

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MOTORISTA, COM RG: 3085958 SSDS/PB E CPF: 057.195.224-09, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA FELINTO MARTINS, 569, PEREIRO, CEP: 58.840-000, POMBAL – PB.

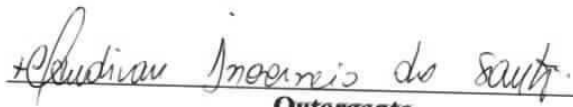
OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08; com escritório profissional a rua Francisco Almeida, nº 219, centro CEP: 58.840-000, Pombal – PB. Tele-fax: (83) 3431-1825 / Cel. (83) 9 9974-6390 (TIM) e (83) 9 8164-0979 (VIVO)

PODERES:

Pelo presente instrumento de mandato, o(a) outorgante acima qualificado(a), nomeia e constitui o outorgado seu bastante procurador, com os mais amplos poderes, inclusive os gerais para o foro, representá-lo em juízo ou fora dele, de acordo com o estatuto da Advocacia – Lei 8.906/94, bem como perante qualquer repartição pública Federal, Estadual ou Municipal podendo dito procurador, com vistas ao cabal desempenho deste mandato, tudo requerer e praticar, patrocinar a defesa dos interesses do(a) outorgante como autor(a) ré(u), oponente, assistente, ou de qualquer forma interessada, usar dos poderes contidos na cláusula “*ad judicium*”, mais os **poderes especiais** de receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, acordar, discordar, arguir suspeições, excepcionar, prestar caução, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15) e finalmente praticar todo e qualquer ato que se faça necessário ao fiel e cabal desempenho do presente mandato, dando tudo por firme e valioso.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

POMBAL - PB, 09 / 04 / 2020.


Outorgante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MOTORISTA, COM RG: 3085958 SSDS/PB E CPF: 057.195.224-09, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA FELINTO MARTINS, 569, PEREIRO, CEP: 58.840-000, POMBAL – PB, declara sob as penas da lei, que não pode arcar com despesas processuais por insuficiência de recursos, pelo que, nos termos assegurados pelos arts. 98 e seguintes do Código de Processo Civil/2015, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Declaro, ainda, ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais, caso o presente documento não porte a verdade.

Pombal-PB, 09 de ABRIL de 2020.

x Claudivan Inocencio dos Santos
DECLARANTE

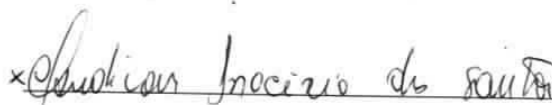


DECLARAÇÃO DE ISENTO DE IMPOSTO DE RENDA

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, BRASILEIRO, SOLTEIRO, MOTORISTA, COM RG: 3085958 SSDS/PB E CPF: 057.195.224-09, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA FELINTO MARTINS, 569, PEREIRO, CEP: 58.840-000, POMBAL – PB em conformidade com a Lei nº 7.115/1983¹, declaro que sou isenta da obrigação de declarar o imposto de renda devido ao fato de não me enquadrar nas condições especificadas pela Receita Federal.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Pombal - PB, 09 de ABRIL de 2020.

 _____

¹ Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008. A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83.



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

NOME
CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

DOC. EMITIDOR / ORG. EMISSOR UF
3085958 SSDS PB

CPF
057.195.224-09

DATA NASCIMENTO
19/09/1984

FUNÇÃO
CARLESIO DINIZ DOS SANTOS
JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC CATIMA
AD

Nº REGISTRO
05209739372

VALIDADE
06/04/2020

1ª HABILITAÇÃO
30/08/2011

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
POMBAL, PB

DATA EMISSÃO
22/06/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
33578375617
PB030322138

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1096083111

PROIBIDO PLASTIFICAR

1096083111



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.

Nº 040.714.887



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 15.915.823-8

DADOS DO CLIENTE

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS
RUA FELINTO MARTINS 569
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/207128-0

REFERÊNCIA

MAR/2020

APRESENTAÇÃO

19/03/2020

CONSUMO

57

VENCIMENTO

26/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 51,59

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 02/04/2020

Pagador: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS CNPJ/CPF: 057.195.224-09

RUA FELINTO MARTINS 569 - PEREIRO - POMBAL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120013421253	000207128202003	26/03/2020	R\$ 51,59	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: JAKES RAMOS WANDERLEY - 28/05/2020 16:56:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052816565935700000029836167>

