

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTES: **MARCELO DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, desempregado por incapacidade para trabalhar, portado do RG nº 4.076.840 expedido pelo SSP-PB e CPF nº 070.517.074-84, residente e domiciliado na Rua Antônio C. Rodrigues, nº 29, centro do município de São Bento-PB, CEP: 58.865-000.

OUTORGADOS: **Rogaciano Araújo Da Costa**, brasileiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB sob o nº 17323, **Delany Araújo Da Costa** inscrita na OAB/PB 16512, com endereço para intimações Avenida Rua Pedro Pereira De Alcantara, S/N/escritório, centro, São Bento-PB.

PODERES: A quem confere poderes, para o foro geral, com a cláusula "ad judicia", a fim de que possa defender os interesses e direitos dos outorgantes perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessado ou testemunha, podendo reclamar, conciliar, recorrer, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromissos e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, receber citação e intimação, bem como comparecer em qualquer dos atos relativos aos processos, e em especial, **PROPOR AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT C/C INDENIZAÇÃO**, inclusive substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier praticando todos os atos necessário para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso. **Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC.**

São Bento, 14 de março de 2017.

Marcelo de oliveira
Outorgante

CPF nº: 070.517.074-85



DECLARAÇÃO DE POBREZA PARA FINS JUDICIAIS

Eu **MARCELO DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, desempregado por incapacidade para trabalhar, portado do RG nº 4.076.840 expedido pelo SSP-PB e CPF nº 070.517.074-84, residente e domiciliado na Rua Antônio C. Rodrigues, nº 29, centro, CEP: 58865-000 do município de São Bento-PB, **DECLARO**, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, para os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para arcar com as custas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família, requerendo, consequentemente, todos os benefícios da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA** e, assino a presente Declaração em manifestação da sua concordância com o patrocínio da causa sem quaisquer ônus à este declarante.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

São Bento, 14 de março de 2017.

Marcelo de oliveira





()

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170068189 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCELO DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

BENEFICIÁRIO MARCELO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 07051707485

Posição em 14-03-2017 08:59:21

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
23/02/2017	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

ACESSIBILIDADE



/Pages/Acessibilidade.aspx



/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx

A A A O



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Josimá Freitas Alves,
RG nº 1.375.783 RN, data de expedição 31/08/94,
Órgão SSP RN, portador do CPF nº 022.689.894-67, com
domicílio na cidade de São Bento, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. OTÁVIO PEDRO DA SILVA, nº 766,
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 MARCELO DE OLIVEIRA cujo o condutor era

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: CG 150 FAN
Ano: 2014
Placa: 0FA 8614/PB
Chassi: 9CJ1KC1680E1538872
Data do Acidente: 29/07/15
Local e Data: SÃO BENTO, 08 DE AGOSTO DE 2016

José Josimá FRITAS ALVES
Assinatura do Declarante 

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



MILTON LÚCIO DA SILVA		SERVÍCIO NOTARIAL E REGISTRAL
		Titular: MARTON CÓCIO DA SILVA SANTOS
		Rua Lúcio da Silva, nº 22-L, Centro - CEP: 58.865-000
		3301-000 - PB - Fone: (83) 3444-9533
Reconhecimento (POR AUTENTICIDADE) a Firma de:		MILTON LÚCIO DA SILVA
JOSIMA FREITAS ALVES		INSC. F. C. S. S. S.
Bento Paraíba - 08/08/2016.		
AURICELIO NICOLAU DA SILVA		
Selo Digital da fiscalização e Padrão Notarial P-ADONI00937-0926		
Confira os dados da assinatura: Padrão Notarial: P-ADONI00937-0926		

São Bento Centro Unico Registro Imóveis e Nota:
Máster Lúcio de Silva Sente
Tribunal Padrão de Notas Títulos e Documentos
Oficial de protestos e Letras,
Registros de Imóveis e Processos Judiciais
São Bento-PB - Fone: 83-3444 2539

Auricélio Nicolau da Silva
Escrevente



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCELO DE OLIVEIRA

RG nº 4.016.840, data de expedição 03/08/2018 Órgão SSP-PB

CPF nº 070.517.074-85 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Antônio C. Rodrigues</u>
Número	<u>29</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SÃO BENTO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58865 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999561464</u>
E-mail	<u>rogacianoaraus@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SÃO BENTO, 08 DE AGOSTO DE 2016.

Assinatura do Declarante: Marcelo de oliveira



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARCELO DE OLIVEIRA, portador da carteira de identidade nº 4.076.890 e inscrito no CPF/MF sob o nº 070.917.044-85 residente e domiciliado na Rua Antônio C. RODRIGUES, nº 29, CENTRO Cidade SÃO BENTO, Estado PARÁIBA, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcelo de oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

São Bento, 08 de Agosto de 2016.

Local e data



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MARCELO DE OLIVEIRA EXPEDIDO POR SSP-PB EM 03/08/2018
PORTADOR(A) DO RG Nº 4066 840 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO ESTUDANTE
CPF 020570089-05 E RENDA MENSAL DE R\$ 0,0 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 18 13.500,00, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO CAIXA Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 991708 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1244-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

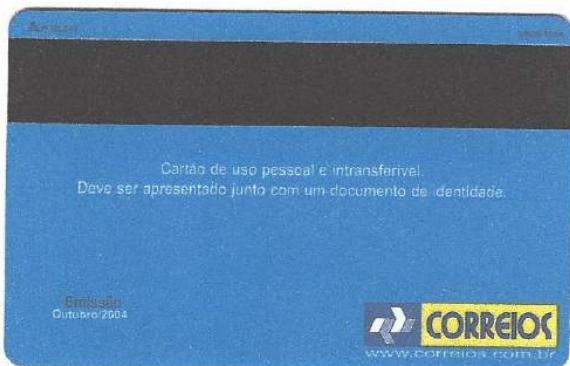
São Paulo, 08 de AGOSTO de 2016 Marcelo de Oliveira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Assinado eletronicamente por: ROGACIANO ARAUJO DA COSTA - 19/12/2019 16:01:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121916004986800000026281572>
 Número do documento: 19121916004986800000026281572

