



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO, brasileira, solteira, agricultora, portadora da Cédula de Identidade nº 3.320.953 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 080.988.204-32, residente e domiciliada na Rua Manoel Antonio Simão, 167, Frei Damião, Manaira/PB, CEP: 58.995-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “**ad judicium et extra**”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Itaporanga/PB, 22 de julho de 2020.

X Dalvanete dos S. Cipriano

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



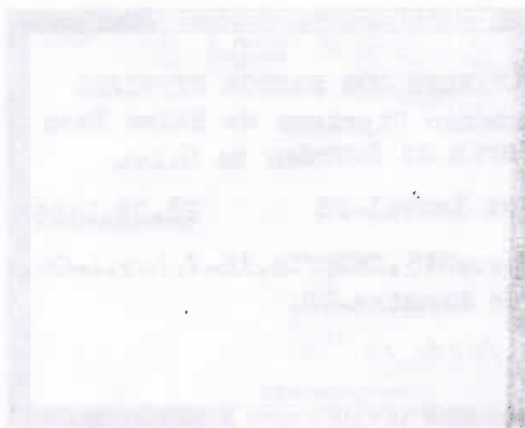
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO**, brasileira, solteira, agricultora, portadora da Cédula de Identidade nº 3.320.953 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 080.988.204-32, residente e domiciliada na Rua Manoel Antonio Simão, 167, Frei Damião, Manaira/PB, CEP: 58.995-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Itaporanga/PB, 22 de julho de 2020.

X Dalvanete dos S. Cipriano
Declarante





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3320033 DATA EXPEDIDA 04/11/2005

NOME DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

FILIAÇÃO Antonio Cipriano da Silva Neto
Maria de Lourdes da Silva

NATURALIDADE Princesa Isabel-PB DATA DE NASCIMENTO 28.08.1985

Cert. Nascimento 5.165.116-V, Liv. A-06

Cert. de Manaira-PB.

CPF 11.161.116-1

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição
080.988.204-32

Nome
DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

Nascimento
28/08/1985





EXTERIORES
BETIO KOWEKO DOZ STALCO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 15544 Série 00031-PB



Daluzinete dos Santos Lipriano
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Dalvanete dos Santos Cipriano

Loc. Nasc. Princesa Isabel Est. PB Data 28/08/85

Filiação Antonio Cipriano da Silva Neto
Maria de Lourdes da Silva

Doc. Nº RG Nº 33.90.953, SSP - PB

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 07/02/2006 DRT Manaus - PB

R. Romero dos Santos Dmores
Assinatura do Funcionário

SELIO ROMERO DOS SANTOS DMARES
EMISSOR CTPS | Mpl. Nº



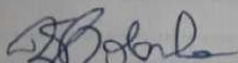
CONTRATO DE TRABALHO

Empresa: OROSTRATO OLAVO SILVA BARBOSA
 Endereço: FAZ. BELA VISTA Estado: MG
 Município: GUARANESIA
 Cód Estabelecimento (CNAE): 0161003
 Cargo: SAFRISTA
 CBO: 62190
 Data de admissão: 18/04/07

Chapa: 0919092

Registro: 004903

Remuneração específica: Por produção, garantido o piso salarial da categoria no valor de R\$ 405,00 (quatrocentos e cinco reais) por mês.



P/P OROSTRATO OLAVO SILVA BARBOSA

1º 2º
 Data saída 20 de Setembro de 2007

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

p. p. OROSTRATO OLAVO SILVA BARBOSA

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

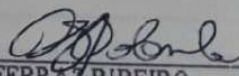
CONTRATO DE TRABALHO

Empresa: SERGIO FERRAZ RIBEIRO
 Endereço: FAZ. BREJÃO Estado: MG
 Município: ARCEBURGO
 Cód Estabelecimento (CNAE): 0161003
 Cargo: SAFRISTA
 CBO: 62190
 Data de admissão: 24/03/08

Chapa: 1206390

Registro: 002610

Remuneração específica: Por produção, garantido o piso salarial da categoria no valor de R\$ 415,00 (QUATROCENTOS E QUINZE REAIS) por mês.



P/P SERGIO FERRAZ RIBEIRO

1º 2º
 Data saída 10 de Junho de 2008

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

p. p. Dr. Sergio Ferraz Ribeiro

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

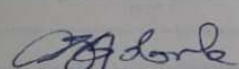


CONTRATO DE TRABALHO

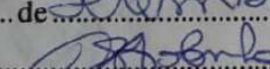
Empresa: OROSTRATO OLAVO SILVA BARBOSA
 Endereço: FAZ. BELA VISTA Estado: MG
 Município: GUARANESIA
 Cód Estabelecimento (CNAE): 0161003
 Cargo: SAFRISTA
 CBO: 62190
 Data de admissão: 14/08/08

Chapa: 0919555 Registro: 005370

Remuneração específica: Por produção, garantido o piso salarial da categoria no valor de R\$ 477,30 (QUATROCENTOS E SETENTA E SETE REAIS E TRINTA CENTAVOS) por mês.