Número do documento: 20052816565935700000029836167

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

3ª Superintendência Regional

19ª Delegacia Seccional

2ª Delegacia Distrital de Pombal

Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 262/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 21/01/2018– por volta das 17:00horas

Local do ocorrido: Estrada vicinal que liga o Sítio Santa Maria a Pombal- PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 14/04/2018– 10:10 Horas

COMUNICANTE:

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS, Filiação: Carlesio Diniz dos Santos e Jacira Inocencio dos Santos; **Profissão:** motorista; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** bras.; **Data de Nascimento:** 19/09/1984; **Endereço Residencial:** Rua Felinto Martins, 569, Pereiros, Pombal-PB; //; **Telefone:** 83 9 96927062/**Portador de RG nº** 3085958 **SSP-PB. CPF** 057.195.224-09

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia a motocicleta **HONDA CG 150 FAN ESI – PRETA– PLACA OGF 8430/PB, CHASSI 9C2KC1670DR000960, ANO /MODELO 2012/2013**, licenciada em nome de MARCOS ANTONIO DE SOUSA; Que o comunicante afirma que perdeu o controle da motocicleta em uma poça de lama, vindo a cair na estrada; Que teve fratura na perna esquerda, além de algumas escoriações; Que foi socorrido pelo SAMU, para o Hospital Regional de Pombal, tendo sido atendido e liberado, voltando posteriormente para realização de cirurgia após 15 dias do acidente; Que testemunharam o fato as pessoa de pessoas de JOSE HELIO MOURA NUNES, RG 2.930.356 SSP-PB, residente a Rua Júlio Carlos Lucena de Medeiros, s/n, Ap 102, Altiplano, Pombal-PB; e FRANCINILDO VIEIRA DA NOBREGA, RG 3.765.890 SSP-PB, residente a rua João Capuxu, ap. 01 – 1 andar, centro – Pombal-PB. Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 14 de ABRIL de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE 1: Claudiovan Inocencio dos Santos

1ª Testemunha: Jose Helio Moura Nunes

2ª Testemunha: Francinildo Vieira da Nobrega

Marcos de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4

Policial responsável pela lavratura do boletim:



23/04/2020

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

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 para a emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200146668 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO JG TORRESEG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS


CPF/CNPJ: 05719522409

Posição em 23-04-2020 08:44:29

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será realizado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/04/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
16/04/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (<a data-bbox="427 1736 1366 1792" href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ltqjbH10vWzvBsGZgjpIvA==/tPapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75mdJO+6PW__sRTF3twHPBxG4=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ltqjbH10vWzvBsGZgjpIvA==/tPapi_key=f2GhmXERRx23eMQ7q1E75mdJO+6PW__sRTF3twHPBxG4=)





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3180268255

Data da solicitação: 09/04/2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

CPF do beneficiário: 057.195.224-09

Nome do solicitante: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

CPF do solicitante: 057.195.224-09

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (083) 999746322
DDD

Tel. Comercial: (083) 981488766
DDD

Tel. Residencial: (083) 34311825
DDD

E-mail: claudivan-inocencio@bol.com.br

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA ☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO ☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO ☒ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- ☐ Novos documentos médicos
- ☐ Laudo do IML
- ☐ Boletim de Ocorrência
- ☐ Notas fiscais complementares
- ☒ Outros: IMAGEM DO RX COM LAUDO

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

MEU PEDIDO DO SEGURO DPVAT FOI NEGADO NO DIA 25/06/2018 INFORMANDO QUE NÃO TENHO SEQUELAS! NÃO PASSEI POR JUNTA MÉDICA DA SEGURADORA E NÃO SEI QUAL FOI O MOTIVO DESSA NEGATIVA, FIZ NOVOS EXAMES DE RX NO DIA 10/11/2018 CONSTATANDO IRREGULARIDADE DOS CONTORNOS DA REGIÃO METADIAFISÁRIA DISTAL DA FÍBULA, ME ENCONTRO COM SEQUELA PERMANENTE E QUERIA PASSAR POR MÉDICO DA SEGURADORA!

