

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 judicium", 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





(1)

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

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-Efetuos.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. OTAVIO 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: QFA 8614/PB
Chassi: 9C2KC16806R538872
Data do Acidente: 29/04/15
Local e Data: SÃO BENTO, 08 DE AGOSTO DE 2016.

JOSÉ JOSIMÁ FREITAS ALVES
Assinatura do Declarante

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



Auricélio Nicolau da Silva
Escrevente

São Bento Cartório Único Registro Imóveis e Notas:
Milton Lúcio da Silva Santos
Tabelião Público de Notas, Testes e Documentos
Oficial de Protestos e Leilões,
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas
São Bento-PB - Fone: 33-3444 2533



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARCELO DE OLIVEIRA

RG nº 4.016.840, data de expedição 03/08/2017 Órgão SSP-PB

CPF nº 010.517.044-85 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>ANTONIO C. NORRIGUES</u>
Número	<u>29</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SÃO BENTO</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58865000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999561464</u>
E-mail	<u>ROGACIANO.ARAUJO@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 4.076.840 e inscrito no CPF/MF sob o nº 070.517.044-85 residente e domiciliado na RUA ANTONIO C. RODRIGUES, Nº 29, CENTRO Cidade SÃO BENTO, Estado PARAIBA, 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
PORTADOR(A) DO RG Nº 4046 840 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 03/08/2016
CPF 07005710049-05 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO ESTUDANTE
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA R\$ 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) 491708 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

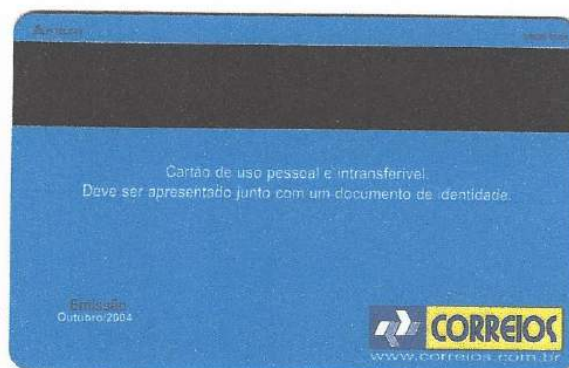
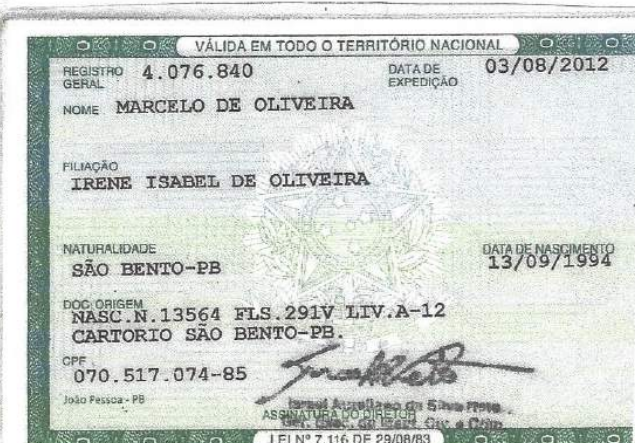
SÃO PAULO, 08 de AGOSTO de 2016 Marcelo de oliveira
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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.





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

Nº 011755198617
 26152200001915

VIA 1 0100725977-6 00700000000 2015

NOME
JOSE JOSIMA FREITAS ALVES

CPF/CNPJ
 02268989461

PLACA
QFA8614/PB

NOVO CA ANT / UF
 PB 9C2KC1680ER538822

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC
 ALCO7/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI 2014 2014

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA ANTES

IPVA PAGO EM 30/04/2015

1 2 3
 V ***** 0 PARCELAMENTO / COTAS
 A

PREMIO ***** SEGURO PREMIO PAGO 30/04/2015

A.F BANCO HONDA S.A

SAO BE 114 30/04/2015 1805

Aristeu Chaves Sousa
 Diretor Administrativo - DETRAN/PB

EXEDIDOR

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 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
 www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 30/04/2015
 EXERCICIO DATA EMISSAO