 P/P OROSTRATO OLAVO SILVA BARBOSA

1º 2º
 Data saída 10 de Setembro de 2008


 p. p. OROSTRATO OLAVO SILVA BARBOSA

1º 2º

Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: AGRICOLA MONCOES LTDA

C.N.P.J.: 04.939.296/0002-42
 LOGR.: RUA WENCESLAU BRAZ, 295

MUNICÍPIO: ARCEBURGO UF: MG

ESP. ESTABELEC: CULTIVO DE CANA DE AÇÚCAR

CARGO: RURICOLA BRACAL - CATACAO CANA

C.B.O: 622110

DATA ADMISSÃO: 03/04/2009

REGISTRO Nº: 102003 FLS/FICHA: 10200

REMUNERAÇÃO ESPEC.: (2,43) P/HORA

(Dois Reais e Quarenta e Tres

Centavos * * * * *)

ou produção a apurar, pagas mensalmente


 AGRICOLA MONCOES LTDA

Data saída 17 de Maio de 2009

AGRICOLA MONCOES LTDA.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD N°



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: ESPÓLIO DE FIRMINO ROCHA DE FREITAS
CEI: 11.283.00.185/83
Endereço: FAZENDA DA ONÇA
Município: GUARANÉSIA **Estado:** MG
Esp. Estab.: AGROPECUÁRIA
Cargo: TRABALHADOR AGROPECUÁRIO EM GERAL **CBO:** 6210-05
Data Admissão: 11 DE ABRIL DE 2013.
Registro Nº: 01 **Fls/Ficha:** 2854.
Remuneração: 24,86 (VINTE E QUATRO REAIS E OITENTA E SEIS CENTAVOS) POR DIA, PAGAMENTO MENSAL.

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Esplio de Firmino Rocha de Freitas

CPF 005.141.018-49

1º
 Data saída 19 de julho de 2013

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Esplio de Firmino Rocha de Freitas

CPF 005.141.018-49

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Louis Dreyfus C. Agroindustrial S/A
 00.831 373/0036-34
 ROD ARMANDO DE S OLIVEIRA, KM 396
 BEBEDOURO -
 Cargo: RURICOLA
 C.B.O.: 622505
 Data Admissão: 19 de Agosto de 2013
 Registro nº: 00165709 Ficha: 0000059898
 Salário variável por dia, com pagamento quinzenal, conforme quantidade de caixas de frutas cítricas colhidas

Louis Dreyfus C. Agroindustrial S/A

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Data saída: 12 de Janeiro de 2014

Louis Dreyfus Commodities Agroindustrial S.A.

Com. Dispensa CD Nº 1304 662749



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

SERGIO PEDREIRA DE FREITAS

CEI: 50.018.11569-89

Fazenda Fortaleza, s/n - Zona Rural.

Arceburgo MG

Esp. Do estabelecimento: Agropecuária

Cargo: Auxiliar de Limpeza / 5143-20

Data admissão: 04 de Maio de 2015.

Registro nº: 05 - Fls. /Ficha: 34

Remuneração especificada: R\$3,58 por hora
(Três reais e cinquenta e oito centavos -x-x-x-)

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 03 de Abril de 2017

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Com. Dispensa CD Nº 7744030523
110517

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

SERGIO PEDREIRA DE FREITAS

CEI: 50.018.11569-89

Fazenda Fortaleza, s/n - Zona Rural.

Arceburgo MG

Esp. Do estabelecimento: Agropecuária

Cargo: Trab. Agrícola Polivalente / 6220-20

Data admissão: 01 de Fevereiro de 2018.

Registro nº: 05 - Fls. /Ficha: 35

Remuneração especificada: R\$954,00 por mês
(Novecentos e cinquenta e quatro reais -x-x-x-)

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 13 de Abril de 2018

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº



Acompanhe sua solicitação

Olá, informe os dados abaixo para acompanhar sua solicitação

Nome

DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO

CPF

080.988.204-32

Data de nascimento

28/08/1985

Nome da mãe

MARIA DE LOURDES DA SILVA

☐ Mãe desconhecida



Emergencial

Acompanhamento

Você está no Cadastro Único do Governo Federal

Situação:
Aprovado



Num. 32946720 - Pág. 1



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL:

Nº. 225 / 2020

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA E HORA DO FATO: 10 / Fevereiro / 2020 HORAS 18h.

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: José Pereira de Sousa

Notificante/Vítima:

DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO, natural de Princesa Isabel -PB, Solteira, agricultora, nascida no dia 28.08.85, filha de Antonio Cipriano da Silva Neto e Maria de Lourdes da Silva, RG 3.320953/SSP/PB e CPF 080.988.204-32, residente na R. Manoel Antonio Simão, 167 Bairro Frei Damião Manairá-PB.