POMBAL - PB, 09/04/2020

Local e Data

Claudivan Inocencio dos Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





Prefeitura Municipal de Pombal
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU 192 Regional - Sousa



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 43.4.03

Clínico

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA	
Data: 21/01/18	Ocorrência: 0044
Paciente / Usuário: Anderson Indenli	Idade: 33
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fern: <input type="checkbox"/>
Local da Ocorrência: UBS Santa Maria	Bairro: _____
Médico Regula: _____	_____
Apelo no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito <input type="checkbox"/> Outros: _____	OTA: MOTIVO: _____

DESTINO	
LOCAL 1: IRRP	RESPONSÁVEL: _____
LOCAL 2: _____	RESPONSÁVEL: _____
OBS: _____	OBS: _____

TIPO DE ABRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)	ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO - OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO: _____	MEDICAMENTOS: _____ PATOLOGIA(S): _____ ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: _____ VACINAS: _____

EXAME FÍSICO	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ALTO ESTADO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
FUNÇÃO MOTORA: <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
PELE E MUCOSA: <input checked="" type="checkbox"/> PALIDO <input type="checkbox"/> TÍCTICO <input type="checkbox"/> CIANÓTICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> SUOROSA <input type="checkbox"/> PETEQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMOSAS <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> DISPNEIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ <input type="checkbox"/> MV+ <input type="checkbox"/> MV- <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ASSISTÓLIA <input type="checkbox"/> BCF <input type="checkbox"/> PULSO - NORMAIS <input type="checkbox"/> PULSO FURIFORMES	
SISTEMA DIGESTIVO: DIETA: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SUE / ABDOME: <input type="checkbox"/> OLBOSO <input type="checkbox"/> PLANO <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> DOLOR A PALPAÇÃO <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO INTESTINAL <input type="checkbox"/> DIARRÉIA <input type="checkbox"/> DESENTÉRIA <input type="checkbox"/> HEMATEMÉSE <input type="checkbox"/> HEMATECÁS <input type="checkbox"/> VÔMITOS OUTRO: _____	
SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/> MIDISÓRIA <input type="checkbox"/> POLACIÓRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATÚRIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SVD DU: _____ ml <input type="checkbox"/> SVA	
QUEIXA PRINCIPAL: <input checked="" type="checkbox"/> DOR / LOCAL: M I E PARESTESIA / LOCAL: _____ PARALISIA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> OUTRA: _____	

EXAME FÍSICO	
VVAA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRES <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA: _____ °C GLICEMIA CAPILAR: 88 mg/dl	
FR: 14 lpmv SpO2 SEM O2: 97 % / SpO2 COM O2: _____ % FC: 100 bpm PA: 110 mmHg PERFUSÃO: <input checked="" type="checkbox"/> < 2s <input type="checkbox"/> > 2s	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: _____	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: _____	
EVOLUÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> ENFERMEIRO <input type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM	

Paciente vítima de acidente de carro!
Leito 1 BDE do trauma + AOP F.
SRB + hemostase + Depressão + O2.
Paciente ferido M I E.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E ASSINATURA)	
ENFERMEIRO: James Leide Brito	COREN: 487830
TÉCNICO DE ENFERMAGEM: _____	COREN: _____
CONDUZIR SOCORRIS: _____	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____
MÉDICO (VISTO): _____	_____



RELAÇÃO DOS PERTENCES:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CFF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR: QUANTIDADE:	MARCA:	MODELO:	MARCA:	MODELO:		
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	OUTROS:	
CARTÕES DE BANCO	1	2	3	NOMES DO BANCO:		
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$						
CAÇADOS (MARCA):	RÉGIO (MARCA):		ANEIS (QUANTIDADE):			
BRINCOS (QUANTIDADE):	PULSEIRAS (QUANTIDADE):		OUTROS:			
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES:						
SETOR:	FUNÇÃO:					
ASSINATURA DO RECEBEDOR				CARIMBO DO RECEBEDOR		

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAS	QUANT.
ASAS 100mg		LODOL (PIMCETA 250ml)	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10ml		ATADURA DE CREPON 15cm	
AMIODARONA		CATETER TIPO OCULOS	
ATROPINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTROPIL 25mg		EQUIPO MACROGOTAS	
D-CLOFENACO 75mg		ESPARADRAPO	
DIPHONA 1g		FITA DE GLUCEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLOAMINA EMPOSTA (BUSCORAN COMP)		GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
PENOTEROL GOTAS		GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100um)	
FLUROSEMIDA		JELCO Nº	
GLUCOSE 50%		LANCOL DESCARTÁVEL	
HITROCORTISONA 100mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500mg		LUVA ESTÉRIL Nº	
IPRATROPIC OTAS		MASCARA DESCARTÁVEL	
ISORTIL 5mg		SCALP Nº	
METOCLOPRAMIDA		SERINGA Nº	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
SOLUÇÃO DE GLUCOSE A 5%		OUTROS:	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERRALINA			
OUTROS			