JOSE JOSIMA FREITAS ALVES PLACA

VIA

RENAVAM

MARCA / MODELO

02268989461 QFA8614/PB

01007259776 HONDA/CG150 FAN ESD
 PREMIO TARIFARIO

2014 9 9C2KC1680ER538822

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10% (R\$) TOTAL A PAGAR PELA SEGURADORA (R\$)
 ***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITACAO
☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 09.249.098/0001-04
 1805-1412197-20150430



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-97PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

40416771

REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JUN/2016

ELVIRO T SANTOS
RUA ANTONIO C RODRIGUES 29**CENTRO** **58865-000**
SAO BENTO

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
115.03.645.0146	0	1	0	0	0	40416771
		Situação Água		Situação Esgoto		
		LIGADO		POTENCIAL		

Correspondente do Banco Bradesco S.A.

Conta Corrente: 00000000000000000000

Data: 16/06/2016 hora de leitura: 16:39

Cidade: J. Barroso

CPF: 000000000-0 / 000000000-0

CPF: 000000000-0 / 000000000-0

Endereço: 000000000

Valor do Pagamento: 32,78

Banco Bradesco - 1042 - 000000000

CPF: 000000000-0 / 000000000-0

CPF: 000000000-0 / 000000000-0

CPF: 000000000-0 / 000000000-0

CPF: 000000000-0 / 000000000-0

CPF: 000000000-0 / 000000000-0

CPF: 000000000-0 / 000000000-0

CPF: 000000000-0 / 000000000-0

CPF: 000000000-0 / 000000000-0

DE DIAS | PROXIMA LEITURA

29 15/07/2016

A AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS

AMOSTRAS

S EXIG. ANALIS. CONFORMES

37 27 27

37 37 37

37 37 37

10 27 27

FERENTES A: ABR/2016

HORA DA LEITURA: 10:37:39

L AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)

32,78 R\$32,78

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3.03 PIS E COFINS: LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

02/07/2016

Total a Pagar:

R\$32,78

v 16.4 R 1.0

CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA

CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)

NAO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

PARA SUA COMODIDADE, PAGUE SUA CONTA PELA INTERNET OU DEBITO AUTO

MÁTICO.







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



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

* IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: 19/07/2019	Ocorrência nº: 00014	Paciente / usuário: Jhonny de Oliveira	Idade: 20 anos	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da ocorrência: HUSB	Bairro: _____	Médico regulador: Dr. Tolomeu		
Apoio 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 AGRAVO

<input checked="" 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"/> Droga
<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: HUSB

Responsável: A. Sandro Adriano A. dos Santos

CRM-PB 8749

* MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ Apoio diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☒ Transferência simples ☐ Outro: _____

* TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: HR Dates

Responsável: J. Oliveira

Função: _____

* EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

form vítima de trauma torácico, suposto de fratura de costela - pericardio.

☐ Agitação ☐ Alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarréia ☒ Dificuldade respiratória ☐ Dor: local HSD
☐ Febre ☐ Inconsciente / desmaio ☒ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ Outros: _____

DADOS VITAIS

P.A. SISTÓLICA: 130 P.A. DIASTÓLICA: 90 PULSO: 112 FR: — TEMPERATURA: — GLICEMIA: — E. COMA: 4º 90% consciência

2 - VIA AÉREA

☒ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Brinco-aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs.: _____

* VENTILAÇÃO

☒ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular

* EXPANSIBILIDADE

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☒ Irregular

* ACHADOS

☐ Creptação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hálito etílico ☒ Outros: ruídos respiratórios

3 - CIRCULAÇÃO

☐ Cianose ☒ Fria ☐ Úmida ☐ Normal ☒ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros: _____

