm
02 f. Rotina
02 f. Esponja

Defeito por placa +
retirado. Rolo e
osteossintese

Antônio Rodrigues de Freitas
CRM 7351
CPF: 056.552.003-25

Assinatura do Cirurgião





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Sesa - Sesa 0800-15071

Nome:

João Vítor dos Santos

do Fractura do ombro

Fractura. Osteossíntese

① Dieta líquida

② Díptoma 500 ml. s/ol. 2200

③ Hidrocarbon 700 ml. s/ol. 2200
acetina 300 ml. s/ol. 2200

④ Ss VIII e Cecidomas s/ol. 00

20/09/17
Data:

Haroldo Magalhães de Carvalho

DATA DA SOLICITAÇÃO:
21/09/2017 08:58

O REGISTRO DO CONSELHO:

Nº DO PRONTUÁRIO:
366837

SEXO:
Masculino

FONE DE CONTATO:

CEP:

/OS DO TORNOCÉLO DIREITO:

MUSAS ASSOCIADAS:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

()CPF

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:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO

(X) CNS (-) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CÓD. ORGÃO 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)