) ATENDIMENTO NO LOCAL () RECUSA

NOME:	RG
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA:



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Ardeite Auto

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: *Claudiovon Inácio Souto*

COR: *B*

DATA DE NASCIMENTO: *19/09/81*

IDADE: *33*

SEXO: *M*

NOME DA MÃE: *Lucia Souto*

PROFISSÃO: *Intervista*

CARTÃO DO SUS: *705.0048 9560 4151*

RG/CNH: *30.85.958*

MUNICÍPIO: *Pombal*

ENDEREÇO: *Rua - Pombal 300m*

ESTADO: *PB*

CEP: *59940-000*

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____

DATA DE ATEND.: *11/01/18*

SINAIS VITAIS:

PA: _____

SPO: _____

FC: _____

R: _____

HGT: _____

T: _____

PESO: _____

GESTANTE: () SIM () NÃO

SE SIM, SEMANAS: _____

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

Paciente, vítima de queda de rede, plágio 15, lesões, ferimentos e abalos na articulação, dor e limitação de movimento em membros

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: *RX*

RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° _____
- 2° _____
- 3° _____
- 4° _____
- 5° _____
- 6° _____
- 7° _____
- 8° _____
- 9° _____
- 10° _____
- 11° _____
- 12° _____
- 13° _____
- 14° _____
- 15° _____
- 16° _____
- 17° _____
- 18° _____
- 19° _____



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

Queda de peso

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

ASS./COREN:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

☐ 1 - PRESCRIÇÃO

☐ OBSERVAÇÃO

ENCAMINHAMENTO:

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNAÇÃO

☐ 2 - APLICADA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ ÓBITO

☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
0301060061	22	51	25	

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 05/02/2018 08:34:13

Ocorrência: **CIRURGIA**

Servidor do Dr.: _____

0222

Paciente **CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS**

Idade: 33 Sexo M

Filiação

Pai: **CARLESIO DINIZ DOS SANTOS**

Mãe: **JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS**

Endereço

Cidade: **POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101**

Endereço: **MIGUEL BRILHANTE**

N.:

Bairro: **PEREIRO**

Naturalidade: **POMBAL - PB**

Fone:

Documentos

CNS: **705-0048-7560-7151**

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: **19/09/1984**

Cor: **PARDA**

Estado Civil: **CASADO(A)**

Profissão: **AGRICULTOR(A)**

Responsável: _____

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

*Paciente vítima de acidente de moto
e fratura com tórax (E)*

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

Sin a presença de moléstia lateral

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

RX e Rx tórax (E)

Diagnóstico:

Fratura do osso lateral

Motivo da Alta: _____

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: **FATIMA**



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

4 - PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

705-0048-7560-7151

6 - DATA DE NASCIMENTO

19/09/1984

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

PARDA

9 - NOME NA MÃE

JACIRA INOCENCIO DOS SANTOS

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

CARLESIO DINIZ DOS SANTOS

12 - ENDEREÇO

MIGUEL BRILHANTE

N.º

PEREIRO

13 - BAIRRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 Cód IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença crônica de origem de natureza traumática
1m tmg @

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doença crônica de natureza traumática

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura aberta lateral

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Interação hospitalar

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

Ortopedia

Unipolar

() CNS () CPF

036784304-51

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. José Cassiano Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 2804 - C.R.M. 19497
1604-1605

05/02/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

1 / 1



HOSPITAL REGIONAL DE POMBA "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Cláudio Inocencio dos SantosFiliação: Lucia Inocencio dos SantosSexo: Masc. Idade: 33a Cor: PardaProcedência: Clínica Cirúrgica Data: 05/02/18Cirurgião: Dr. Pr. Cassimiro Auxiliar: _____Anestesista: Dr. Saldanha Anestesia: Raque + SedaçãoInício da anestesia: 18:00' Término: 18:09' Duração: _____Início da intervenção: 18:10' Término: _____ Duração: _____

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos

Amanda Rodrigues de Almeida
Enfermeira
COREN-PB 264578



Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5"/ 3,5"/4,5"	01
Serra ortopédica	01
Aguilha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner N° 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

Amanda Rodrigues de Almeida
Enfermeira
COREN-PB 264578



[illegible]