Dados dos Fatos:

O (a) Notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima mencionadas, regressava de Santana de Mangueira para sua residência, pela Rodevia que liga as duas cidades, no carona de veículo HONDA CG 150 TITAN KS, cor vermelha, ano 2006 placa KIP3403/PE e chassi 9C2KC08106R921338, em nome de ADEIMA MEDEIROS NOGUEIRA DELFINO e conduzida na ocasião por EDMILSON, quando em uma curva da Rodevia ocorreu uma colisão, vindo ambos a cair no acostamento, sendo a Notificante levada para sua residência e em seguida acionaram o Serviço de SAMU que a conduziu para atendimento Hospitalar.

Itaperanga, PB Em, 13 de Fevereiro de 2020

Notificante/Vítima: x Dalvanete dos Santos Cipriano

Escrivão Plantonista: Eco. Silva

EC. SILVA
POLICIA
CH. CANTO



SINISTRO 3200240173 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO**CPF/CNPJ:** 08098820432**Posição em 16-07-2020 12:22:09**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/07/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 MANAÍRA - PB

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: UBS 15

IDENTIDADE / OCORRÊNCIA

DN:

SUS:

DATA: 30/02/2020	OCORRÊNCIA Nº: 326	PACIENTE: DALLANETO DOS SANTOS CIPRIANO	IDADE: 39A	SEXO: <input type="checkbox"/> MAS <input checked="" type="checkbox"/> FEM																												
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Rua Francisco P. de Sousa	BAIRRO: Centro	MÉDICO REGULAR: DRº YK CENIO																														
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRO POR TELEFONE <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO																																
TIPO DE AGRAVO																																
DOENÇAS PRÉ EXISTENTES																																
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL																													
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL																													
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGADO/AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA																													
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL																													
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES _____																													
<input type="checkbox"/> F.A.B	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS																													
<input type="checkbox"/> F.A.B.(P.A.F)		<input type="checkbox"/> DOENÇAS CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS																													
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO		<input type="checkbox"/> DOENÇA-INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS																													
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS																																
EXAME INICIAL																																
A	Via aérea	<input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo Estranho <input type="checkbox"/> Broncoaspiração <input type="checkbox"/> Edema de Glote																														
B	Respiração	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Insuficiência Resp. Aguda <input type="checkbox"/> Parada Ventilatória <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea <input type="checkbox"/> Assistida <input type="checkbox"/> Controlada <input type="checkbox"/> Ausculta Normal <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Erisema Sub-cutânea																														
C	Circulação	<input type="checkbox"/> Pulso Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cheio <input type="checkbox"/> Fino <input type="checkbox"/> Parada Cárdio Respiratória <input type="checkbox"/> Pele Normal <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Choque Hipovolêmico																														
D	Neurológico	<table><tr><td>Abertura Ocular</td><td>Resposta Verbal</td><td colspan="2">Resposta Motora</td></tr><tr><td>Esponânea <input checked="" type="checkbox"/> 04</td><td>Orientada <input checked="" type="checkbox"/> 05</td><td>Obedece comandos <input checked="" type="checkbox"/> 06</td><td></td></tr><tr><td>A voz <input type="checkbox"/> 03</td><td>Confusa <input type="checkbox"/> 04</td><td>Localiza dor <input type="checkbox"/> 05</td><td></td></tr><tr><td>A dor <input type="checkbox"/> 02</td><td>Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 03</td><td>Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 04</td><td></td></tr><tr><td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 01</td><td>Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 02</td><td>Flexão anormal <input type="checkbox"/> 03</td><td></td></tr><tr><td></td><td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 01</td><td>Extensão anormal <input type="checkbox"/> 02</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td>Nenhuma <input type="checkbox"/> 01</td><td></td></tr></table> <div><input type="checkbox"/> Normal Sonolência <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Coma Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Miose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Foto Reagente <input type="checkbox"/> Não Reagente Déficit Sensitivo <input type="checkbox"/> à Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Otorragia</div>			Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora		Esponânea <input checked="" type="checkbox"/> 04	Orientada <input checked="" type="checkbox"/> 05	Obedece comandos <input checked="" type="checkbox"/> 06		A voz <input type="checkbox"/> 03	Confusa <input type="checkbox"/> 04	Localiza dor <input type="checkbox"/> 05		A dor <input type="checkbox"/> 02	Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 03	Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 04		Nenhuma <input type="checkbox"/> 01	Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 02	Flexão anormal <input type="checkbox"/> 03			Nenhuma <input type="checkbox"/> 01	Extensão anormal <input type="checkbox"/> 02				Nenhuma <input type="checkbox"/> 01	
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora																														
Esponânea <input checked="" type="checkbox"/> 04	Orientada <input checked="" type="checkbox"/> 05	Obedece comandos <input checked="" type="checkbox"/> 06																														
A voz <input type="checkbox"/> 03	Confusa <input type="checkbox"/> 04	Localiza dor <input type="checkbox"/> 05																														
A dor <input type="checkbox"/> 02	Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 03	Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 04																														
Nenhuma <input type="checkbox"/> 01	Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 02	Flexão anormal <input type="checkbox"/> 03																														
	Nenhuma <input type="checkbox"/> 01	Extensão anormal <input type="checkbox"/> 02																														
		Nenhuma <input type="checkbox"/> 01																														

