

## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

**OUTORGANTE:** FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO brasileira, solteira, agricultora, portadora da cédula de identidade de nº 3.046.487 SSP/PB, e CPF de número 070.111.094-55, residente e domiciliada na Rua Ana Apulina da Silva, nº 948, Loteamento portal,, São Bento-PB.

**OUTORGADOS:** Geraldo Bonifácio da Nóbrega Júnior, brasileiro, solteiro, inscrito no R. G. com nº 2056982 SSP – RN e C. P. F. nº 060.776.144 – 08 inscrito na OAB/PB sob nº 15014; e IZA MÔNIA DINIZ NÓBREGA DA SILVA, Advogada inscrita na OAB/PB – 15.689.

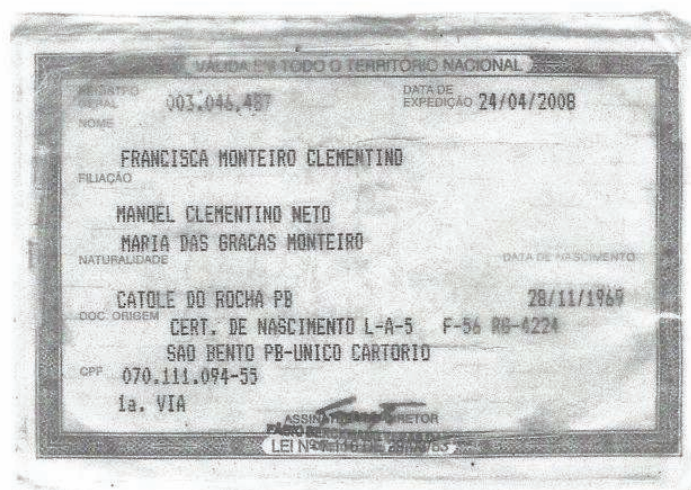
**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, constitui bastante procurador e advogados supramencionados ao qual confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judicium”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso. Podendo também resolver todas as questões administrativas, como receber e assinar documentos, recibos e negociar em nome da outorgante.

São Bento, 08 de julho de 2018



FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO





Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12708996

A/C: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Nº Sinistro: 3180136994  
Vítima: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO  
Data do Acidente: 13/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: IZA MONIA DINIZ NOBREGA DA SILVA

*Iza Iza*

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000004917

Conta: 000009933-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =

R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0188301894 - carta\_15R - INVALIDEZ





## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRA  
**PROFISSÃO:** AGRICULTORA **Nº DO RG:** 003.046.497  
**ORGÃO EMISSOR:** SESPDSIRN **DATA DE EMISSÃO:** 24/04/2008  
**Nº CPF:** 070.111.094-55 **ENDEREÇO:** RUA ANA PAULINO  
DA SILVA Nº 602 - LOT PORTAL - SÃO BENTO/PB

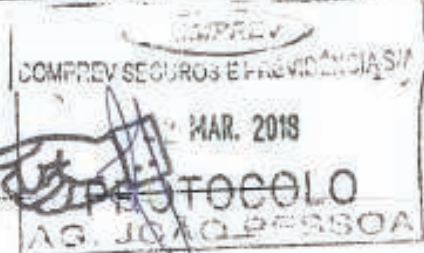
**OUTORGADO:**  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRA **ESTADO CIVIL:** CASADA  
**PROFISSÃO:** ADVOGADA **Nº DO RG:** 15689  
**ORGÃO EMISSOR:** OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 13/10/2010  
**Nº CPF:** 062.385.924-70 **ENDEREÇO:** RUA GENARIO S.  
GOMES 464 - LOT VIEIROPOLIS - SÃO BENTO/PB

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

SÃO BENTO/PB, 22 de FEVEREIRO de 2018

Francisca Monteiro Clementino  
Assinatura



OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Cartório de Registro Imobiliário e Notas  
Milton Lúcio da Silva Santos  
Cartório Público de Notas e Documentos  
Ofício de Protestos e Leilões  
Registro de Imóveis e Pessoas Jurídicas  
São Bento/PB Fone: 83-3444.2533







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1193/2017**

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**  
Data do fato: **13/08/17** hora: **XXXXX**

Notificante: **FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO**, alcunha "**FRANCISCA**",  
Nacionalidade: brasileira, solteira, agricultora, naturalidade:  
Catolé do Rocha/PB, nascido em 28/11/1969, documento: RG nº  
003.046.487 SSPDS/RN, CPF nº 070.111.094-55, filho(a) de Manoel  
Clementino Neto e de Maria das Graças Monteiro, endereço: Rua Ana  
Apulina da Silva, nº 948, Loteamento Portal, São Bento/PB,  
referência: por trás do cemiterio Campo da Paz, telefone para  
contato 83-99826 8066.