Siddharta G. Lacerda
Médico
FOLHA DE ANESTESIA



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL	
NOME DO PACIENTE	Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	LEITO
OPERADOR	1º AUXILIAR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR
ANESTESISTA	TIPO DE ANESTESIA
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	
TIPO DE OPERAÇÃO	
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

1) Incisão em DPH. 2) de 10 cm de comprimento.
2) Incisão de 10 cm de comprimento.
3) Incisão de 10 cm de comprimento.
4) Incisão de 10 cm de comprimento.
5) Incisão de 10 cm de comprimento.
6) Incisão de 10 cm de comprimento.
7) Incisão de 10 cm de comprimento.
8) Incisão de 10 cm de comprimento.
9) Incisão de 10 cm de comprimento.
10) Incisão de 10 cm de comprimento.

Jr. José Cassimiro Neto
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PA: 7801 CRM/PL: 19407
TEDE 1525





Paciente: CLAUDIVAN INOCÊNCIO DOS SANTOS
Nº do Paciente: PB18416
Data de Nascimento: 19/09/1984
Data do Exame: 10/11/2018
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO TORNOZELO ESQUERDO

RELATÓRIO:

Irregularidade dos contornos da região metadiáfisária distal da fibula, podendo corresponder a sequela de fratura antiga.

Demais estruturas ósseas regionais de aspecto morfológico preservado.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

**Assinado Eletronicamente por: Dr Eduardo Ungaro CRM 24086-PR
| Médico-radiologista RQE 15085-PR | CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 10/11/2018 11:12:36 GMT -3 (Brasília Time)**

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114



CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTO CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTO CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTO
E

10/11/2018





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO PARAÍBA
1ª VARA MISTA DA COMARCA DE POMBAL

Processo: 0800526-12.2020.8.15.0301

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto: [Seguro]

AUTOR: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS

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

DESPACHO

Defiro o benefício da justiça gratuita (art. 98, CPC).

De acordo com o art. 334 do CPC, quando a petição inicial preencher os requisitos e não for o caso de improcedência liminar, deveria ser designada data para realização de audiência de conciliação ou de mediação, a não ser que ambas as partes manifestem desinteresse pelo ato.

No entanto, considerando os princípios fundamentais que regem o direito processual civil moderno, especialmente a duração razoável do processo, entendo que, no caso dos autos, a conciliação é improvável, razão pela qual a realização da citada audiência neste momento somente contribuiria para o atraso na marcha processual.

Ademais, na exordial, a parte autora manifesta o desinteresse na composição.

Assim, deixo de designar a audiência de conciliação, sem prejuízo de fazê-lo adiante, se a medida se mostrar adequada para abreviar o acesso das partes à melhor solução da lide.

Destarte, **cite-se** a parte promovida para apresentar contestação via sistema no prazo de quinze dias, caso possua Procuradoria cadastrada no PJe.

Cumpra-se.

Pombal/PB, data e assinatura eletrônicas.

Juiz de Direito



De ordem do MM. Juiz da 1ª Vara de Pombal/PB e com amparo no art. 93, inciso XIV, da CF c/c o art. 203, § 4º, do Novo CPC, além do art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça e da alínea “m”, do inciso I, do art. 1º, da PORTARIA Nº 01/2020 – GJ – 1ª VARA[1], e em atenção, ainda, à Recomendação Conjunta CNJ/AGU/MTPS nº 01 de 15 de Dezembro de 2016, **DESIGNO A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA NO DIA 27 de agosto de 2020 às 11h na CEMOAN.** Nomeio o(a) perito Dr(a). Thiago Martins Formiga, médico ortopedista, CRM-PE 2441, concedendo-lhe o prazo de dez dias para apresentação do laudo, a contar da data do exame médico a ser realizado no(a) promovente (art. 465 do CPC). Informe-se a(o) médico(a) nomeado(a) que será paga a quantia de R\$ 200,00 (duzentos reais) pelo exame pericial, em conformidade com o Convênio 015/2014, o qual foi firmado entre a Seguradora Líder e o Tribunal de Justiça, onde restaram estabelecidos os parâmetros para a designação e pagamento dos peritos judiciais em feitos vinculados ao seguro obrigatório de danos pessoais por veículos automotores de via terrestre – DPVAT. **Ficando as partes intimadas para, no prazo de cinco dias, indicarem os assistentes técnicos e formularem seus quesitos, caso não os tenham apresentado, bem como para tomarem ciência da data do exame pericial.** Fica o(a) promovente, intimado por meio do advogado habilitado, para comparecer, na data e local designados, portando exames, receituário, laudo e/ou qualquer outro documento relativo a atendimento médico relacionado a patologia noticiada na exordial. O perito deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, podendo elas comparecerem ao ato acompanhadas de assistente técnico. Juntado o laudo, intem-se as partes para conhecimento, podendo falar em quinze dias. No mesmo prazo, ficará a seguradora intimada para efetuar o depósito dos honorários do perito. Notifique o representante do Ministério Público, caso haja a presença de incapaz.