E.C.G.: ☐ Normal ☐ Coronária ☐ Art Condução ☐ Não Realizado

SINAIS VITAIS

P.A.: 120 X 80 mmHg FC: 95 FR: 19 TEMP: 36,4 °C GLICEMIA: _____ mg/dl Saturação O2: 100%

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO AMEAÇA ☐ ESPONTÂNEO ☐ PROVOCADO ☐ METRORRAGIA ☐ PARTO A TERMO

☐ PRÉ TERMO ☐ PÓS TERMO ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____ DUM: _____



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
INTERVENÇÕES:**

BSUV + PUNÇÃO VENOSA

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (História):

PACIENTE VÍTIMA ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, CLASSE 15, CORTE CONTINUA
COM MODICATO DE SUTURA NA REGIÃO FEMORAL, FRATURA DE MÃO,
IMOBILIZADA COM GIPS, MODICATO COM, ENCAMINHADA A UPA.

PROCEDIMENTOS:

() DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS () INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL () CÂNULA OROFARÍNGEA () CRICOTIREOSTOMIA () RESPIRADOR
() VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") () INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) () DRENAGEM TORÁCICA () MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
() DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☒ CONTROLE DE HEMORRÁGIA ☒ CURATIVO ☒ PUNÇÃO VENOSA () Sonda GÁSTRICA () S. VESICAL
() SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS () COLAR CERVICAL () TALAS/TRACÇÃO () OROTRAQUEAL () OUTROS:

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

SIC 100 ml

DESTINO DO PACIENTE / UNIDADE DE ATENDIMENTO:

UPA

RESPONSÁVEL RECEBIMENTO:

FUNÇÃO:

MOTIVO DE TRANSPORTE:

() APOIO DIAGNÓSTICO ☒ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE () TRANSFERÊNCIA SIMPLES
() OUTROS:

ENCAMINHAMENTO:

() LIBERADO APÓS ATENDIMENTO () ÓBITO NO LOCAL () ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
() ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL () DECÚBITO LATERAL () DECÚBITO VENTRAL () SENTADO
() ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME:

RG:

ASSINATURA:

IDENTIDADE DA EQUIPE:

ENFERMEIRO(a): REGINA FERREIRA

COREM:

MAT:

TÉC. DE ENFER: Thamara

COREM:

117864.2

MAT:

CONDUTOR: Joãoimar L da SILVA

CNH:

34.202.022.15

MAT:



FICHA DE INTERNAÇÃO

(AM 07)

INTERNAÇÃO	94253	PRONTUÁRIO	46972
DATA	10/02/2020	HORA	22:35
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	WRAMALHO
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRINCESA-ISABEL HOSPITAL REGIONAL DE PRI		
MÉDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO AUTOMÓVEL		
PACIENTE	DALVANETE DOS SANTOS CÍPRIANO	IDADE	34a 5m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DE LOURDES DA SILVA		
FILIAÇÃO II	ANTONIO CÍPRIANO DA SILVA NETO		
CIDADE	MANAIRA PB 58995000		
ENDEREÇO	RUA ADELINO SANTOS DINIS 67		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL		
TELEFONE	CELULAR 83998967479		
C.N.S.	700808438111588	IDENTIDADE	3320953
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	28/08/1985	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTORA

RESPONSÁVEL MARIA DE LOURDES DA SILVA Ass. Resp./Paciente *Maria de Lourdes da Silva*

ANAMNESE (História da Moléstia Atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

*Vítima acidente em (Carro) - acidente
hoje em 10h.
Ficou em 150.*

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

*orientada
N10.
dor
edema HH 4+*

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

lesão tecidual distal

CID

DADOS DA SAÍDA

Data *13/02/2020*

Hora *08 H 00*

MOTIVO



() Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

*Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 10332 TEOT 15100*

*Dr. Leonardo Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 10332 TEOT 12000*






PACIENTE: Dalvaete dos Santos Cipriano					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL <small>UFPA - JANDARA CARVALHO</small>  GOVERNO DA PARAIBA
QT.:	LEITO:	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 34a	REGISTRO: 46972	
CIRURGIA: Redução do Pênis		CIRURGIÃO: Camelencio			
ANESTESIA: Sedação		ANESTESISTA: Tavris			
INSTRUMENTADORA: Trigo		DATA: 11.02.20	INÍCIO: 11:10	FIM: 11:30	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/(soro) e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor 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	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparadrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Agulha Descartável
1	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 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		



 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL RUA TANQUE CARVALHO		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
Nome do Paciente: <i>Salvatore dos Santos Lima</i>					Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <i>11/02/2020</i>		Enf.:		Leito:		
Cirurgião: <i>Dr. Gumberto Silva</i>		1º Auxiliar:				
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:		
Anestesista: <i>Dr. Davy</i>		Tipo de Anestesia:				
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura nula distal @</i>						
Tipo de Cirurgia: <i>Fxo unguis</i>						
Diagnóstico Pós-Operatório:						
Relatório Imediato do Patologista:						
Exame Radiológico no ato:						
Acidente Durante a Cirurgia:						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Paciente em 204 no bloco quirúrgico / Antissepsia + campo unguis / Redução imediata + fixação percutânea a 02 fios K" / Curativos + talco.