* EDEMA

☐ Ausente ☐ Palpebral ☐ M. inferiores ☐ Anasarca



Assinado eletronicamente por: ROGACIANO ARAUJO DA COSTA - 19/12/2019 16:01:22

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121916010663600000026281880

Número do documento: 19121916010663600000026281880



**SAMU
192**

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: 19/07/15 Hora: 20 qnos

Nome da vítima: Marcelo de Oliveira Idade: _____

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

Outros: _____

Procedimentos: _____

Solicitante: _____

Destino: _____

Contato: _____

Circunstância da transferência:

Paciente CI Trauma Torácico
com CI dispnéia intensa e hemotórax
após acidente automobilístico

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

Ausência de Dreno Torácico, com
o contencimento

Procedimentos realizados:

foram realizados atendimento
emergencial, oxigenioterapia e estabilização
do paciente

Vantagens da transferência e avaliação de risco do traslado:

Necessidade de atendimento com
o dreno torácico

Dr. Sandro Adriano dos Santos
MÉDICO
CRM-PB 8743





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

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO

CÓDIGO DA UNIDADE: 0009792 CNPJ/CPF: 09 069 709/ 0001 - 18

NOME: HOSPITAL MARIA PAULINO LÚCIO

ENDEREÇO: Rua Florêncio Cândido, 388 - Centro

MUNICÍPIO: São Bento

ESTADO: Paraíba

UF: 25

DADOS DO PACIENTE

NOME: Marcelo de Oliveira E Irma Isabel de

FILIAÇÃO: Oliveira COR: BRANCO PROFISSÃO: ESTADO: PB

RUA: Antônio C. Rodrigues Nº: 500 Bairro: Recife

CEP: 586000 NATURALIDADE: São Paulo PB

CARTÃO DO SUS: 99207260 TELEFONE: 99207260

DOCUMENTO: 19107115 DATA DO ATENDIMENTO: 19/07/15

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO:

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

Prontuário

20 ANOS

Procedimento CBO IDADE

Serviços Realizados

Serviços Auxiliares - Diag./ Terapia

REALIZADOS NA UNIDADE

SOLICITADOS

Resultado do Exame

Material e Medicamentos

1. Sfalzi. 2000ml 28m

2. M. Duque. 4m 28m

3. Duque. 4m 28m

4. Duque. 4m 28m

5. Duque. 4m 28m

6. Duque. 4m 28m

7. Duque. 4m 28m

Assinatura do(s) profissional (is)Assistente (s) - Carimbo

Assinatura do Paciente e/ Acompanhante ou responsável

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o Paciente marcelo de Oliveira

Residente na(o) _____

Município de _____

Para o(a) _____

Na cidade de _____

MOTIVO

Paciente vítima de Acidente Motorista
com trauma craniano, fratura de
ossos longos e contusões. Refere-se
hematomas e hemorragias. Trauma
na região do SAT. T27. Com lesão
na região do SAT. Após avaliação

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria da Saúde de São Bento-PB

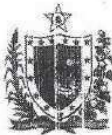
A SOB o diagnóstico de lesão craniana
Atenciosamente, R. dos Santos Diretor Administrativo

São Bento -PB, em 14 / 07 / 15

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

Desatualizado 4m
H. PROCA
500mg (5)





BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL Nº 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: próximo 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: e de , endereço: Rua , referência:
. Tel/Cel:() ;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas 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 Eulámpio, São Bento/PB, ao sair do bairro São Bentinho 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 SSP/PB, residente na rua Antonio C. Rodrigues nº 29ª, São Bento/PB e a pessoa de Rita Freitas de Oliveira, Rg nº 2455597 SSP/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
☒ Notificante