Num. 27229577 - Pág. 5

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN-PB
CERTIFICADO DE REGISTRO
PRF 26152200001918 VÉHICULO
VIA 0100725977-6 0070000000 2015

JOSE JOSIMA FREITAS ALVES
02268989461 QFA8614/PB
NOVO PB 9C2KC1680ER53822

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC ALCO/GASOL
HONDA/CG150 FAN ESDI 2014-2014
C2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA
IPVA PAGO EM 30/04/2015 VENC. DOTAIS
PREMIO TARIFARIO 0 PARCELAMENTO /COTAS
SEGURADORA LÍDER - DPVAT 30/04/2015
A.F. BANCO HONDA S.A.
SAO BE 30/04/2015 1805
114 Aristeu Chaves Sousa
Data: Superintendente - Detran-PB
EXPEDITOR

SECURÓ OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NAO, SEGURO DPVAT

PB N° 011755198617 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE JOSIMA FREITAS ALVES
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
02268989461 QFA8614/PB
www.dpvalseguradotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 30/04/2015
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA JOSE JOSIMA FREITAS ALVES PLACA
RENAVAM MARCA / MODELO
02268989461 QFA8614/PB
01007259776 HONDA/CG150 FAN ESD
PREMIO TARIFARIO
2014 9 9C2KC1680ER53822
CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.245.000/0001-04
1805-14T2197-20150430
CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 0,00
PAGAMENTO
COTA ÚNICA PARCELADO
DATA DE QUITACAO





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

40416771

REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

JUN/2016

ELVIRO T SANTOS
RUA ANTONIO C RODRIGUES 29

CENTRO 58865-000
SAO BENTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS - R\$3.03 PTS E COFINS - LEI 12.341/12

VENCIMENTO: 02/07/2016 **Total a Pagar:** R\$32,78

V 16.4 R 1.0

CONDICAO DE LETTURA:REALIZADA
CONDICAO DO FATURAMENTO:REAL
TIPO DE TARIFA:NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
NAO EXISTE(N) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU
MARCOS



Assinado eletronicamente por: ROGACIANO ARAUJO DA COSTA - 19/12/2019 16:01:06
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1912191600498680000026281572>
Número do documento: 1912191600498680000026281572

Núm. 27229577 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: ROGACIANO ARAUJO DA COSTA - 19/12/2019 16:01:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121916004986800000026281572>
Número do documento: 19121916004986800000026281572

Num. 27229577 - Pág. 8



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

* IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente / usuário	Idade	Sexo
19/12/19	0014	União de Ilheus	20	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da ocorrência		Bairro	Médico regulador	
MHSB			Dr. Telmico	
Apóio no local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiro <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:				
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por terceiros <input type="checkbox"/> Recusou atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não encontrado <input type="checkbox"/> Outro:				

* TIPO DE AGRADO

<input type="checkbox"/> Acidente de trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Quase afogamento / afogamento
<input type="checkbox"/> Desabamento / Soterramento	<input type="checkbox"/> Queda _____ metros
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico	
<input type="checkbox"/> Lesões térmicas	

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Cirurgias realizadas	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Internamentos anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros

* TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: MHSB

Responsável: Dr. Sandro Adriano S. J. dos Santos
CRM-PB 1748

* MOTIVO DE TRANSPORTE

Apoio diagnóstico Serviço de maior complexidade Transferência simples Outro:

* TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: HR Datas Responsável: Dr. Edilson Função:

* EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Homem vítima de trauma torácico, abdominal, suspeita de hemorragia interna.

Agitação Alergia Ausência de pulso (central) Cianose Convulsão Diarréia Dificuldade respiratória Dor: local M5 D

Febre Inconsciente / desmaio Palidez Sangramento Vômito Outros:

* DADOS VITAIS

P.A. SISTÓLICA: 130 P.A. DIASTÓLICA: 90 PULSO: 122 FR: - TEMPERATURA: - GLICEMA: - E. COMA: 6.0% CO2/H2O

2 - VIA AÉREA

Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Brinco-aspiração Edema de gote Obs:

* VENTILAÇÃO

Espontânea Parada respiratória Assistida Ritmo irregular

* EXPANSIBILIDADE

Normal Superficial Regular Irregular

* ACHADOS

Crepitação Enfisema subcutâneo Expectorção Hemoptise Hálito etílico Outros: Mau cheiro respiratório

3 - CIRCULAÇÃO

Cianose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros:

* EDEMA

Ausente Palpebral M. inferiores Anasarca





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA INTER-HOSPITALAR / INTERMUNICIPAL

Ocorrência nº: 0014 Data: 19/10/15 Hora: 20 horas

Nome da vítima: Marcelo de Oliveira Idade: _____

Evento () Trauma Clínico () Obstétrico () Psiquiátrico ()

Outros: _____

Procedimentos: _____

Solicitante: _____

Destino: _____

Contato: _____

Circunstância da transferência:

Paciente c/ trauma torácico
evolução c/ dispneia intensa e hemoptise
após acidente automóvel

Identifique quais as ineficiências deste Hospital para a manutenção da vida do paciente:

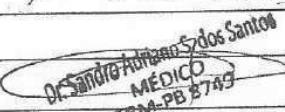
Ausência de Dr. no pronto atendimento
1 outorga

Procedimentos realizados:

realização de monitoramento
auscultação, oxigenoterapia e estabilização
do paciente

Vantagens da transferência e avaliação de risco do translado:

Motivado para a permanência
01/10/15


Dr. Sandro Adriano dos Santos
MÉDICO
CRM-PB 3749





PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVICO
CÓDIGO DA UNIDADE: 00097792 CNPJ/CPF: 09 069 709/ 0001 - 16

NOME: HOSPITAL MARIA FAULIN **LOGO:**
ENDERECO: Rua Florêncio Cândido, 388 - Centro
BAIRRO: São Bento **ESTADO:** Paraíba **UF:** 21

MUNICÍPIO: GUARAPUAVA DADOS DO PACIENTE: SEXO M. D. NASC. 19/01/1981
NOME: Wancleto

FILIAÇÃO	COR	PROFISSÃO	ESTADO
<i>Olivença</i>	<i>negra</i>	<i>doméstica</i>	<i>SP</i>
<i>Antônio C. Rodrigues</i>	<i>negra</i>	<i>doméstica</i>	<i>SP</i>

RUA Lamego CENTRO MUNICÍPIO São Paulo
BAIRRO Brás SP RG 123456789

CEP 38300-000 TELEFONE 99297-2600
CARTÃO DO SUS 10711 DATA DO ATENDIMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO: _____

Present 7 months old now,
— hysterical now

but necessary for a trial of
cigarettes.

Diagnóstico

四百九

NATUREZA DA CONSULTA Urgência/Emergência (com Proc.)
 Consulta simples

Consulta com medicamento	Prévia Consulta
Consulta com observação	Consulta Subsequente

Consulta ortopédica

Medicação

Prescrita
Anicara
P/ Observação
P/ Residência

P/ Amb. SUS

卷之三

REALIZADOS NA UNIDADE	SERVIÇOS AUXILIARES - Drogas e Outros	SOLICITADOS

		Materiais e Medicamentos	HORÁRIO
1 -	<u>Sfag 2 -</u>	<u>2000 ml</u>	<u>28/21</u>
2 -	<u>M. Duococam 500mg</u>	<u>500mg</u>	<u>05</u>
3 -	<u>Doxanest 4 mg 2ml</u>	<u>2ml</u>	<u>05</u>
4 -	<u>Toro x 400 mg</u>	<u>20 mg</u>	<u>05</u>
5 -	<u>Or. Sos</u>	<u>marcam</u>	<u>05</u>
6 -	<u>metformina</u>	<u>com 05 - 000mg</u>	
7 -			

Materiais e Medicamentos	
1 - <u>Sta 72</u>	2000 ml
2 - <u>Mivacuron</u>	500 mg
3 - <u>Dexamestet</u>	4 mg
4 - <u>Toro x, ca</u>	20 mg
5 - <u>O2 Sos</u>	monocam
6 - <u>Aspirin</u>	ca 600
7 -	

Assinatura do(s) profissional(is) A.



Dr. Sandro Adriano S. dos Santos
MEDICO
8749

Assinatura do Paciente e/ou Acobertante ou responsável

POLEGAR
DIREITO

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbos

Assinatura do Revisor Administrativo 'Carimbo'

卷之三

卷之三



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o Paciente marcelo de Oliveira

Residente na (o) _____

Município de _____

Para o (a) _____

Na cidade de _____

MOTIVO

Paciente com problema de saúde Autocura

de Tumores óssea e óssea

possível fratura de clavos, retiro

Hospital de São Bento - PB

pt Sintet SAT - 77 - Criança

com achaço na saída Apesar de

o SBB de 21 de maio Vou

Atenciosamente,

São Bento - PB, em 14/10/19

Dr. Sandro Adriano S. dos Santos
MÉDICO
CRM-PB-8749

• Dexmethyl 4mg
• Hidrocodona
500mg (2)

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3^a Delegacia Regional de Polícia Civil
18^a Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia de São Bento
Fone (83) 3444-2804 Disque Denúncia 197



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 637/2015

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**

Data do fato: **19/07/15** hora: **12h:00min**

Notificante: **MARCELO DE OLIVEIRA**, alcunha "MARCELO", Nacionalidade: brasileiro, solteiro, desempregado, naturalidade: São Bento/PB, nascido em 13/09/94, documento: RG nº 4.076.840 SSP/PB, filha de Irene Isabel de Oliveira e de pai não declarado, endereço: Rua Antonio C. Rodrigues, nº 29, Centro, São Bento/PB, referência: proximo a prefeitura, telefone para contato 83-98222460.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(ª): **HOMERO PERAZZO FILHO**

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade: , naturalidade: , idade: ***, nascido em / / , cor/raça: *****, Estado Civil: ***** , Profissão: , Escolaridade: ***** , documento: , filiação: é de , endereço: Rua , referência: . Tel/Cel: () ;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cometidas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data 19/07/15, por volta das 12h:00min o noticiante se deslocava em uma motocicleta modelo Honda/CG 150 Fan ESDI, fab/mod 2014/2014, cor vermelha, placa QFA 8614/PB, chassi 9C2KC1680ER538822, Renavam 0100725977-6 registrada em nome de Jose Josima Freitas Alves; Que na avenida Pedro Eulálio, São Bento/PB, ao sair do bairro São Bento a motocicleta do noticiante foi atingida por outra motocicleta (desconhecida); Que no momento da colisão o noticiante caiu na referida avenida, sendo socorrido pelo SAMU da cidade de São Bento/PB; Que apresenta como testemunhas do referido fato as pessoas de Francisco das Chagas Santos, RG nº 2620281 SSE/PB, residente na rua Antonio C. Rodrigues nº 29^a, São Bento/PB e a pessoa de Rita Freitas de Oliveira, Rg. nº 2455597 SSE/PB, residente na Rua Antonio C. Rodrigues, S/n São Bento/PB. Nada mais a consignar.