[Assinatura]
 Dr. Gumberto Mendes de S. Filho
 CRM-PB 7519
 Ortopedia e Traumatologia

RELATÓRIO DE CIRURGIA





Paciente: Juliano Santos Diagnóstico: Leishmaniose
Setor/Enfermagem: Leito: 100 Data: 05/08/2020

PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIOS				INTERCORRÊNCIA DAS 24 HORAS			
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
17.											
18.											
19.											
20.											
21.											
22.											
23.											

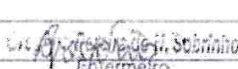
SINAIS VITAIS											
06:00 h				12:00 h				18:00 h			
Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm	Tax:	°C	P:	bpm
R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%	R:	irpm	SpO ₂ :	%
PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg	PA:	x	mmHg	mmHg
HGT:	mg/dl	mg/dl	mg/dl	HGT:	mg/dl	mg/dl	mg/dl	HGT:	mg/dl	mg/dl	mg/dl
Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml	Diurese:	ml	ml	ml

Visita Médica: Data: / / h

Valter Fernandes, Luciana
CORRESPONDENTE 115.75

Valter Fernandes, Luciana
CORRESPONDENTE 115.75

DIGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

() DOR AGUDA relacionada a agente lesivo e/ou trauma evidenciado p/ relato verbal	() Risco para disfunção neurovascular relacionado ao trauma evidenciado por obstrução vascular, desorientação, agitação, torpor e coma;
() DOR AGUDA relacionada a patologia inespecífica evidenciado por relato verbal	() Risco para infecção relacionado a trauma, exposição ambiental aumentada, queimaduras e evidenciada por elevação da temperatura corpórea, destruição da pele e exsudatos, relato verbal de dor;
() DOR CRÔNICA relacionada a patologia evidenciada por incapacidade de deambular	() RISCO PARA DÉBITO CARDÍACO relacionado a resistência vascular aumentada, vasoconstrição, isquemia do miocárdio evidenciado por elevação da pressão arterial, relato de tonturas, mal estar e cefaleia;
() DÉBITO CARDÍACO ALTERADO relacionado a frequência cardíaca alterada evidenciado por bradicardia, taquicardia e/ou precordialgia	() RISCO DE LESÃO Prevenir compressão da mucosa traqueal pelo balonete ("cuff") insuflando-o adequadamente
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ relacionado a ansiedade evidenciado por, dispnéia, tosse e batimentos da asa do nariz, tiragem intercostal e saturação alterada	() RISCO para perfusão gastrointestinal ineficaz relacionado a peristaltismo e evidenciado por relatos de eliminação gastrointestinal alterada (diarreia e cólica)
() NAUSEA / ÊMESE relacionada ingestão de alimentos evidenciada por palidez cutânea	() PERFUSÃO TISSULAR RENAL ALTERADA relacionada a circulação sanguínea alterada evidenciada por edemas (face, abdome e membros)
() HIPOTERMIA relacionada a alterações corpóreas evidenciada por tremor, pele fria e pegajosa, cianose nos leitos unguesais e hipertensão arterial	() Mobilidade gastrointestinal disfuncional - relacionado a ausculta hipoativa do intestino e relacionado a tempo prolongado entre uma evacuação e outra;
() HIPOTERMIA relacionada ao aumento da temperatura corpórea evidenciada por pele avermelhada, calor ao toque, frequência respiratória aumentada e taquicardia	() RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL relacionada monitoração inadequada da glicemia evidenciada pela falta de controle do diabetes e auto consumo cerebral
() Mobilidade física prejudicada relacionada a força insuficiente para movimentar-se e evidenciada por queda da própria altura e/ou de veículo automotivo	() Volume de líquidos excessivos / relacionado a mecanismos reguladores e evidenciado por derrame pleural congestão pulmonar, anasarca, reflexo hepatojugular positivo
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA relacionada a fatores mecânicos (FAB) e evidenciado por destruição de camadas da pele;	() Risco de choque relacionado a pacientes com hipovolemia e hipotensão severa evidenciado por cansaço aos mínimos esforços, fraqueza e cianose ungueal
() Proteção ineficaz relacionado a patologias crônicas e/ou tratamento oncológico e evidenciado por fadiga, fraqueza e imobilidade física	() Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a desidratação, diarreia disfunção renal evidenciado por perda de elasticidade e turgor da pele
() Eliminação urinária prejudicada, relacionado a bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical, disúria e bexigoma	() Risco de sangramento relacionado a aneurismas / distúrbios gastrointestinais como varizes, doenças ulcerativa gástrica, pólipos evidenciado por presença de melena, hemorragia digestiva alta e choque hipovolêmico
Intercorrências diurna	Intercorrência noturna
<p><i>Paciente em pós-operatório imediato por</i> <i>EGR. consciente, orientada, deambulando</i> <i>adequadamente, normotensa, apresentando</i> <i>distensão abdominal moderada, diurese oral após</i> <i>eliminação fisiológica preservada,</i> <i>segue aos cuidados da equipe.</i></p>	
<p style="text-align: center;">  Enfermeiro ENFERMEIRO 035.814 </p>	
<p>Enfermeiro</p>	



