

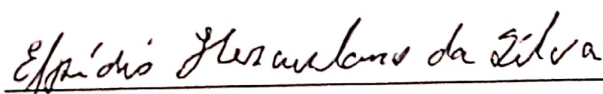
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA, brasileiro, viúvo, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 432987 SSP/RO, inscrito no CPF sob o nº 343.569.404-15, residente e domiciliado rua Vicência Rodrigues de Vasconcelos, 206, Joao Olegário, São Bento -PB, , pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora:

OUTORGADA: MAYARA SOARES SILVEIRA, brasileira, casada, Advogada OAB/PB nº. 19.046 e ANA LUÍSA ALVES VERAS, brasileira, solteira, estagiária em direito, inscrita no CPF sob o nº: 070.573.124-31, com escritório profissional situado à Rua Ana Maria Ribeiro, nº. 280, Centro, São Bento-PB.

PODERES: a quem confere amplos poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seu (a) advogado (a), representar o (a) outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Artigo 105 do Código de Processo Civil, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

São Bento-PB, 06 de novembro de 2020.



ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Digitalizado com CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas, telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233729

Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 945,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000004917

Conta: 000006307-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAM - existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solti retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Digitalizado com CamScanner



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
18ª Delegacia Seccional Católica do Rocha-PB
Delegacia de São Bento
Fone (83)3444-2804
Disque denúncia 197



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 355/2020

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data do fato: **10/12/2019** hora: **04:00 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , nascido em / / , documento: ,
filho(a) de e de , endereço: ***** , referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(ª): **EDMILSON DOS SANTOS A. NETO**

Vítima: **ELPIDIO HERCULANO DA SILVA**, alcunha " ", Nacionalidade:
brasileira, naturalidade: Paulista-PB, idade: 58 anos, nascido em
06/09/1960, cor/raça: ***** , Estado Civil: Viúvo , Profissão:
agricultor, Escolaridade: alfabetizado , documento: CPF
343.569.404-15, filiação: Elviro Manoel Herculano e de Eliza Maria
da Conceição, endereço: Rua Vicencia Rodrigues de Vasconcelos, 206,
João Olegário, São Bento-PB, referência: . Tel/Cel:(83) 99838-
8840;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que comparece para informar que na data de 10/12/2020 por volta das 04:00 hrs conduzia a moto Honda Biz 125 ES, 2006/2006, prata, chassi 9C2JA04206R825222, placa MNG-8222 licenciada e de propriedade de Francisca Sueli de Sousa Ramalho; Que trafegava pela Av. Pedro Eulámpio entre os postos de combustíveis, Vieira e Dois Irmãos, quando colidiu na traseira do caminhão de coleta de lixo que estava estacionado; Que em consequência do acidente sofreu uma fratura na perna direita; Que recebeu os primeiros atendimentos no hospital de São Bento-PB e em seguida encaminhado para o hospital de regional de trauma de Patos-PB onde foi submetido a cirurgia. Nada mais a consignar.

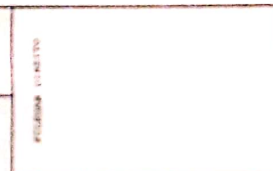
São Bento-PB, 30 de junho de 2020. Às 09:29 horas.

Elpidio Herculano da Silva

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

P. T.
Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2



Digitalizado com CamScanner



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o Paciente Elpidio Horacio O. P. ^{59 anos}
Residente na (o) Denerio Saturnino dos Santos / Sotearmento Patal
Município de Recife - PE
Para o (a) Hospital Regional
Na cidade de Patos

MOTIVO

paciente vítima de colapso por trauma
ocasionado por acidente de trânsito de veículo
rodoviário em via pública. Lesões múltiplas
e conduta de resgate em localidade

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

Atenciosamente,

São Bento -PB, em 10/12/18

Dr. Antonio Rogério de L. Paiva
Médico
CRM-PB 8420 RN 7473
CNS 700803134002750





10 ☐ Retardado (>25%) ☐ Atrasado

ALSO

atras ☐ Desagregado ☐ Fato ☐ Causa ☐ Anomalia

C.G.