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:( ) ;

**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas  
ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE O NOTICIANTE INFORMA  
QUE NA DATA ACIMA MENCIONADA A MESMO ESTAVA GUIANDO UMA  
MOTOCICLETA MODELO HONDA CG 160 FAN ESDI, PLACA OGF 6753/PBFAB/MOD  
2016/2016, COR VERMELHA, CHASSI 9C2KC2200GR040539, RENAVAL  
0108158895-8, REGISTRADA EM NOME DE FRANCINEIDE DOS SANTOS  
SILVESTRE, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA CASA DE FESTA FORROZÃO SÃO  
BENTO/PB A MOTOCICLETA DO NOTICIANTE FOI ATINGIDA POR OUTRA  
MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDA POR  
POPULARES PARA O HOSPITAL DE SÃO BENTO/PB; QUE O NOTICIANTE INDICA  
COMO TESTEMUNHAS DO ACIDENTE AS PESSOAS DE NOME FLAVIA MONTEIRO  
CLEMENTINO E AURORA MARIA DA CONCEIÇÃO NETA. Nada mais a  
consignar.

São Bento, 30 de Novembro de 2017. Às 16:00 horas.

*Francisca Monteiro Clementino*

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Matrícula: 169.629-8

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
2 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA











## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Francisca Monteiro Clementino CPF da Vítima 070.111.094-55 Data do Acidente 13/08/2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 5º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR. 2018

PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

São Bento, 01 de MARÇO de 2018  
Local e Data

Francisca Monteiro Clementino  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

NAL1001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCINEIDE DOS SANTOS SILVESTRE,  
RG nº 9112985, data de expedição 27/07/1994,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 060.148.594-70,  
com Domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado  
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. ANA PAULINA DASIL-  
VA. nº SINº, 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  
FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO, cujo o condutor  
era FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO.

Veículo.....: HONDA CG 160 FAN ESDI  
Ano.....: 2016  
Modelo.....: 2016  
Placa.....: OGF 6753/PB  
Chassi.....: 9C2 KC 2200GR 040539  
Data do acidente.: 13/08/2017

Local e data: SÃO BENTO/PB - 02/02/2018

x Francineide dos Santos Silvestre

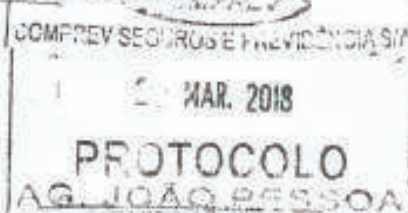
Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

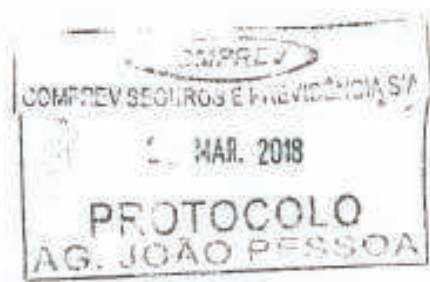
x Francisca Monteiro Clementino

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)







Num. 17547575 - Pág. 8



Regulatório com Dr. Marcelo Tavares em 12.04.18

## ENCAMINHAMENTO

Encaminho o Paciente FRANCISCA MONIA DINIZ NOBREGA

Residente na (o) \_\_\_\_\_

Município de São Bento - PB

Para o (a) Regional

Na cidade de Patos - PB

## MOTIVO

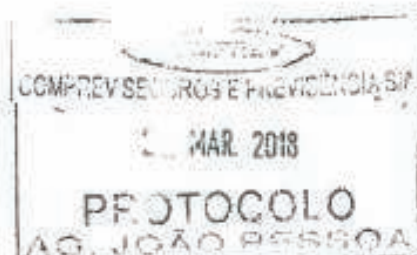
ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO  
EM 47 DIAS VITIMAS DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO - ATENDIMENTO EM 20/04/18  
EM 08/04/18 - 12/04/18

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

Atenciosamente,

São Bento - PB, em 12/04/18

Dr. Vanderleide Abrantes  
CRM-PB 61114  
CNS 9880





# HOSPITAL REGIONAL DE JANDUÍ CARNEIRO

RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Prontuário: 90066  
Ocorrência: URGÊNCIA