RELATÓRIO DIURNO	RELATÓRIO NOTURNO
<p>paciente 34 anos consciente orientado, sono e repouso preservado, verificado SSV, medicado conforme prescrição médica e segue aos cuidados da enfermagem.</p> <p><i>[Assinatura]</i> Giriena Fernandes Lucena Coren-PB 944.281-TE</p>	<p>PACIENTE 34 ANOS EVOLUI EM ESTADO GERAL REGULAR CONSCIENTE ORIENTADO DE AMBU LADO SONO E REPOUSO PRE SERVADO 99 VV EPM FOI MEDICADO CONFORME PRES CRIAÇÃO SEM QUEIXAS NO MO MENTO E SEGU E SEGU AOS CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM</p> <p><i>[Assinatura]</i> Valdete Rosa Serafim COREN-PB 369.115-TE</p>
<p>Técnico em enfermagem</p>	<p>Técnico em enfermagem</p>



DIGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

() DOR AGUDA relacionada a agente lesivo e/ou trauma evidenciado p/ relato verbal	() Risco para disfunção neurovascular relacionado ao trauma evidenciado por obstrução vascular, desorientação, agitação, torpor e coma;
() DOR AGUDA relacionada a patologia inespecífica evidenciado por relato verbal	() Risco para infecção relacionado a trauma, exposição ambiental aumentada, queimaduras e evidenciada por elevação da temperatura corpórea, destruição da pele e exsudatos, relato verbal de dor.
() DOR CRÔNICA relacionada a patologia evidenciada por incapacidade de deambular	() RISCO PARA DEBITO CARDÍACO relacionado a resistência vascular aumentada, vasoconstricção, isquemia do miocárdio evidenciado por elevação da pressão arterial, relato de tonturas, mal-estar e cefaleia;
() DEBITO CARDÍACO ALTERADO relacionado a frequência cardíaca alterada evidenciado por bradicardia, taquicardia e/ou precordialgia	() RISCO DE LESÃO Prevenir compressão da mucosa traqueal pelo balonete ("cuff") insuflando-o adequadamente
() PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ relacionado a ansiedade evidenciado por, dispnéia, tosse e batimentos da asa do nariz, tiragem intercostal e saturação alterada	() RISCO para perfusão gastrointestinal ineficaz relacionado a peristaltismo e evidenciado por relatos de eliminação gastrointestinal alterada (diarréia e cólica)
() NAUSEA / ÊMESE relacionada ingestão de alimentos evidenciada por palidez cutânea	() PERFUSÃO TISSULAR RENAL ALTERADA relacionada a circulação sanguínea alterada evidenciada por edemas (face, abdome e membros)
() HIPOTERMIA relacionada a alterações corpóreas evidenciada por tremor, pele fria e pegajosa, cianose nos leitos ungues e hipertensão arterial	() Mobilidade gastrointestinal disfuncional - relacionado a ausculta hipoativa do intestino e relacionado a tempo prolongado entre uma evacuação e outra
() HIPOTERMIA relacionada ao aumento da temperatura corpórea evidenciada por pele avermelhada, calor ao toque, frequência respiratória aumentada e taquicardia	() RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL relacionada monitoração inadequada da glicemia evidenciada pela falta de controle do diabetes e auto consumo cerebral
() Mobilidade física prejudicada relacionada a força insuficiente para movimentar-se e evidenciada por queda da própria altura e/ou de veículo automotivo	() Volume de líquidos excessivos / relacionado a mecanismos reguladores e evidenciado por derrame pleural, congestão pulmonar, anasarca, reflexo hepatojugular positivo
() INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA relacionada a fatores mecânicos (FAB) e evidenciado por destruição de camadas da pele;	() Risco de choque relacionado a pacientes com hipovolemia e hipotensão severa evidenciado por cansaço aos mínimos esforços, fraqueza e cianose ungueal
() Proteção ineficaz relacionado a patologias crônicas e/ou tratamento oncológico e evidenciado por fadiga, fraqueza e imobilidade física	() Risco de desequilíbrio eletrolítico relacionado a desidratação, diarréia, disfunção renal evidenciado por perda de elasticidade e turgor da pele
() Eliminação urinária prejudicada, relacionado a bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical, disúria e bexigoma	() Risco de sangramento relacionado a aneurismas / distúrbios gastrointestinais como varizes, doenças ulcerativa gástrica, pólipos evidenciado por presença de melena, hemorragia digestiva alta e choque hipovolêmico

Intercorrências diurna

paciente com ECR, sexo masculino, 1,70 m, 70 kg, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação anti-hipertensiva, com queixas de dor no peito e falta de ar.