na ☐ Atrasado ☐ Não realizado

MANE NEUROLÓGICO

ação ☐ Simultânea ☐ Cruz ☐ Contralateral ☐ Oculogênia ☐ Rigidez ☐ Mioclonia

MANE GINECO-OBSTÉTRICO

anamnese ☐ Menstruação vaginal ☐ Normal ☐ Semelhante ☐ Trabalho de parto ☐ Outros: _____

MANE GINECO-OBSTÉTRICO

MANE GINECO-OBSTÉTRICO

PROCEDIMENTOS

obstrução vias aéreas ☐ Intubação nasol / orotraqueal ☐ Cineses orofaringeas ☐ Oxiacelulose / oxímia ☐ Ventilação mecânica (manual - "AMBU")

placido ☐ Instalação de oxigênio (O₂) ☐ Desagregação torácica ☐ Massagem cardíaca externa ☐ Desfibrilação / cardioversão ☐ Controle de hemorragia

ativo ☐ Função ventose ☐ Sonda gástrica ☐ Sonda vesical ☐ Sonda ☐ Imobilização de membros ☐ Otor cervical ☐ Tala / tração

freqüência ☐ Outros: _____

CAINAMAMENTO

TRATAMENTO / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

9 F99%

VALIAÇÃO / INTERCORRÊNCIAS

p.c. com c. Gu't. - 55 UN ptamz, subgêdo putado de
interf. c. oss. a. up 5 F99% e encaminhado ao
Hann P. Exat. sig. 16.000 m. de co.

VALIAÇÃO / INTERCORRÊNCIAS

modo após atendimento ☐ Recusa o atendimento ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento ☐ Óbito durante o transporte

EXEMPLO DE TRANSPORTE

modo de transporte ☐ Conduto lateral ☐ Conduto ventral ☐ Sentado ☐ Elevação de extremidade (colapso)

EXEMPLO DE SAÚDE

DATA

_____ R.G.: _____

ASSINAR

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

DE: _____

PERSONA: Jul M. Soares

CO DE ESPECIAL:

UNID: Unid. 1000

CRM: _____

CORE: 372.507

CORE: COREN/PB: 372.507

PARTE: _____

PARTE: 372507

PARTE: _____

PARTE: _____



NOME: ELPÍDIO HERCULANO DA SILVA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE CAUSADO POR MOTOCICLETA NA CIDADE DE SÃO BENTO – PB NO DIA 10/12/2019. APRESENTAVA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE PATOS, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 4.5 mm E PARAFUSOS CORTICAIS. NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE DE ALTA ORTOPÉDICA.

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ DE 30 (TRINTA) CENTÍMETROS EM FACE ANTERIOR DA PERNA, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE 2,5 CENTÍMETROS, DEFICIT DE FORÇA FORÇA EXTENSORA DO JOELHO E TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40° E DA EXTENSÃO EM 10°, APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE MODERADA.

APRESENTA UM COMPROMETIMENTO MODERADO DA FUNÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO (50%)

SÃO BENTO – PB 14/08/2020

Dr. Tiago Martins Fortes
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PS 8035 - CRL-PE 24477
TEOT 14/30

Digitalizado com CamScanner



aguardando
atendimento
OT-11

AM02

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 10/12/19 Hora: 11h30 Gênero: (X) M () F Idade: 58 anos
 Nome/Nome Social: Epidio Honelans da Silva
 Origem*: Hospital de São Bento Regulado? (X) Sim () Não
 Encaminhado? (X) Sim () Não
 Cidade: São Bento Transporte: ambulância (Branco)
 Queixa principal/História atual de doença/Início dos sintomas: Fratura exposta de tíbia e fíbula direita

Motivo do atendimento* 053 Acidente de trabalho? () TS? ()

Alergia? (X) Não () Sim

Uso de medicação? () Não (X) Sim Captopril, glibenclâmida, outu

Doença prévia? () Não (X) Sim HAS, DM, ansiedade

Temp. ____ °C Pulso ____ bpm Resp. ____ irpm SpO₂ ____ % PA ____ mmHg HGT ____ mg/dl

Escala de Dor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sem dor



Dor Leve



Dor moderada



Dor forte



Dor muito forte



Dor insuportável

Classificação de Risco: () vermelha (X) laranja () amarela () verde () azul

Especialidade Médica: Ortopedia

Acompanhante: () S/Acomp. (Setor Crítico) () S/Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)