Data/Hora: 13/8/2017 14:03:49

Servidor do Dr.:

Paciente: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

Idade: 47 Sexo: F

Filhos:

Pai:

MANOEL CLEMENTINO NETO

Mãe:

MARIA DAS GRAÇAS MONTEIRO

Endereço:

Cidade: SÃO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901

Endereço: FLORENCIA DANTAS DINIZ

Bairro: CENTRO

Naturalidade: CATOLE DO ROCHA - PB

Fone: (83)99886-9928

Documentos:

CNS: 700-5045-4453-1258

Identificação: 003046487 SSPRN

CPF:

Reg. Nasc:

Informações adicionais:

Nascimento: 27/11/1969

Cor: BRANCA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: DIARISTA

Responsável:

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

*paciente com dor na região da mão direita - polegar*

EXAMES OBJETIVOS: (inspeção geral, exame da região afetada, exame de diversos aparelhos)

*paciente com dor na região da mão direita - polegar*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

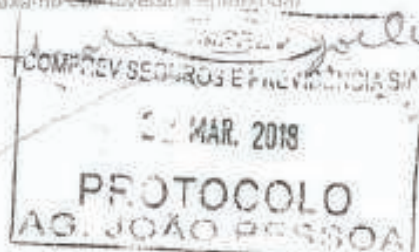
*Fratura da falange proximal 5º dedo*  
*Fratura da falange proximal 5º dedo*  
*(pelo exame)*

Diagnóstico:

Motivo de Alta:

Resultado: ( ) Saneado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido: Em 26.08.17

Recepcionista: JUCILEE







### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Francisco Mendes Clemente</u>		Nº prontuário: <u>99066</u>
Data da Cirurgia: <u>13/08/12</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>A. Marcos Jr</u>	1º Auxiliar	
Anestesista: <u>A. Marconi</u>	Tipo de Anestesia: <u>progn</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura - fratura joelho (Pelo + hie)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>fixação externa por redução manual</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>curado</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais:	
<u>Incisão na DDU - sob anestesia</u>	
<u>Antesepara e colocação de curativo</u>	
<u>Tratamento e redução manual da fratura -</u>	
<u>curativo joelho</u>	
<u>Colocação da fixação externa Transarticular</u>	
<u>curativo</u>	
COMPREV SEGUROSE FARMACIA S/A	

MAR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Dr. Marcos Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 15.7351  
CONSEME-10336



**Materials Médico Hospitalar EIRELI**

N2

☐ Caixa Frontal  
☒ Caixa Esquerda

Frontuēris 9.9065

### Procedimento

H. Regional de Patos

Alca Monteiro Clementino

1740

Instrumented Diary

Vendage  $\frac{1}{2}$  12.90

Data 13.09.17

Convênio 505

Trat. Cirúrgico - Luxação do R.O.

COMPREVE SEUS ESTATOS E CONDIÇÕES  
MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA


TOTAL

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

(Branca - Fabbrimanti) | 2<sup>a</sup> Via Amerigo | Ospitali | 3<sup>a</sup> Via Recc - Comorcial





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
NOME: <u>Francisca Martine Clementina</u>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
SEXO: <u>F</u>	LEITO: <u>45</u>	CONVÊNIO: <u>45</u>	IDADE: <u>47</u>	REGISTRO: <u>99066</u>	
CIRURGIÃO: <u>Tat. Cing. Pat. Aluísio</u>		ANESTESISTA: <u>Th. Manoel Alves</u>			
ANESTESIA: <u>Ragun</u>		ANESTESIA: <u>En. Manoel</u>			
VISTO: <u>13.03.17</u>		HORA: <u>15:30</u>		FIM	

### MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Casnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvax Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocsin		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Tiemonbutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uteral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfônico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilocaína a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etidimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Publucavina 0,5%		PVPi Tintura
	Ómnoc		Gases
	Lasekat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcon		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Eforil		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Cefetotina 15g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Diprona		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Epurin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Aguilha de Ragun Descartável		Cat-gut simples 3-6 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 c/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 c/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 c/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