Intercorrência noturna

12-02-2020 às 21:45h. Paciente em uso de medicação anti-hipertensiva, com queixas de dor no peito e falta de ar, apresentando sinais de insuficiência cardíaca, com edema de membros inferiores.

Maria Luana Alves de Nascimento

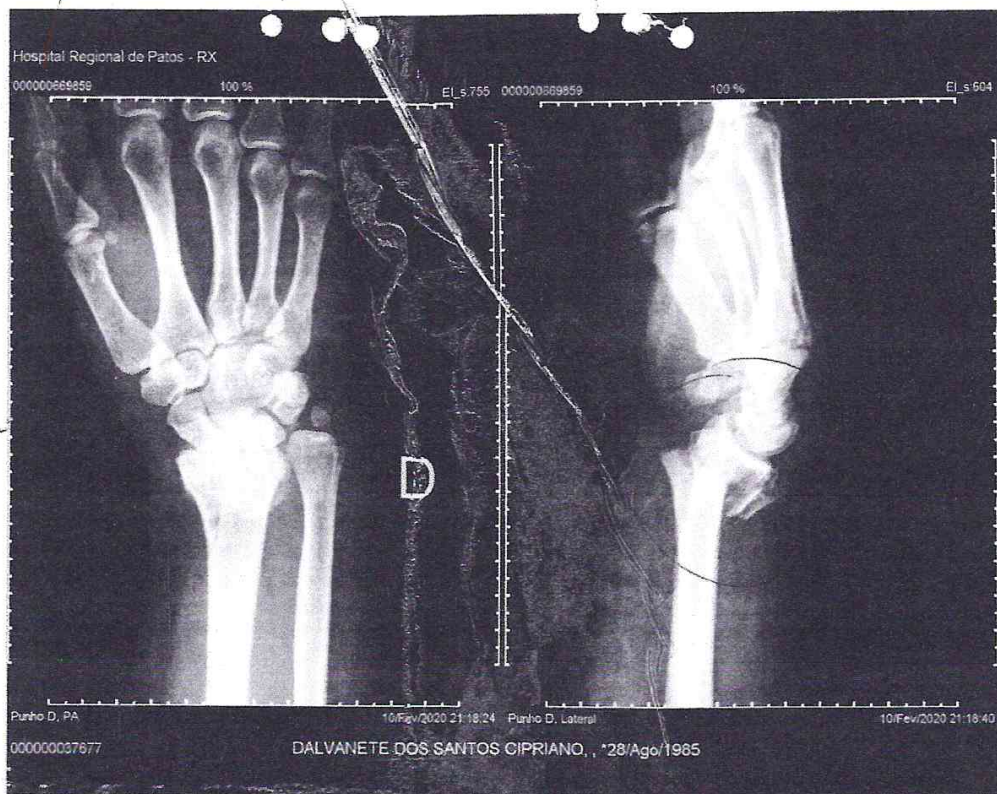
Enfermeira
CURRÍCULO Nº 11926

Enfermeiro



RELATÓRIO DIURNO	RELATÓRIO NOTURNO
<p>Paciente evolui em ECR, higiene, realiza curativo em região frontal, com evolução fisiológica, clausura à 2%, agitação dos SSVV conforme rotina, administrando medicação, sob Prescrição médica. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</p> <p>Edna Tira de Oliveira Enfermagem COREN-PB 609.304</p>	<p>Paciente consciente, orientada, deambulando, dieta por VO, diurese espontânea. Realizado aferição de SSVV e medicação CPN. Sem nenhuma queixa. Sem nenhuma queixa. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem.</p> <p>Vânia Lucena Téc. em Enfermagem COREN-PB 980.976</p> <p>Hospital</p>
Técnico em enfermagem	Técnico em enfermagem









Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Mista de Princesa Isabel

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800964-08.2020.8.15.0311

DECISÃO

Vistos, etc.

Trata-se AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT proposta por DALVANETE DOS SANTOS CIPRIANO em desfavor de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVATS.A. A parte autora **pede** a gratuidade da justiça. Atribui à causa o valor de R\$ 1.000,00 (mil reais). Junta documentos.

Vieram-me os autos conclusos.