(X) S/Acomp. p/menor de 18 anos ou maior de 60 () S/Acomp. p/paciente com cond. Clínica limitadora

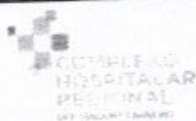
*Consultar tabela para preencher

Daivani do M. Martins

Enfermeiro
COLEGIADO

Enfermeiro/Carimbo





CONTROLE DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS SFH/CCIH



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



*Nome Eládio H. de Silva Prontuário _____

Clínica Ortopedia Enfermaria _____ Leito _____ Data de Admissão 10/12/14

Sexo ☒ Masc. () Fem. **Peso _____ **Idade 59

*Indicação de Antimicrobiano: () Profilático () Terapêutico

Se uso profilático por tempo maior que 48 horas, justifique: _____

*Topografia da infecção: () Trato urinário () Respiratória () Cirurgia
() Pele e Tecido subcutâneo () Corrente sanguínea () Outra _____

Classificação da infecção: () Comunitária () Hospitalar

| *Antimicrobianos/Dosagem | *Via | *Posologia | *Tempo (dias) |
|---------------------------|-------------|---------------|---------------|
| 1 <u>Cefazolina 5g</u> | <u>(IV)</u> | <u>08/08h</u> | <u>072h</u> |
| 2 <u>Gentamicina 80mg</u> | <u>(IV)</u> | <u>28/08h</u> | |
| 3 | | | |

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique: _____

*Itens de preenchimento obrigatório para início da liberação de antimicrobiano.

**Apenas se idade menor de 12 anos

Data: 10/12/14

Identificação do Médico _____

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

Assinatura/Carimbo

Justificativa da utilização de antimicrobiano de uso restrito: _____

PARECER: () De acordo
() Contrário

Data: ____/____/____

Observações: _____

CCIH _____ SFH _____



ENCAMINHAMENTO

Dr. João
59 anos

Encaminho o Paciente Elpidio Hercules O Rê
Residente na (o) Deverino Jaturino dos Santos / Sotearmento Portal
Município de Sto Bento / PB
Para o (a) Hospital Regional
Na cidade de Patos

MOTIVO

pac. vítima de colisão prot-tor.
(ocupant de mot), partur. de 36s.
e feto de 36s. de 36s. de 36s.
e cond. de colisão on feto.
fratura exp. GA - III

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

Atenciosamente,

São Bento -PB, em 10 / 12 / 18

Dr. Antonio Rogério de L. Paiva
Médico
CRM-PB 8429 / RN 7473
CNS 700593431002755



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CNPJ 08.778.268.0023/76

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM SÃO BENTO-HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO
PACIENTE ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

NOME SOCIAL ALIZA MARIA DA CONCEICAO
FILIAÇÃO I ALVIR MANOEL HERCULANO
NASCIMENTO 06/09/1968 IDADE 59a 3m COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO APOSENTADO
ENDEREÇO RUA SEVERINO SATURNINO DOS SANTOS nºSN
CIDADE SAO BENTO U.F PB BAIRRO LOTEAMENTO PORTAL
TELEFONE 8399244232 CEP 58865000
CNS 700500703441353 R.G 432987 CPF 343.569.404-15 REG. NASC.
ESTADO CIVIL VIUVO

F.A.A 82447
MOTIVO DOR NA PERNA
DATA 10/12/2019 Horário: 11:40
CANAL 02 -URGENCIA
PROCEDIMENTO 0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE AMBULANCIA BRANCA
PRESTADOR JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO

PRONTUÁRIO 42037
OPERADOR AARAUJO
TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Elisiam Lima da Silva

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SPCITAÇÃO DE PARECER
min

DIAGNÓSTICO

CID

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

INFORMAÇÃO

*Dr. Marcelo Augusto Serrhini
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6196 - SSO 73302*