[1] PORTARIA Nº 01/2020 – GJ – 1ª VARA (...) RESOLVE: Art. 1º. Delegar aos servidores da 1ª Vara da Comarca de Pombal a prática dos seguintes atos de administração e de mero expediente: I – Quanto aos processos cíveis em geral: m) Com amparo no art. 93, inciso XIV, da CF c/c o art. 203, § 4º, do Novo CPC, além do art. 87, item 06, do Provimento nº 01, de 25 de março de 2009, da Corregedoria da Justiça Federal da 5ª Região, NOMEAR perito(a)(s) [médicos, assistentes sociais, etc.] cadastrado(a)(s) no sistema AJG/TRF5ª para, sob o pagamento de R\$ 200,00 (reais) pelo exame pericial (Resolução nº 305/14 do CJF), atuar em processos previdenciários de auxílio doença/acidente/aposentadoria por invalidez, assim como nos que envolvam benefício assistencial (BPC/LOAS), DESIGNANDO data e local para sua realização, com o encaminhamento dos quesitos adotados por este juízo. Com a juntada do(s) laudo(s), intimar as partes para conhecimento, podendo falar no prazo comum de quinze dias. Não havendo pedido de complementação das conclusões periciais, requisitar o pagamento do(a)(s) perito(a)(s) por meio do sistema de Jurisdição Delegada do TRF5ª.





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
1ª Vara Mista de Pombal

PROCESSO Nº 0800526-12.2020.8.15.0301
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro]

AUTOR: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

INTIMAÇÃO -ADVOGADO DA PARTE AUTORA

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) MM Juiz(a) de Direito deste 1ª Vara Mista de Pombal, e em cumprimento a determinação constante dos autos da ação em epígrafe, fica a parte autora, através de seu(s) advogado(s) abaixo indicado(s), INTIMADA(s) para tomar ciência da nomeação do perito Dr(a). Thiago Martins Formiga, médico ortopedista, CRM-PE 2441 para realização de perícia médica no dia **27 de agosto de 2020 às 11h, no Centro Medico Ozias Arruda Neto - CEMOAN**, localizado na **Rua Vicente de Paula Leite, 601 - Jardim Rogério, Pombal - PB, 58840-000, telefone (83) 3431-1531**, devendo o causídico providenciar o comparecimento do(a) autor(a) na data e local designados, portando exames, receituário, laudo e/ou qualquer outro documento relativo a atendimento médico relacionado a patologia noticiada na exordial, bem como deverá, no prazo de cinco dias, indicar os assistentes técnicos e formular seus quesitos, caso não os tenham apresentado.

POMBAL-PB, 8 de julho de 2020.

Analista/Técnico Judiciário





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
1ª Vara Mista de Pombal

PROCESSO Nº 0800526-12.2020.8.15.0301
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro]

AUTOR: CLAUDIVAN INOCENCIO DOS SANTOS
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO DA PARTE PROMOVIDA PARA PERÍCIA MÉDICA

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). , MM Juiz(a) de Direito deste 1ª Vara Mista de Pombal, fica CITADA a promovida: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. por todos os atos do processo acima mencionado, para querendo, apresentar defesa, ficando INTIMADA para tomar ciência da nomeação do perito Dr(a). Thiago Martins Formiga, médico ortopedista, CRM-PE 2441, com honorários no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em conformidade com o Convênio 015/2014, para realização de perícia médica no **dia 27 de agosto de 2020 às 11h, no Centro Medico Ozias Arruda Neto - CEMOAN**, localizado na Rua Vicente de Paula Leite, 601 - Jardim Rogério, Pombal - PB, 58840-000, telefone (83) 3431-1531, devendo oferecer, no prazo de 15 (quinze) dias, seus quesitos, bem como indicar os assistentes técnicos e apresentar cópia do processo administrativo pertinente.

POMBAL-PB, 8 de julho de 2020.



Analista/Técnico Judiciário