É o relatório. **Fundamento e decido.**

DA CORREÇÃO DO VALOR DA CAUSA

Segundo disposição do art. 292 do CPC, a toda causa será atribuído valor certo ainda que não tenha conteúdo econômico aferível.

Na espécie, a parte autora ajuizou a presente demanda, na qual busca indenização em razão de lesões supostamente sofridas em acidente de trânsito. Alegou o recebimento de valores a menor e/ou indeferimento do pleito administrativo. Apesar de não informar o valor que pretende a título de indenização, aduz que o valor máximo da indenização poderá chegar ao importe de R\$ 13.500,00(treze mil e quinhentos reais), consoante disposição do art. art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74.

Neste sentido, o autor atribuiu como valor causa, apenas o importe de R\$ 1.000,00 (mil reais), valor este que resta em descompasso com o quanto disposto na forma do art. 292, do CPC, pois, o valor indicado não corresponde ao proveito econômico da demanda.

O valor da causa deve ser corrigido de ofício.

Assim sendo, tendo em vista que não houve indicação do valor preciso e consoante com o proveito econômico da demanda, bem assim, tendo em vista a possibilidade de a indenização pleiteada chegar ao valor total de R\$ 13.500,00(treze mil e quinhentos reais), **CORRIGO DE OFÍCIO** o valor da causa para o importe de R\$ 13.500,00(treze mil e quinhentos reais), o que faço com fulcro nos termos do art. 292, § 3º do CPC.

1. Ademais, **Defiro** o pedido de justiça gratuita, nos termos do art. 98 do CPC/2015.
2. Informam os autos que o autor requereu pagamento de seguro DPVAT, porém não obteve o pagamento que entende devido, o que torna necessária a realização de perícia médica no autor(a), para melhor elucidação dos fatos.



3. Determino ao cartório que adote as providências necessárias à realização de perícia no(a) autor, inclusive, intimando-se as partes para, querendo, indicarem seus quesitos e seu(s) assistente(s) técnico(s) para acompanhar o exame pericial, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, devendo o perito observar o questionário abaixo.

Nesse contexto, NOMEIO como perito auxiliar desse juízo o Dr. **TIAGO MARTINS FORMIGA**, cujos dados são acessíveis a Escriwania para fins de comunicação.

Arbitro os honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais).

Comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, **requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Princesa Isabel/PB.**

Com a informação intimem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem a esta unidade judicial para fins de realização da perícia médica, devendo o autor trazer consigo todos os exames e receitas médicas que possua e que se relacionem com a doença / enfermidade alegada na inicial.

Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos contidos nos autos, formulados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão ou fratura no membro inferior esquerdo que cause debilidade no autor? b) As lesões comprometem as funções do referido membro? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas? d) As lesões porventura identificadas são compatíveis com sequelas decorrentes de acidentes como o narrado nos autos?

Intimem-se as partes, **cientificando a parte acionada de que deverá arcar com os honorários periciais**, a serem pagos em até 10 (dez) dias após a realização da perícia, nos termos do Convênio firmado com o Tribunal de Justiça.

Após a apresentação do laudo pericial, adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito.

4. Nesta mesma oportunidade, **cite-se a ré** para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 (quinze) dias úteis, **após a juntada do laudo da perícia judicial**, sob pena de revelia, ocasião em que o ente deverá apresentar toda a documentação que interesse ao julgamento da causa.

5. Juntado o laudo judicial, intimem-se as partes para se pronunciarem a respeito, no prazo de 05 (cinco) dias, apresentando, se for o caso, proposta de acordo para por fim à lide.

6. Em sendo proposto acordo, intime-se a parte adversa para dizer se o aceita, em 05 (cinco) dias úteis.

Cite-se. Intimem-se.

CUMPRA-SE.

PRINCESA ISABEL, 18 de agosto de 2020.

Juiz(a) de Direito



Tendo em vista a nomeação anterior do perito Dr. **TIAGO MARTINS FORMIGA**, médico previamente cadastrado perante o TJPB, faço os autos conclusos para os devidos fins.





Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Mista de Princesa Isabel

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0800964-08.2020.8.15.0311

DECISÃO

Vistos etc.,

Tendo em vista o Teor da Certidão retro e o quanto aportado em demandas similares (substituição de perito), chamo o feito à ordem para determinar os seguintes comandos:

1. Retifico o despacho retro, para o fim de tornar sem efeitos a nomeação do perito lá constante, ao passo que, nomeio o médico perito **DR. MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA**, para o presente caso, cujos dados são acessíveis a escrivania para fins de comunicação.

2. Intime-se as partes da presente Decisão, para querendo manifestar-se no prazo de 05 (retro) dias.

Sem manifestação contrária, CUMPRA-SE o despacho retro, designando-se a necessária perícia determinada.

Intimem-se.

PRINCESA ISABEL/PB, data e assinatura eletrônicas.

Maria Eduarda Borges Araújo

Juíza de Direito