03/01/2022



FICHA DE INTERNAÇÃO

| | | | | | |
|----------------|--|------------|------------|------------|-------------------------|
| INTERNAÇÃO | 82452 | HORA | 12:30 | PRONTUÁRIO | 42037 |
| DATA | 10/12/2019 | URGENCIA | | OPERADOR | LCLEA |
| CLASSIF. RISCO | | | | | |
| ORIGEM | SÃO BENTO-HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO | | | | |
| MÉDICO | JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO | | | | |
| MOTIVO | DOR NA PERNA | | | | |
| PACIENTE | ELPIDIO HERCULANO DA SILVA | | | IDADE | 59a 3m GÊNERO MASCULINO |
| FILIAÇÃO I | ALIZA MARIA DA CONCEICAO | | | | |
| FILIAÇÃO II | ALVIRO MANOEL HERCULANO | | | | |
| CIDADE | SAO BENTO | PB | 58865000 | | |
| ENDEREÇO | RUA SEVERINO SATURNINO DOS SANTOS SN | | | | |
| CELEFONE | PAULISTA | CELULAR | 8399244232 | | |
| C.N.S. | 700500703441353 | IDENTIDADE | 432987 | | |
| C.P.F. | 343.569.404-15 | REG. NAC. | | | |
| NASCIMENTO | 06/09/1960 | COR | PARDO | | |
| EST. CIVIL | VIUVO | PROFISSÃO | APOSENTADO | | |

RESPONSÁVEL ELPIDIO HERCULANO DA SILVA Ass. Resp./Paciente *Elpidio Herculano da Silva*

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

Vitima de acidente de trânsito 10/12

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

Dor excessiva + dor nas pernas

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Rx Perna @ rx p*

DIAGNÓSTICO *Fração Excessiva (Roxo) @* CID _____

DADOS DA SAÍDA

Data *12/12/19* Hora *08* H *00* Min

MOTIVO

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

ÍCO/CRM

Dr. Leonardo Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6818 - TEOT 12491





| | | |
|--|--|-----------------|
| Nome do Paciente: 61 Anio Hercunio do Suro | | Nº Prontuário: |
| Data da Cirurgia: 10/12/19 | Enf.: | Leito: |
| Cirurgião: Dr. Suassuna | 1º Auxiliar: Dr. Gonsalves Mendes | |
| 2º Auxiliar: | 3º Auxiliar: | Instrumentador: |
| Anestesista: Dr. Upton | Tipo de Anestesia: | |
| Diagnóstico Pré- Operatório: Fratura exposta antero lateral ① | | |
| Tipo de Cirurgia: Osteossintese antero lateral ① | | |
| Diagnóstico Pós- Operatório: O mesmo | | |
| Relatório Imediato do Patologista: | | |
| Exame Radiológico no ato: | | |
| Acidente Durante a Cirurgia: | | |

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

| | |
|--|---|
| ① | Partir para os locais operatórios |
| ② | Osses e ligamentos com a cura |
| ③ | Ampliar a lesão + desbrida o tecido morto e o tecido de borda |
| ④ | Hemostasia vascular e LMC fixados com SF O.T.I. |
| ⑤ | Remover os restos + fixar o fixador e o bloqueio |
| ⑥ | Fechar e curar |
| <p>João H. Suassuna Laureano Ortopedia e Traumatologia CRM/PE 7417</p> | |

RELATÓRIO DE CIRURGIA

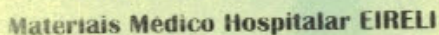


| | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------------------|-------------------|---|------------------------|
| PACIENTE: <u>Elpidio Herculano da Silva</u> | | | |  COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DR. JANDURY CARNEIRO  GOVERNO DA PARAÍBA | |
| QT.: <u>A. Amoreli</u> | LEITO: <u>02</u> | CONVÊNIO: <u>SUS</u> | IDADE: <u>59</u> | | REGISTRO: <u>42037</u> |
| CIRURGIA: <u>Pro. Cirurgico de Int. Externa</u> <u>Fibria</u> | | CIRURGIÃO: <u>Dr. João</u> | | | |
| ANESTESIA: <u>Raque</u> | | ANESTESISTA: <u>Dr. Ritor</u> | | | |
| INSTRUMENTADORA: <u>Guage</u> | DATA: <u>10.12.19</u> | INÍCIO: <u>12:50</u> | FIM: <u>14:00</u> | | |