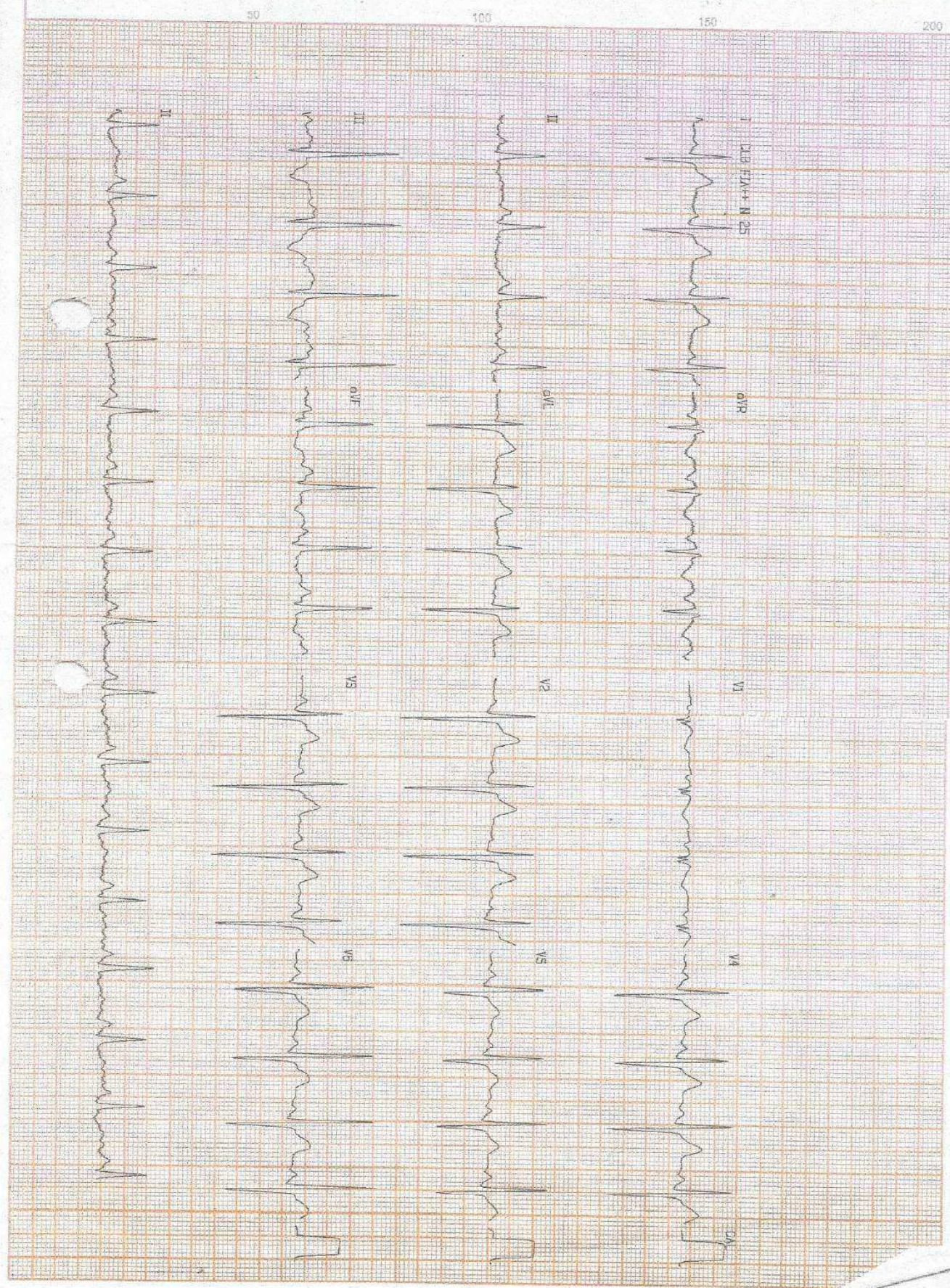
☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Flávio Ricardo Simeão Xavier
Matrícula: 168.620-8

POLÍCIA CIVIL



Idade: 20 anos. Data: 20/07/15 Hora: 9:9.