COMPLEV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S

2 MAR 2018

PROTOCOLO

AS. JOÃO P. SOARES







HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUÍ CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Internista	Leito	Nº Prontuário
Paciente: <u>IZA MONIA DINIZ DA NOBREGA</u>		Nome	Idade	Sexo	
Data: <u>13/03/2018</u>		Profissão	Respiração	Temperatura	Altura
Tipo de Anestesia: <u>RA</u>		História	História Clínica	História Cirúrgica	Outros
Unidade					
Ap. Respiratório		Ásua		Bronquite	
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma			
Ap. Digestivo		Dentes	Pescoço	Ap. Urinário	
Estado Mental		Atividade	Corticóides	Alergia	História de
Diagnóstico Pré-Operatório		Código Fato		Risco	
Anestesia Antérior					
Medicação Pré-Anestésica		Aplicado Se	Estado		
Agente Anest. Mon	12				
Leito	12				
CÓDIGO P.M. - ARTERIAL - PULSO - RESPIRAÇÃO V.E. - ANESTESIA - OPERAÇÃO	200				
	240				
	220				
	200				
	180				
	160				
	140				
	120				
	100				
	80				
60					
40					
20					
Símbolos e Anotações					
Posição					
Agentes					
Técnicas					
Operação					
Cirurgias					
Anestésicos					
Observações					
Assinatura do médico, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias					

COMPREV SE - RUISE - C.A.S.M.  
22 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Francisca Monteiro</u>	
DA CLÍNICA _____ A CLÍNICA _____	ENFERMARIA <u>1A</u> LEITO <u>04</u>
MOTIVO DA CONSULTA: _____ (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>RISCO CIRÚRGICO</u> <u>ORT.</u>	
DATA _____	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE _____
PARECER: <u>Paciente sem sinais Cardiológicos</u> <u>PA = 120 x 80 mmHg</u> <u>Refere Mas faz uso de Captopril</u> <u>ECG = Normal</u> <u>Pulso Arritmico = Baixo</u> <u>Pulso 3 Co</u>	
DATA <u>17/08/17</u>	Assinatura do Médico Especialista: <u>Klauber M. de França</u> Cardiologia / Geriatria CRM 4350
DATA _____	CONF. DEV. SEGUR. E FISC. _____ ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA _____

22 MAR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Francisca Monteiro</u>	
DA CLÍNICA _____ A CLÍNICA _____	ENFERMARIA <u>1A</u> LEITO <u>04</u>
MOTIVO DA CONSULTA: _____ (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>RISCO CIRÚRGICO</u> <u>ORT.</u>	
DATA _____	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE _____
PARECER: <u>Paciente sem sinais Cardiológicos</u> <u>PA = 120 x 80 mmHg</u> <u>Refere Mas faz uso de Captopril</u> <u>ECG = Normal</u> <u>Pulso Arritmico = Baixo</u> <u>Pulso 3 Co</u>	
DATA <u>17/08/17</u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>Klauber M. de França</u> <u>Cardiologia / Geriatria</u> <u>CRM 4350</u>