São Bento, 10 de setembro de 2015. Às 09:58 horas.

Marcelo de Oliveira

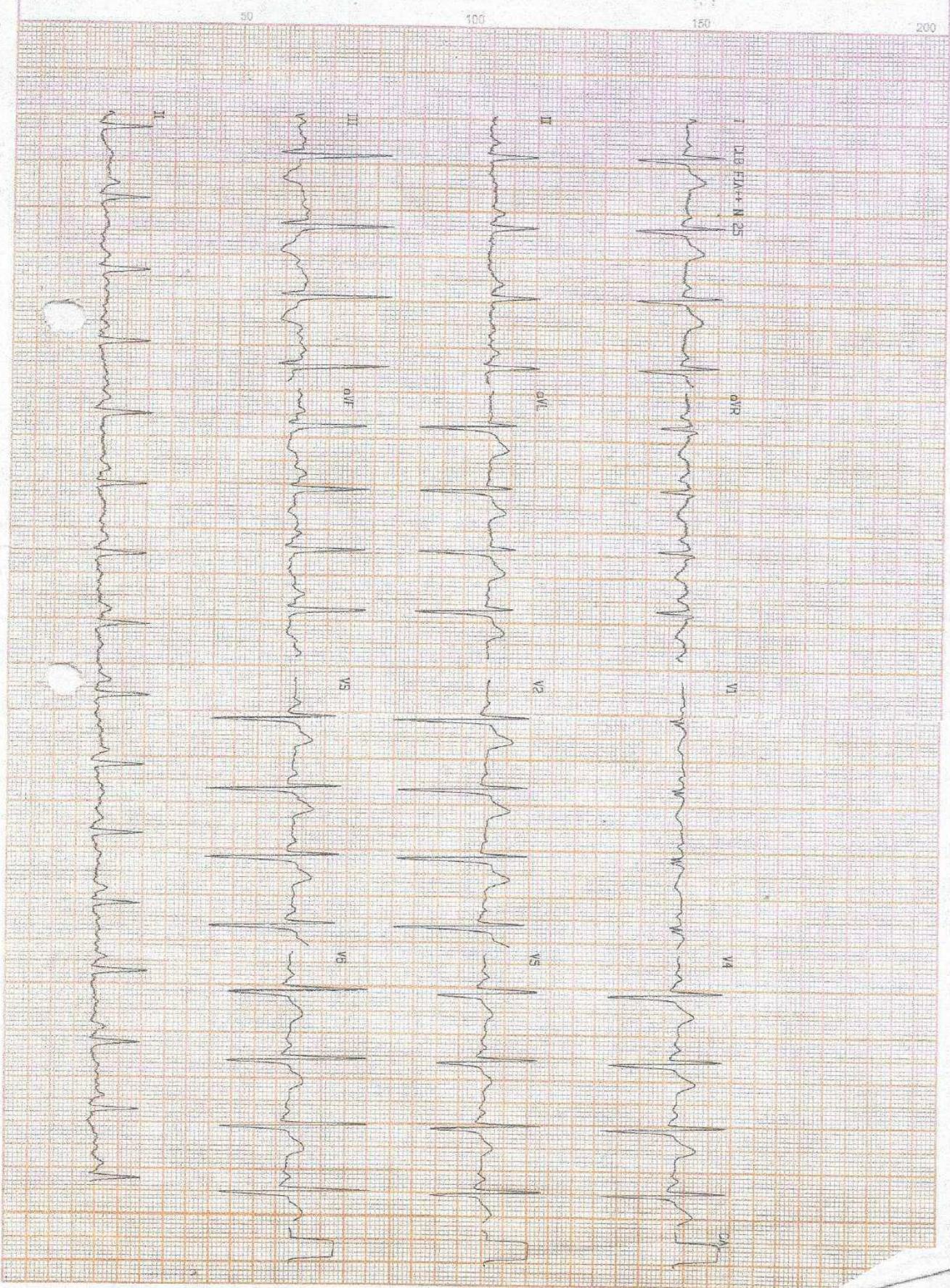
<input checked="" type="checkbox"/> Notificante	<input type="checkbox"/> Testemunha Arrogada
Assinatura do Policial responsável pelo registro Flávio Ricardo Simeão Xavier Matrícula: 168.620-8	
POLÍCIA MILITAR	



idade: 20 meses.

Data: 20/07/15

Horas: 9:9.



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDHUY CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Marsel de Oliveira		
DA CLÍNICA:	ENFERMARIA <input checked="" type="checkbox"/> 06		
A CLÍNICA:	LEITO <input checked="" type="checkbox"/> 06		
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
DATA: 20/07/15		ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE	
<p>PARECER: Idade: 20 anos pré-operatório cirurgia ortopédica paciente refere estilema esporádico, mega tabagismo, mega alergia medicamentosa, mega HTA, mega diabetes.</p> <p>AV: RR em AR BNF SS Fe: 80 bpm PA: 100x70 mmHg AR: MU+ em AR, SRS, PR: 18 bpm</p> <p>EEG: Taquicardia Sinusal Alterações difusas da repolarização</p> <p>Risco cirúrgico: <u>BAIXO RISCO</u></p> <p>20/07/15</p>			
<p>ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA</p> <p>Dr. Fábio da Nóbrega Carvalho Cardiologista Hemodinâmica CRM - PB 6169</p>			



26/07/19 mto sec, 2 pm

Re: em

dr. - Anvisa agiliza
- sub regular
- mto a sub regular


Dr. Marcelo Alves
Oncologia Transmucosal
CRM - PR 882
CREMÉPR 18836





HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PÁRAÍBA
EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

PACIENTE:

Uncos Dr Am

LEITO:

REG.: 43973

DATA

HORA

19/07/15

11:22h

Chops out

Dr = 35mm m
enx

Dr. ex uncos R.