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Marcos da Oliveira</u>	
DA CLINICA: _____	ENFERMARIA: <u>156</u>
A CLINICA: <u>Cardiologia</u>	LEITO: <u>06</u>
MOTIVO DA CONSULTA: _____ (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>Risco Cirurgico</u>	
<u>20/07/15</u> DATA	 ASSINATURA DO MEDICO CONSULTANTE

PARECER: <u>Idade: 20 anos</u> <u>pré-operatório cirurgia ortopédica</u> <u>paciente refere estresse esporádico, mega taba-</u> <u>gismo, mega alergia medicamentosa, mega HAS, me-</u> <u>ga Diabetes.</u> <u>AEV: RR em 2x BNF SS Fe: 80 bpm PA: 100x70 mmHg</u> <u>AR: MU ⊕ em Ate, SRA, PR: 18 irpm</u> <u>ECG: Taquicardia Sinusal</u> <u>Alterações difusas da repolarização</u> <u>Risco cirúrgico: BAIXO RISCO</u>	
<u>20/07/15</u> DATA	 ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA



26/07/19 Mte BIC, 2 ju
R. Luv

cdz - Aline + agulha
- sub mupulha
- site a sub mupulha


Dr. Marcelo Alves
Osteodina e Traumatologia
CRM - PR - 80
CREMOPR 18936



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO" PATOS - PARAÍBA

Nome do Paciente: MARCELO DO OLIVEIRA		Nº Prontuário: 43973
Data da Cirurgia: 23/07/2015	Enf.	Leito
Cirurgião: Dr. Fábio Spá	1º Auxiliar: Dr. Wanderley	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: Dr.	Tipo de Anestesia: Geral	
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura aberta proximal do 3º dedo		
Tipo de Cirurgia: Osteossíntese com placa e parafusos		
Diagnóstico Pós-Operatório: Bom		
Relatório Imediato do Patologista: Não		
Exame Radiológico no Ato: Não		
Acidente Durante a Cirurgia: Não		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
1. Paciente em decúbito dorsal mesa cirúrgica
2. Associação de antissepsia
3. Lavagem do campo cirúrgico
4. Via de acesso anterior ao 3º dedo
5. Redução cirúrgica e osteossíntese com placa e parafusos
6. Sutura com fio 3/0 e pontos curativos
7. Sutura da ferida com fio 3/0
8. Sutura da pele
Dr. Fábio de Moura Spá Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 5119

RELATÓRIO DE CIRURGIA





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (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:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Paciente vítima de acidente
evoluindo com dor em membro
superior D.*

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

Rx estrutura de membro

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

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

Recepcionista: APARECIDA BELLO

Dr. Marcelo Alves
CRM: 1351
C.R.M.P.E. 19836



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:
sem 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 a clínica do paciente para conclusão diagnóstica
Este laboratório participa do Controle de Qualidade promovido pela SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas

http://www.labcenterpar.com.br/lab/visualizacao.php?cod_exame=TP%20%20TPa%20%20A&comanda=25577&res=1&id_exame=1408

1/1



19/07/2015

SWG Lab - Sistema Web de Gestão Laboratorial



GOVERNO
DA PARAÍBA



GERIR
Instituto de Gestão em Saúde



LABCENTER
Centro de Diagnósticos Laboratoriais

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 110,0 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 Siergia 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.labcenterpar.com.br>

glab/visualizacao.php?cod_exame=glucemia%20de%20jejum&comanda=25577&rec=1&id_exame=60&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. 2

19/07/2015

SWG Lab - Sistema Web de Gestão Laboratorial

**GOVERNO
DA PARAÍBA****GERIOTO**
Instituto de Gestão em Saúde**LABCENTER**
Centro de Diagnósticos Laboratoriais

Paciente: MARCELO DE OLIVEIRA
Médico Requirante: 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
VI	32 pg
CH	32 %
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
Promielócitos	0 %
Mielócitos	0 %
Metamielócitos	0 %
Bastonetes	0 %
Segmentados	86 %
Eosinófilos	1 %
Basófilos	0 %
Linfócitos	10 %
Monócitos	3 %