COMPROV. SEGUROS E FIDELIDADE

22 MAR. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



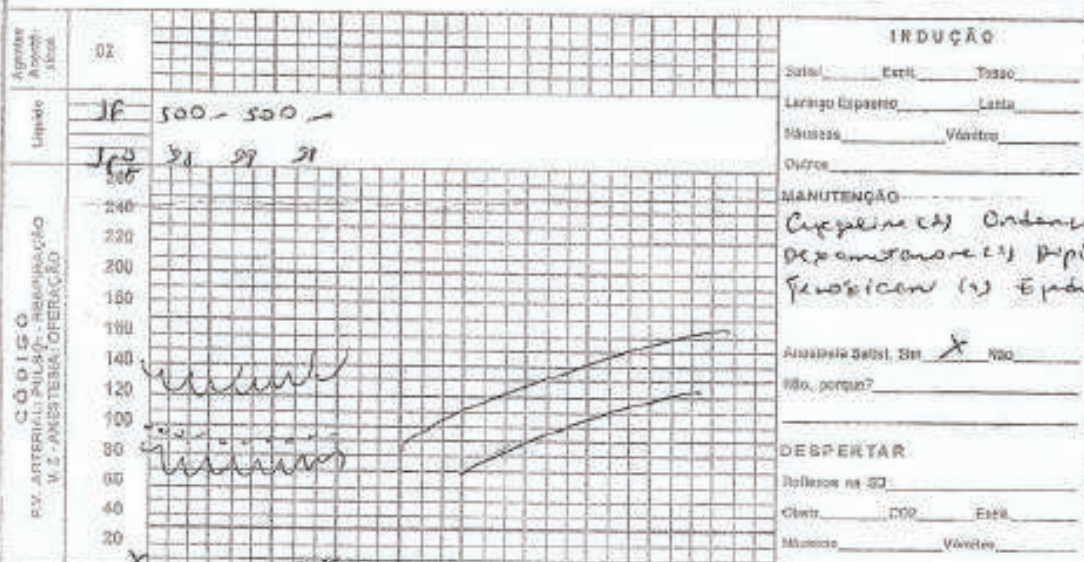




UNIDADE DA PARAIBA  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital HMP		Enfermaria	Leito	Nº Registro 950 66	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome Francisca Moreira Almeida		Idade	Sexo
Data 24/08/17	Pressão Arterial Pulso 140 x 80 80	Respiração 31%	Temperatura 36	Fase + 70	Altura
Tipo Sangüíneo: Hemóclito Hemoglobina Hematócrito Hemoglobina Hemoglobina Hemoglobina		Hemoglobina Hemoglobina Hemoglobina Hemoglobina Hemoglobina Hemoglobina		Hemoglobina Hemoglobina Hemoglobina Hemoglobina Hemoglobina Hemoglobina	
Ap. Respiratória NDN		Ap. Circulatória NDN		Ap. Urinária	
Estado Mental consciente		Atividade Corticóides		Alergia N/A	
Diagnóstico Pré-Operatório fract. plav. fémur @.		Estado Físico ASA 2		Risco	

Medicação Pré-Anestésica	Aplicada de	Classe
--------------------------	-------------	--------



Simbolos Anestésicos	Atividade Atividade
-------------------------	------------------------

Posição	30°
---------	-----

Agentes	Medicamentos jebáica itoy + pentamida 20%
---------	---

Técnicas	Respiratória
----------	--------------

Operação	Yac. cirúrgico fratura plav. fémur @
----------	--------------------------------------

Grupos	Fóbia
--------	-------

Anestésicos	frat. plav. fémur @
-------------	---------------------

Observações	frat. plav. fémur @
-------------	---------------------

Assinatura	Dr. Jiliélisson de Sousa
------------	--------------------------

Assinatura	Dr. Jiliélisson de Sousa
------------	--------------------------

Assinatura	Dr. Jiliélisson de Sousa
------------	--------------------------

Assinatura	Dr. Jiliélisson de Sousa
------------	--------------------------

Assinatura	Dr. Jiliélisson de Sousa
------------	--------------------------

Assinatura	Dr. Jiliélisson de Sousa
------------	--------------------------


Assinatura	Dr. Jiliélisson de Sousa
------------	--------------------------

Assinatura	Dr. Jiliélisson de Sousa
------------	--------------------------

Assinatura	Dr. Jiliélisson de Sousa
------------	--------------------------





NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE: <u>Francisca Monteiro Clementino</u>				GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEB. JANDURY CARNEIRO
VL: <u>1:</u>	LETO: <u>04</u>	CONVÊNIO: <u>Sus</u>	IDADE: <u>47</u>	
CIRURGIA: <u>Tiro cir. priat de risia</u>		Cirurgião: <u>Dr. Jairo</u>		
ANESTESIA: <u>Bacui</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Silveira</u>		
SISTEMAS: <u>Coldin</u>		DATA: <u>24-08-17</u>	HORA: <u>09:30</u>	

### MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. do transmutador S.F.	1	Equipo el soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi N.º 24
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Cateter de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Haliatano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembital		Atadura Gessada 10cm
	Quelcoín		Sonda Uretral
	Pavufon		Sonda Nasogástrica
	Dorminil		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilostesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 3%	X	Esparradrago
	Etidimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Alcool 70%
	Pubicocaina 0,5%	X	PVPi Tintura
	Dimorf	1	Gases
	Lenexat 0,6ml		Algodão Hidrófilo
	Narcolin		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
1	Gefentil		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmina	1	Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Etoril		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Gefotina 13g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Pinalil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espirin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2/0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

COMPROV. SEC. SAÚDE  
MAR. 2018  
PROTOCOLADO  
AGILIZAÇÃO







GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <b>FABRÍO JOSÉ MATEUS</b>		Nº prontuário: <b>990 66</b>
Data da Cirurgia: <b>24/03/2018</b>	Enf.	Leito
Cirurgião: <b>Dr. Fábio Spá</b>	1º Auxiliar: <b>Dr. Wagner</b>	
Anestesiista: <b>Dr. Jucivaldo</b>	Tipo de Anestesia: <b>Intubação</b>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <b>Fratura pura distal do rádio</b>		
<b>esquerda</b>		
Tipo de Cirurgia: <b>Osteossintese pura</b>		
<b>do rádio</b>		
Diagnóstico Pós-Operatório: <b>Bom</b>		
Relatório Imediato do Patologista: <b>Não</b>		
Exame Radiológico no Ato: <b>Não</b>		
Acidente Durante a Cirurgia: <b>Não</b>		