Q: Trabalhos tipo Pne A ou
conf. m
Incons de 115 cmicm

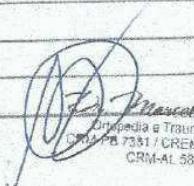
Mouribe Amadeu P. Lima
CRM-PB 7122

19 JUL 2015

110700

mm 9cm, 6cm jum

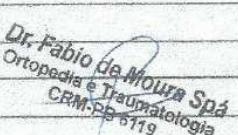
cd = 0 mm


Mouribe Amadeu P. Lima
CRM-PB 7331 / CREMPE 16.8.36
CRM-AL 5877



		HOSPITAL REGIONAL "DEP.JANDUHY CARNEIRO" PATOS - PARAÍBA	
Nome do Paciente:		Nº Prontuário	
MARCELO DO AMARAL		43973	
Data da Cirurgia	23/09/2013	Enf.	Leito
Cirurgião	Dr. Fábio Spá	1º Auxiliar	Dr. Wagner
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Dr.	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura omoplata proximal Disco		
Tipo de Cirurgia	Descolamento teso muscular proximal Disco		
Diagnóstico Pós-Operatório	TDm		
Relatório Imediato do Patologista	N/A		
Exame Radiológico no Ato	N/A		
Acidente Durante a Cirurgia	N/A		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras	
1. Pauzito GM DCOZITO DCOZOL MCH CIRJ 2010	
2. ASSOLTO G ANTISSEPSICO	
3. Colocada GC GRPZ CIRJ 2010	
4. Vía de acesso anterior ao membro distal	
5. Reduziu cruento e osteosíntese unam ossum	
Descolamento GM teso GM T G Panclus omoplata	
6. S ~ 6 65PZ/35Z 4.5 m	
7. Fratura da fenda GM ST 90°	
8. Sutura por planas	
	

RELATÓRIO DE CIRURGIA





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAÍBA (83)3423-2741

Prontuario: 43973 Data/Hora 19/7/2015 03:36:13
Ocorrência: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Servidor do Dr.: _____

Paciente MARCELO DE OLIVEIRA Idade: 20 Sexo M

Filiação _____
Pai: _____
Mãe: IRENE ISABEL DE OLIVEIRA

Endereço _____
Cidade SAO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901 N.: S/N
Endereço: PROJETADA
Bairro: CENTRO
Naturalidade: SAO BENTO - PB
Fone: (83)9893-1311

Documentos _____
CNS: 700-5041-9869-3153
Identidade: _____
CPF: _____
Reg. Nasc.: _____

Informações adicionais _____
Nascimento 13/9/1994
Cor: BRANCA
Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: Amanda Soárez Araújo
ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)
Fazente vítima de acidente
envolvido com dor em membro
Superior D.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

Rx suspeita de amea

*Alce
Alves*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

OC

Diagnóstico: _____

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em: _____

Repcionista: APARECIDA BELLO

*Dr. Mário Alves
Ginecologista
Ginecologista
Ginecologista
Ginecologista*



19/07/2015

SWG Lab - Sistema Web de Gestão Laboratorial



GOVERNO
DA PARAÍBA



GERIR
Instituto de Gestão em Saúde



Lab CENTER
Centro de Diagnósticos Laboratoriais

Paciente: MARCELO DE OLIVEIRA
Médico Requisitante: MOURIBE ARRUDA
Convênio: HRP

Idade: 20 ANOS
Data: 19/07/2015
Comanda: 25577

TEMPO DE PROTROMBINA / TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO / INR

Material: Sangue e Plasma

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.....: 16,7 seg.
T.P. Controle.....: 14 seg.
A. Enzimática.....: 61,5 %

Valores de Referência: T.P. Paciente: 11,2 a 15,0 seg. A. Enzimática: 70 a 100%

Método: QUICK

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO:

Resultado:

T.T.P.A. Paciente.....: 15,2 seg.
T.T.P.A. Controle.....: 26 seg.

Método: BELL / ALTON

TAP Paciente.....: Valores de Referência: 26 a 36 seg

INR:

Resultado.....: 1,33

Valores de Referência:
- em Anticoagulante: 0,0 - 1,2
- uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.


Dra. Drielle Siergia Nóbrega da Silva
CRBM - 4549

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com à clínica do paciente para conclusão diagnóstica

Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas

<http://www.labcenterparatosp.com.br> /labvisualizacao.php?cod_exame=TP%20%20TTPa%20%20&cod_comanda=25577&cod_exame=140&impre... 1/1



Assinado eletronicamente por: ROGACIANO ARAUJO DA COSTA - 19/12/2019 16:01:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121916013331500000026281890>
Número do documento: 19121916013331500000026281890

Num. 27229595 - Pág. 1



Paciente: MARCELO DE OLIVEIRA
 Médico Requisitante: MOURIBE ARRUDA
 Convênio: HRP

Idade: 20 ANOS
 Data: 19/07/2015
 Comanda: 25577

GLICEMIA DE JEJUM

Amostra: Soro

Método: Enzimático/ Automatizado

Glicemia de Jejum.....110 mg/dl

Valores de Referência:

0 a 1 mês: 40,0 a 119,0 mg/dL
 70,0 a 99,0 mg/dL

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

Dra. Drielle Sierga Nóbrega da Silva
 CRBM - 4549

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica

Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas

<http://www.labcenterpara.com.br> http://labvisualizacao.php?cod_exame=glicemia%20de%20jejum&comanda=25577&rec=1&id_exame=60&impresso=0 1/1





Paciente: MARCELO DE OLIVEIRA
 Médico Requisitante: MOURIBE ARRUDA
 Convênio: HRP

Idade: 20 ANOS
 Data: 19/07/2015
 Comanda: 25577

HEMOGRAMA

Amostra: Sangue - EDTA
 Método: Automatizado - MYTHIC - 18

Resultado Série Vermelha:

Hemácias	3.50 milhões/mm ³
Hemoglobina	11.2 g/dl
Hematócrito	35 %
VCM	100 um ³
CH	32 pg
R.D.W	14.6

Valores de Referência
 Homem / Mulher
 4.50 - 6.00 / 3.90 - 5.00
 12.5 - 16.0 / 11.5 - 15.00
 40 - 50 / 36 - 44
 80 - 99
 27 - 32
 32 - 35
 10 - 15

Série Vermelha: NORMOCITICA E NORMOCROMICA

Resultado Série Branca:

Leucócitos Totais	13600 /mm ³	4000 - 10000mm ³
Promielócitos	0 %	0% / 0mm ³
Mielócitos	0 %	0% / 0mm ³
Metamielócitos	0 %	0 - 1% / 1 - 100mm ³
Bastonetes	0 %	0 - 4% / 0 - 430mm ³
Segmentados	86 %	40 - 65% / 1600 - 7000mm ³
Eosinófilos	1 %	1 - 5% / 1 - 100mm ³
Basófilos	0 %	0 - 1% / 1 - 100mm ³
Linfócitos	10 %	20 - 40% / 1500 - 4500mm ³
Monócitos	3 %	2 - 10% / 100 - 1000mm ³

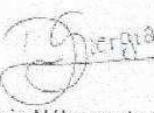
Série Branca: DISCRETA LEUCOCITOSE

Contagem de Plaquetas 271.000 mm³

Valor de Referência: de 150.000 a 450.000 mm³

Plaquetas: PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE CONSERVADAS

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.


 Dra. Drielle Sierga Nóbrega da Silva
 CRBM - 4549

Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica

Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas

<http://www.labcenterpatos.com.br/> lab/visualizacao.php?cod_exame=hemograma&comanda=255 es=1&id_exame=748 impresso=0

1/1



Assinado eletronicamente por: ROGACIANO ARAUJO DA COSTA - 19/12/2019 16:01:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121916013331500000026281890>

Número do documento: 19121916013331500000026281890

Num. 27229595 - Pág. 3



Top Implantes e Materiais Cirúrgicos Ltda
Rua Prof. Inácio Simões, 42
Centenário - CEP 58.120-013
Fone: (83) 3522.2575
Campina Grande - PB
topimplante@gmail.com

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Código:
Procedimento: Cód. do Procedimento:
Paciente: Cód. do Paciente:
Data da Cirurgia: 23/07/15 Prontuário Nº: 112.973 Convênio: SCS
Cirurgião: Valdo SPN Código: () Reposição () Caixa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO	Nº						Valor Unt.	Valor Total
	Qtd.							
	Cód.							
CORTICAL. 3.5mm	Nº	24	28					
	Qtd.	05	02					
	Cód.							
PARAFUSO	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
CORTICAL. 4.5mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
ESPONJOSO. 4.0mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
ESPONJOSO. 6.5mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
ESP. R/16 CURTA	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
ESPONJOSO. 6.5mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
ESP. R/32 LONGA	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
PARAFUSO	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
MALEOLAR 4.5mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento:

Faturar N.F. para:

Céd. do consultor: _____ Total: _____

Nº do pedido:





HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Pontoário 23973
FOLHA DE ANESTESIA		Nome <i>Marcelo de Oliveira</i>		Idade 90	Sexo M Cor B
Data 2015	Pressão Arterial Pulso 120/80	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sanguíneo	Hemárias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemias	Uréia
Urina					
Ap. Respiratório				Asma	Bronquite
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo				Dentes	Pescoço
Estado Mental				Ataraxicos	Corticoides
Diagnóstico Pré-Operatório				Alergia	
Anestesia Anteriores				Hipotensores	
Medicação Pré-Anestésica				Aplicada às	Efeito
Agentes Anestésicos	<i>02</i>				INDUÇÃO
Liquidos	<i>4500</i>				Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit. _____ Tosse _____
				Laringo Espasmo _____ Lenta _____	
				Náuseas _____ Vômitos _____	
				Outros _____	
MANUTENÇÃO					
<i>Br</i>					
Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____					
Não, porque? _____					
DESPERTAR					
Reflexos na SO <input checked="" type="checkbox"/> Obstr. CO ₂ Excit.					
Náuseas _____ Vômitos _____					
Outros _____					
Com cânula _____ para o leito sim _____ não <input checked="" type="checkbox"/>					
CONDICÕES					
<i>0</i>					
Símbolos e Anotações					
Posição	<i>0</i>				
Agentes	<i>BUPIVAC 20 ml</i>				
Técnica	<i>Bl gr supradors</i>				
Operação	<i>PTO 620</i>				
Clínicos	<i>Pau</i>				
Anestesiistas	<i>René Trigueiro Caroca</i>				
Observações	<i>CRM 3240 - CBO 225151</i>				
Anotar no verso, as complicações Pré-Operatórias e Pós-Operatórias					
<i>CNS 2007/2015</i>					



NOTA DE SALIDA - CIRUGIA GERAL

parcels of Okavango

卷之三

卷之三

CHICAGO
110: Eng. at Illinois (D).
Boggs + Seward 20000
10/27/15

Dr. Fabio Malagú

80-2

200

41-406

elation

Aug. 27 15

卷之三

A photograph of a 3M Steri-Gage test strip. The strip is white with a central vertical line. A red horizontal line is positioned above the central line, and a green horizontal line is positioned below it. The word 'REJECT' is printed in black capital letters to the left of the red line, and the word 'ACCEPT' is printed in black capital letters to the left of the green line. The strip is mounted on a white card with printed text and a barcode.