4000 - 10000/mm³
0% / 0mm³
0% / 0mm³
0 - 1% / 1 - 100mm³
0 - 4% / 0 - 430mm³
40 - 65% / 1600 - 7000mm³
1 - 5% / 1 - 100mm³
0 - 1% / 1 - 100mm³
20 - 40% / 1500 - 4500mm³
2 - 10% / 100 - 1000mm³

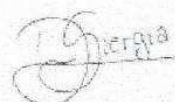
Série Branca: **DISCRETA LEUCOCITOSE**

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 Siergia Nóbrega da Silva
CRBM - 4549

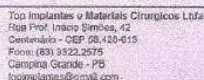
Todo exame laboratorial deve ser avaliado em conjunto com a clínica do paciente para conclusão diagnóstica

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=25577&es=1&id_exame=748&impresso=0

1/1





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: _____ Código: _____

Procedimento: CAVOTOMIA DE TIGRADO (D) Cód. do Procedimento: _____

Paciente: Manoel de Oliveira

Data da Cirurgia: 23/07/15 Prontuário Nº: 12.973 Convênio: 500

Cirurgião: Valdir SPO Coódiço: _____ (☒) Reposição (☐) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

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

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

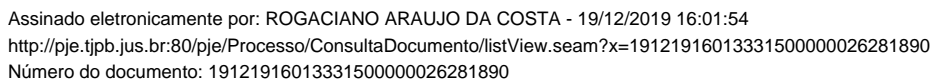
Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Number of items	Same condition (%)	Different condition (%)
1	85	85
2	82	82
3	80	80
4	78	78
5	76	76
6	75	74
7	74	72
8	73	71
9	72	70
10	71	69

Nº do pedido: _____





HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Pontuário
Nome		Idade		Sexo	Cor
Data	Pressão Arterial Puls	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Grupo Sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia
Outros		Urina			
Ap. Respiratório		Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental	Atáxicos	Corticoides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico Pré-Operatório	Estado Físico			Risco	
Anestesia Anteriores					
Medicação Pré-Anestésica			Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos	INDUÇÃO				
Líquido	Satisf. <input checked="" type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/>				
	Laríngeo Espasmo <input type="checkbox"/> Lenta <input type="checkbox"/>				
	Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>				
	Outros <input type="checkbox"/>				
	MANUTENÇÃO				
	Anestesia Satisf. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Não, porque? <input type="checkbox"/>				
	DESPERTAR				
	Reflexos na SO <input checked="" type="checkbox"/>				
	Obstr. CO2 <input type="checkbox"/> Excit. <input type="checkbox"/>				
	Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/>				
	Outros <input type="checkbox"/>				
	Com cânula para o leito sim <input checked="" type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>				
	CONDIÇÕES				
	Cânula				
Simbolos e Anotações					
Posição					
Agentes	Bupivacaína 20ml				
Técnica	Bl. em SUPRACLAVICULAR				
Operação	P6630				
Cirurgiões	Rui				
Anestesiistas					
Observações	René Trigueiro Caroca				
Anotar no verso, as complicações e procedimentos operatórios					





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

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Marcelo de Oliveira

DA CLÍNICA C. Geral ENFERMARIA

A CLÍNICA Ortopedia 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 meio de exame
físico e radiológico em
um ABD.

é evidenciado fr. de
úmero proximal

CD: - fratura tipo Ringa de
conservação

- fratura de tipo conserv

Maurício Arruda P. Inter
CRM-PB 7112

19 JUL 2015

DATA


ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



SEGUE ANEXO A SIMULAÇÃO DE CUSTAS;



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

 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 (Via do processo)			Número do boleto: 088.8.19.00950/01
			Data de emissão: 19/12/2019
Nº do Processo: 0801804-88.2019.815.0881	Comarca: São Bento	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/12/2019
Número da guia: 088.2019.600950 Tipo de Guia: Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita			UFR vigente: R\$ 50,66
Promovente: MARCELO DE OLIVEIRA			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.			Parcela: 1/1
Detalhamento:			Valor total: R\$ 1.191,75
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 1.191,75

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





**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 NCPD.

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 escritania 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.





**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 escritania 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.