COMPREV SECTROS E EVIDÊNCIAS  
MAR. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL MESA CIRURGIA
2. ASPECTO O ANTERIOR
3. LOCAL DO CANAL CIRURGIA
4. VIA DE ACESSO MENIL E LATERAL INFERIOR ESQUERDA
5. REDUÇÃO CIRURGIA O COTIDIANO Pura TUBO EM BOLA Pura EM 1º MENIL E LATERAL
6. INDICAÇÃO DO SÓLIDO EM DE 1º
7. SUTURA Pura Pura
8. CURAÇÃO

Dr. Fábio de Moura Spá  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 175475







**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

070.111.094-55

Nome completo da vítima

Francisca Monteiro Clementino

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Francisca Monteiro Clementino	CPF titular da conta	070.111.094-55	Profissão	Recepcionista
Endereço	RUA ANA PAULINO DA SILVA	Número	602	Complemento	
Bairro	LOT. PORTAL	Cidade	SÃO BENTO	Estado	PB
				CEP	58865-000
				Telefone (DDD)	
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº.

4937

(Informar dígito se existir)

DIV

CONTA

Nº.

9933

(Informar dígito se existir)

DIV

1

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☒ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº.

(Informar dígito se existir)

DIV

CONTA

Nº.

(Informar dígito se existir)

DIV

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora LIDER a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SÃO BENTO-PI de MARÇO de 2018

Local e Data

Francisca Monteiro Clementino

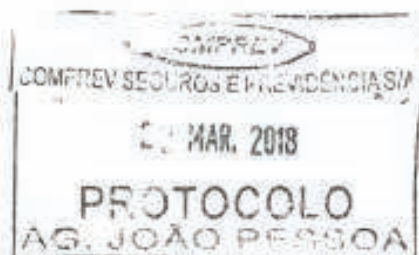
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE-001 V001/2017







Num. 17547583 - Pág. 7





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 280 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.125.854/0001-87

PRESTADOR DE SERVIÇOS  
INSCRIÇÃO Nº  
MATRÍCULA

70520840

REFERÊNCIA

FEV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

IZA MONIA DINIZ N SILVA  
RUA GENARIO S. GOMES, 464 - LOT. VIEIROPOLIS SAO  
BENTO PB 58865-000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Banheiro	Cocina	Hall	Outro	
15.006.195.0055.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
V12N238806	06/11/2012	EXT LACH. LUGAR	POTENCIAL				
ANTERIOR	ATUAL	CONS. (M <sup>3</sup> )	Nº DE DIAS	PROXIMA LEITURA			
1589	1621	32	30	20/03/2018			
LIST. DE CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.014/2011-M5					
JAN/2018	43	6	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2017	48	0	TURBIDEZ	37	37	37	
NOV/2017	44	0	CLORO	37	37	37	
OUT/2017	18	0	COL. TERMO	0	0	0	
SET/2017	21	0	COR	10	24	24	
AGO/2017	30	0	COL. TOTAL	37	37	37	
MÉDIA QD.	34		DADOS REFERENTES A: DEZ/2017				

DATA DA IMPRESSÃO: 21/02/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 12:13:25

DESCRIÇÃO	CONS. (M <sup>3</sup> )	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M <sup>3</sup> - 36,84 POR UNIDADE	10 M <sup>3</sup>	36,84
11 M <sup>3</sup> A 20 M <sup>3</sup> - R\$ 4,75 POR M <sup>3</sup>	10 M <sup>3</sup>	47,50
21 M <sup>3</sup> A 30 M <sup>3</sup> - R\$ 6,27 POR M <sup>3</sup>	10 M <sup>3</sup>	62,70
31 M <sup>3</sup> A 99999999 M <sup>3</sup> - R\$ 8,51 POR M <sup>3</sup>	2 M <sup>3</sup>	17,02
ESGOTO		
ACRÉSCIMO(S) DESCS) ANT. 12/2017		6,00
JUROS DE MORA 12/2017		0,50

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 15,38 PIS E COFINS LCI 12.243/32

VENCIMENTO:

05/03/2018

Total a Pagar:

R\$ 170,56



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

IMPRESO  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
21 MAR. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu IZA MONIA DINIZ NOBREGA DA SILVA inscrito (a) no CPF 062.385.924 / 70 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisca Monteiros Clementino inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.111.094 / 55, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Francisca Monteiros Clementino, inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.111.094 / 55, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

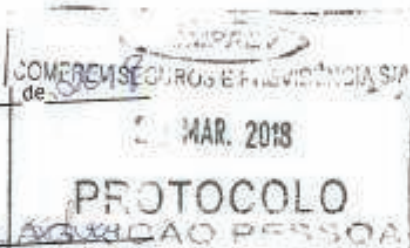
☒ Recuso informar

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

Endereço <u>RUA GENARIO S. GOMES</u>		Número <u>464</u>	Complemento
Bairro <u>LOT. VIEIROPOLIS</u>	Cidade <u>São Bento</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58865-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>83-99902.1881</u>

SÃO BENTO de MARCO  
Local e Data

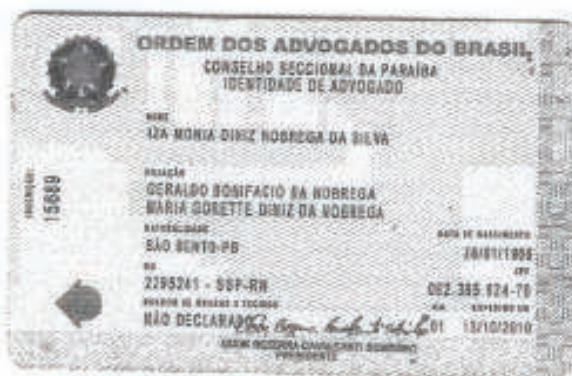
IZA MONIA DINIZ NOBREGA DA SILVA  
Assinatura do Declarante



DLDRLO01 V001/2017









**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 0800765-90.2018.8.15.0881

AUTOR: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**DECISÃO/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).

Por sua vez, o Magistrado poderá conceder a gratuidade de justiça em relação a algum ou a todos os atos processuais, ou reduzir percentual de despesas processuais que o beneficiário tiver de adiantar no curso do procedimento (art.98, §5º do CPC).

Desse modo, entendo que a determinação de pagamento do valor integral das custas traria à parte autora uma sobrecarga para o seu sustento e de sua família, em decorrência do valor estimado.

Observa-se que o entendimento consolidado da nossa jurisprudência pátria, como ao final será demonstrado, é o de que o benefício da justiça gratuita mostra-se cabível mediante simples declaração assinada pelo requerente, desde que não contrariada pelos demais elementos do processo.

Por se tratar, a declaração, de presunção *juris tantum*, é permitido ao juiz indeferir o pedido de gratuidade de justiça, ainda que não impugnada pela parte contrária, desde que, diante do caso concreto, mensuradas a situação econômica e social do postulante e natureza da causa, verifique a possibilidade da parte em arcar com o pagamento das verbas processuais.

Assim, no intuito de garantir o acesso à justiça e da mesma forma garantir o pagamento de valores devidos aos gastos públicos pela movimentação da máquina da Justiça Estadual (as custas judiciais decorrem da utilização efetiva de um serviço público e são destinadas a atividades específicas da Justiça – art.98, §2º da CF), **CONCEDO a gratuidade da JUSTIÇA** em relação ao pagamento de todas as verbas do art. 98, §1º CPC/2015, exceto quanto ao pagamento das **custas judiciais, reduzidas ao percentual de apenas 20% do valor original**.

Ademais, intime-se a parte autora para proceder o recolhimento das custas processuais reduzidas, no **prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de cancelamento da distribuição do presente processo**. No mesmo prazo, poderá a parte juntar documentos que comprovem que não pode pagar as custas, ainda que reduzidas. Sua inércia acarretará a extinção do feito.

Por fim, ressalto que a decisão que concede a gratuidade está condicionada à cláusula *rebus sic standibus* e não gera preclusão *pro judicato*.

Informo que no PJE a Guia, em valor inferior, nos termos dessa decisão, poderá ser retirada junto ao Distribuidor por meio do sistema na área destinada às “Custas Finais”.

**Recolhidas as custas na forma acima detalhada, dê-se seguimento ao feito nos termos abaixo.**

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.