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDHUY CARNEIRO
PATOS - PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:	Marcelo de Oliveira	
DA CLÍNICA	C. Gen	ENFERMARIA
A CLÍNICA	Ortopedico	LEITO
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUais DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
Fratura de úmero D.		
18-07-15	DATA	Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

→ Por sus de sucesos
desconocidos se
ver M.D.

de evolucionado de
modo progresivo

CD: - Fractura del radio D
conservada

- Inicio de tipo crónico

Moura Aruda Pinto
CRM-PB 72-2

19 JUL 2015

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



SEGUE ANEXO A SIMULAÇÃO DE CUSTAS;



Assinado eletronicamente por: ROGACIANO ARAUJO DA COSTA - 19/12/2019 16:19:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121916192705400000026283251>
Número do documento: 19121916192705400000026283251

Num. 27231213 - Pág. 1

 <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>			(Via da parte)	Número do boleto: 088.8.19.00950/01
Nº do Processo: 0801804-88.2019.815.0881	Comarca: Sao Bento	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		Data de emissão: 19/12/2019
Número da guia: 088.2019.600950 Tipo da Guia: Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita			Data de vencimento: 31/12/2019	UFR vigente: R\$ 50,66
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.013,20 - Taxa Judiciária: R\$ 177,20 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Promovente: MARCELO DE OLIVEIRA	Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO	Parcela: 1/1
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Valor total: R\$ 1.191,75	Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.191,75	
 <p>866500000116 917509283185 520191231080 881900950018</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>			(Via do processo)	Número do boleto: 088.8.19.00950/01
Nº do Processo: 0801804-88.2019.815.0881	Comarca: Sao Bento	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		Data de emissão: 19/12/2019
Número da guia: 088.2019.600950 Tipo de Guia: Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita			Data de vencimento: 31/12/2019	UFR vigente: R\$ 50,66
Promovente: MARCELO DE OLIVEIRA			Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.	Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento:			Parcela: 1/1	
			Valor total: R\$ 1.191,75	Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.191,75	

 <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>			(Via do banco)	Número do boleto: 088.8.19.00950/01
Nº do Processo: 0801804-88.2019.815.0881	Comarca: Sao Bento	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7		Data de emissão: 19/12/2019
Número da guia: 088.2019.600950 Tipo de Guia: Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita			Data de vencimento: 31/12/2019	UFR vigente: R\$ 50,66
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 1.013,20 - Taxa Judiciária: R\$ 177,20 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Promovente: MARCELO DE OLIVEIRA	Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO	Parcela: 1/1
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Valor total: R\$ 1.191,75	Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.191,75	
 <p>866500000116 917509283185 520191231080 881900950018</p>				





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA COMARCA DE SÃO BENTO

Fórum Gov. João Agripino Filho
Praça Álvaro Dias, 65, Centro, São Bento - PB.
CEP 58.865-000 Tel.: (0**)83 3444-1225

[SEGURO]

PROCESSO Nº 0801804-88.2019.8.15.0881

AUTOR: MARCELO DE OLIVEIRA

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

DESPACHO

Vistos, etc.

Têm-se que os autores pugnaram pelo benefício da assistência judiciária gratuita, na forma do art. 98 e seguintes, do NCPC.

Insta salientar que, nos termos da Constituição Federal, “*o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos*” (art. 5º, LXXIV, CF/88).

Defiro a gratuidade da justiça;

Considerando que a SEGURADORA LÍDER, promovida, reiteradamente não celebra acordos no bojo de processos judiciais, exceto em casos especiais, bem como tendo em mente que a estrutura do Poder Judiciário nesta Comarca não é das mais robustas, não possuindo centro de conciliação, entendo ser desnecessária a designação de audiência de conciliação no presente caso, devendo a parte ré ser **citada para já apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias**.

Seguindo a orientação contida da Recomendação 01/2015 do CNJ, a qual pode ser aplicada analogicamente ao caso em testilha, determino, desde já, **seja designado perito oficial cadastrado no TJPB (médico), atuante nessa Comarca, para realizar perícia médica no autor, a fim de comprovar as sequelas físicas oriundas do acidente automobilístico mencionado na exordial**. Caso haja mais de um perito cadastrado, deverá atentar a escrivania para haver proporcionalidade nas indicações, evitando-se privilegiar algum(s) profissional(ais) em detrimento de outros.

Faculto ao autor juntar, no prazo da contestação, quesitos para serem encaminhados ao perito, bem como indicar assistente técnico. Caso já tenha juntado seus quesitos na inicial, desconsiderar esse item do presente despacho.

Outrossim, **intime-se a SEGURADORA LÍDER para efetuar o pagamento, em conta judicial vinculada a este processo, dos honorários periciais**, arbitrados em R\$ 200,00 (duzentos reais), segundo cláusula 1.3 do Convênio 015/2014 TJPB.

Cite-se a promovida para apresentar contestação em 15 (quinze) dias, apresentando seus quesitos, caso queira.

Com o depósito do valor dos honorários, intime-se o Perito indicado, o qual já fica automaticamente nomeado pelo Juízo, encaminhando-lhe os quesitos do Juízo, quais sejam: 1) Qual o tipo



de lesão apresentada pelo periciado e os respectivos CIDs? 2) Existe relação de causa entre o acidente de trânsito noticiado na petição inicial e a(s) lesão(ões) apresenta(s)? 3) Houve debilidade permanente do membro, sentido ou função? 4) A debilidade é de caráter temporário ou definitivo? Qual o grau, em percentagem (de 0% a 100%), da debilidade apresentada?

Com a designação da data da perícia pelo médico nomeado, intime-se a parte promovente para comparecer ao local designado pelo médico para a realização da perícia, munido, preferencialmente, de seus documentos pessoais e toda e qualquer documentação pertinente à demanda.

Com a entrega do laudo, falem as partes em 10 (dez) dias, informando se têm interesse em conciliar.

E, finalmente, **entregue o laudo, oficie-se ao Banco do Brasil para que transfira o numerário depositado na conta judicial para a conta bancária indicada pelo perito.**

Após o cumprimento de todos os itens acima mencionados, conclusos.

Diligências necessárias. Cumpra-se.

São Bento - PB, na data da assinatura eletrônica.

José Normando Fernandes - Juiz de Direito

Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, da Lei 11.419/2006.



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 27/01/2020 07:43:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012707432542600000026650439>
Número do documento: 20012707432542600000026650439

Num. 27620526 - Pág. 2



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA COMARCA DE SÃO BENTO

Fórum Gov. João Agripino Filho
Praça Álvaro Dias, 65, Centro, São Bento - PB.
CEP 58.865-000 Tel.: (0**)83 3444-1225

[SEGURO]

PROCESSO Nº 0801804-88.2019.8.15.0881

AUTOR: MARCELO DE OLIVEIRA

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

DESPACHO

Vistos, etc.

Têm-se que os autores pugnaram pelo benefício da assistência judiciária gratuita, na forma do art. 98 e seguintes, do NCPC.

Insta salientar que, nos termos da Constituição Federal, “*o Estado prestará assistência jurídica integral e gratuita aos que comprovarem insuficiência de recursos*” (art. 5º, LXXIV, CF/88).

Defiro a gratuidade da justiça;

Considerando que a SEGURADORA LÍDER, promovida, reiteradamente não celebra acordos no bojo de processos judiciais, exceto em casos especiais, bem como tendo em mente que a estrutura do Poder Judiciário nesta Comarca não é das mais robustas, não possuindo centro de conciliação, entendo ser desnecessária a designação de audiência de conciliação no presente caso, devendo a parte ré ser **citada para já apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias**.

Seguindo a orientação contida da Recomendação 01/2015 do CNJ, a qual pode ser aplicada analogicamente ao caso em testilha, determino, desde já, **seja designado perito oficial cadastrado no TJPB (médico), atuante nessa Comarca, para realizar perícia médica no autor, a fim de comprovar as sequelas físicas oriundas do acidente automobilístico mencionado na exordial**. Caso haja mais de um perito cadastrado, deverá atentar a escrivania para haver proporcionalidade nas indicações, evitando-se privilegiar algum(s) profissional(ais) em detrimento de outros.

Faculto ao autor juntar, no prazo da contestação, quesitos para serem encaminhados ao perito, bem como indicar assistente técnico. Caso já tenha juntado seus quesitos na inicial, desconsiderar esse item do presente despacho.

Outrossim, **intime-se a SEGURADORA LÍDER para efetuar o pagamento, em conta judicial vinculada a este processo, dos honorários periciais**, arbitrados em R\$ 200,00 (duzentos reais), segundo cláusula 1.3 do Convênio 015/2014 TJPB.

Cite-se a promovida para apresentar contestação em 15 (quinze) dias, apresentando seus quesitos, caso queira.

Com o depósito do valor dos honorários, intime-se o Perito indicado, o qual já fica automaticamente nomeado pelo Juízo, encaminhando-lhe os quesitos do Juízo, quais sejam: 1) Qual o tipo



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 27/01/2020 07:43:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012707432542600000026650439>
Número do documento: 20012707432542600000026650439

Num. 29042391 - Pág. 1

de lesão apresentada pelo periciado e os respectivos CIDs? 2) Existe relação de causa entre o acidente de trânsito noticiado na petição inicial e a(s) lesão(ões) apresenta(s)? 3) Houve debilidade permanente do membro, sentido ou função? 4) A debilidade é de caráter temporário ou definitivo? Qual o grau, em percentagem (de 0% a 100%), da debilidade apresentada?

Com a designação da data da perícia pelo médico nomeado, intime-se a parte promovente para comparecer ao local designado pelo médico para a realização da perícia, munido, preferencialmente, de seus documentos pessoais e toda e qualquer documentação pertinente à demanda.

Com a entrega do laudo, falem as partes em 10 (dez) dias, informando se têm interesse em conciliar.

E, finalmente, **entregue o laudo, oficie-se ao Banco do Brasil para que transfira o numerário depositado na conta judicial para a conta bancária indicada pelo perito.**

Após o cumprimento de todos os itens acima mencionados, conclusos.

Diligências necessárias. Cumpra-se.

São Bento - PB, na data da assinatura eletrônica.

José Normando Fernandes - Juiz de Direito

Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, da Lei 11.419/2006.



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 27/01/2020 07:43:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012707432542600000026650439>
Número do documento: 20012707432542600000026650439

Num. 29042391 - Pág. 2