**João Lucas Souto Gil Messias - Juiz de Direito**

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





TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA  
**COMARCA DE SÃO BENTO**  
Fórum Gov. João Agripino Filho  
Rua Álvaro Silva, 65, Centro, São Bento-PB  
CEP 58.865-000 Tel.: (83) 3444-1225

PROCEDIMENTO COMUM (7)

[SEGURO]

Processo nº 0800765-90.2018.8.15.0881

AUTOR: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### CERTIDÃO

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito desta Vara Única, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) devidamente INTIMADO(A)(S) da decisão de ID.17569332, para proceder o recolhimento das custas processuais reduzidas, **no prazo de 15 (quinze) dias**, sob pena de cancelamento da distribuição do presente processo..

O referido é verdade e dou fé.

São Bento-PB, 4 de dezembro de 2018.

**SHANALLY ELIAS MARQUES**  
Analista Judiciária







TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA  
**COMARCA DE SÃO BENTO**  
Fórum Gov. João Agripino Filho  
Praça Álvaro Silva, 65, Centro, São Bento-PB  
CEP 58.865-000 Tel.: (83) 3444-1225

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[SEGURO]

Processo nº 0800765-90.2018.8.15.0881

AUTOR: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### **CERTIDÃO (DECURSO DE PRAZO)**

**CERTIFICO, a(o) MM. Juiz(a) de direito em razão de meu ofício, para que produza os devidos efeitos legais, que o sistema PJe registrou ciência e decurso de prazo para parte autora. Senão vejamos:**

Certifico, outrossim, que renovo a conclusão para decisão/despacho.  
O referido é verdade e dou fé.

São Bento-PB, 25 de junho de 2019.

**THALES DINIZ NOBRE**  
Chefe de Cartório









TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA  
**COMARCA DE SÃO BENTO**  
Fórum Gov. João Agripino Filho



**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) [SEGURO] Processo nº 0800765-90.2018.8.15.0881**  
**AUTOR: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE**  
**SEGUROS**


*Certifico, para os devidos fins, que a parte autora compareceu pessoalmente em cartório e solicitou fosse juntada comprovante de custas recolhido. O referido é verdade. Dou fé.*

*São Bento-PB, 10 de outubro de 2019.*

*THALES DINIZ NOBRE Chefe de Cartório*



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> 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: 088.8.19.00690/01
			Data de emissão: 09/10/2019
Nº do Processo: 0800765-90.2018.815.0881	Comarca: São Bento	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2019
Número da guia: 088.2019.600690      Tipo da Guia: Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 101,26      Promovente: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO - Taxa Judiciária: R\$ 50,63      Promovido: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 153,24
			Desconto total: R\$ 0,00
866900000013 532409283183 520191031084 881900690010 			Valor final: R\$ 153,24

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> 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: 088.8.19.00690/01
			Data de emissão: 09/10/2019
Nº do Processo: 0800765-90.2018.815.0881	Comarca: São Bento	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/10/2019
Número da guia: 088.2019.600690      Tipo de Guia: Custas Ocasionais de Destituição do Benefício da Justiça Gratuita			UFR vigente: R\$ 50,63
Promovente: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO      Promovido: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento:			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 153,24
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final:





*Thales Diniz Nobre* - 08/10/2019

TERM 00114808 AGENTE 114808 AUTE 38319  
COBAN:066882 LOJA:0001 PDV:114808  
09/10/2019 BANCO DO BRASIL 14:28:00  
113498201 CORRESPONDENTE BANCARIO 0117

COMPROVANTE PAGAMENTOS COM COD.BARRA

CONVENIO: TRIBUNAL DE JUSTICA-PB

6659080001 53246928318 52019103100  
68198869001  
NR. DOCUMENTO 14.888  
NR. CONVENIO 761.383-0  
DATA DO PAGAMENTO 09/10/2019  
VLR DO PAGAMENTO 153.24

NR.AUTENTICACAO 8.847.DC2.275.782.043





**Poder Judiciário da Paraíba  
Corregedoria-Geral da Justiça  
PROVIMENTO 3**

**Datado e assinado eletronicamente.**

**Proferir despacho/decisão/sentença.**

**Juiz(a) Corregedor(a)**







**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 0800765-90.2018.8.15.0881

AUTOR: FRANCISCA MONTEIRO CLEMENTINO

REU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## DESPACHO

Vistos, etc.

Custas devidamente recolhidas (id. 25186052), na forma da decisão anterior.

Considerando que a 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, **dedigno o perito oficial EDUARDO CHAGAS CARVALHO, 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 promovida 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** em substituição

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