NOTA DE SALA - MATERIAL

| QUANTIDADE | MATERIAL | QUANTIDADE | MATERIAL |
|------------|----------------------------------|------------|-------------------------------|
| | TX. de Instrumentador | | Equipo p/ soro e sangue |
| | TX. Capnógrafo | 1 | Scalp <u>SFO, 97</u> |
| | TX. Bomba de Infusão | 1 | Luva Est. p/ Procedimentos |
| | TX. Aplicação de Sangue | 1 | Lâmina de Bisturi <u>No</u> |
| | TX. Monitor Córdio-Respirador | | Sonda Foley |
| | TX. de Laser | | Coletor de Urina |
| X | TX. de Curativo | | Seringa 1 ml |
| | TX. de Instalação S. Vesical | | Seringa 3 ml |
| | TX. Sala | 1 | Seringa 5 ml |
| | TX. Bisturi Elétrico | 1 | Seringa 10 ml |
| | TX. Aspirador Elétrico | 1 | Seringa 20 ml |
| X | TX. Oxímetro de Pulso | | Eletrodos desc. |
| 1 | Neocain <u>PESADA</u> | | 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% | X | Esparadrapo |
| | Etodimide | X | Xilocaína Gel |
| | Ketalar | X | Álcool 70% |
| | Pubicovaína 0,5% | X | PVPi Tintura |
| 1 | Dímorf | X | 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 |
| | Efortil | | Fio Cromado 1 s/ agulha |
| 1 | Cefalotina 19 g <u>cefazolin</u> | | Fio Cromado 2-0 c/ agulha |
| 1 | Dixtal <u>Dexametasona</u> | | Fio Cromado 2-0 s/ agulha |
| 1 | Plasil <u>Ondaschona</u> | | Cat-gut Simples 0 c/ agulha |
| | 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 |
| 1 | Agulha de Raque Descartável | | Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha |
| | Abbocate 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 | | <u>Nylon 3-0</u> |
| | | | <u>1 verde 0</u> |





6818

PEDIDO DE VENDAS

N⁹

Caixa Pronta

☐ Caixa Fixa

NF N°

Prontuário

42037

Hospital

HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Vendedor

THIAGO

Paciente

ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

| | Model | Mean | SD | Min | Max |
|-------------------------------|-------|-------|------|-----|-----|
| Age | | 60.78 | 9.00 | 45 | 75 |
| Gender | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Marital status | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Education | | 12.00 | 1.00 | 10 | 14 |
| Income | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Health | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Depression | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Loneliness | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Life satisfaction | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Quality of life | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Stress | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Resilience | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Social support | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Coping strategies | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Mental health | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Physical health | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Overall well-being | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Life expectancy | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare utilization | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Health insurance coverage | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Access to healthcare services | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare costs | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare quality | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare accessibility | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare equity | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare sustainability | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare innovation | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare research | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare policy | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare regulation | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare governance | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare leadership | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare management | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare practice | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare education | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare training | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare development | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare reform | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare transformation | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare future | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare vision | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare mission | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare values | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare principles | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare standards | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare benchmarks | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare indicators | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare metrics | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare outcomes | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare impact | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare legacy | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare heritage | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare tradition | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare culture | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare identity | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare reputation | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare brand | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare image | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare perception | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare awareness | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare knowledge | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare understanding | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare insight | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare wisdom | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare experience | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare journey | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare path | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare direction | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare progress | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare achievement | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare success | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare excellence | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare mastery | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare expertise | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare proficiency | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare skill | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare talent | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare ability | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare capacity | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare potential | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare opportunity | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare possibility | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare prospect | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare outlook | | 1.00 | 0.00 | 1 | 1 |
| Healthcare perspective | | 1.0 | | | |

0, 12, 19

Médico

Do JOÃO MASSUNA

Instrumentador

LIDIANE

Convênio

SUS

Procedimento

TRATA CIRURGICA DE FRACTURA DE TIBIA

[illegible]

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: cromusltda@gmail.com

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

Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385575800000034910201>

Número do documento: 20111209385575800000034910201

Num. 36569076 - Pág. 9

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quantos aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro.

Nome do Paciente Elpidio Hereulome da Silva RG 4.32987

Nome do Médico _____ CRM _____

Procedimento Cirúrgico _____

☐ a da realização _____ / _____ / _____

- ☐ 1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
- ☐ 2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
- ☐ 3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
- ☐ 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesia, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.
- ☐ 5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- ☐ Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
- ☒ 7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

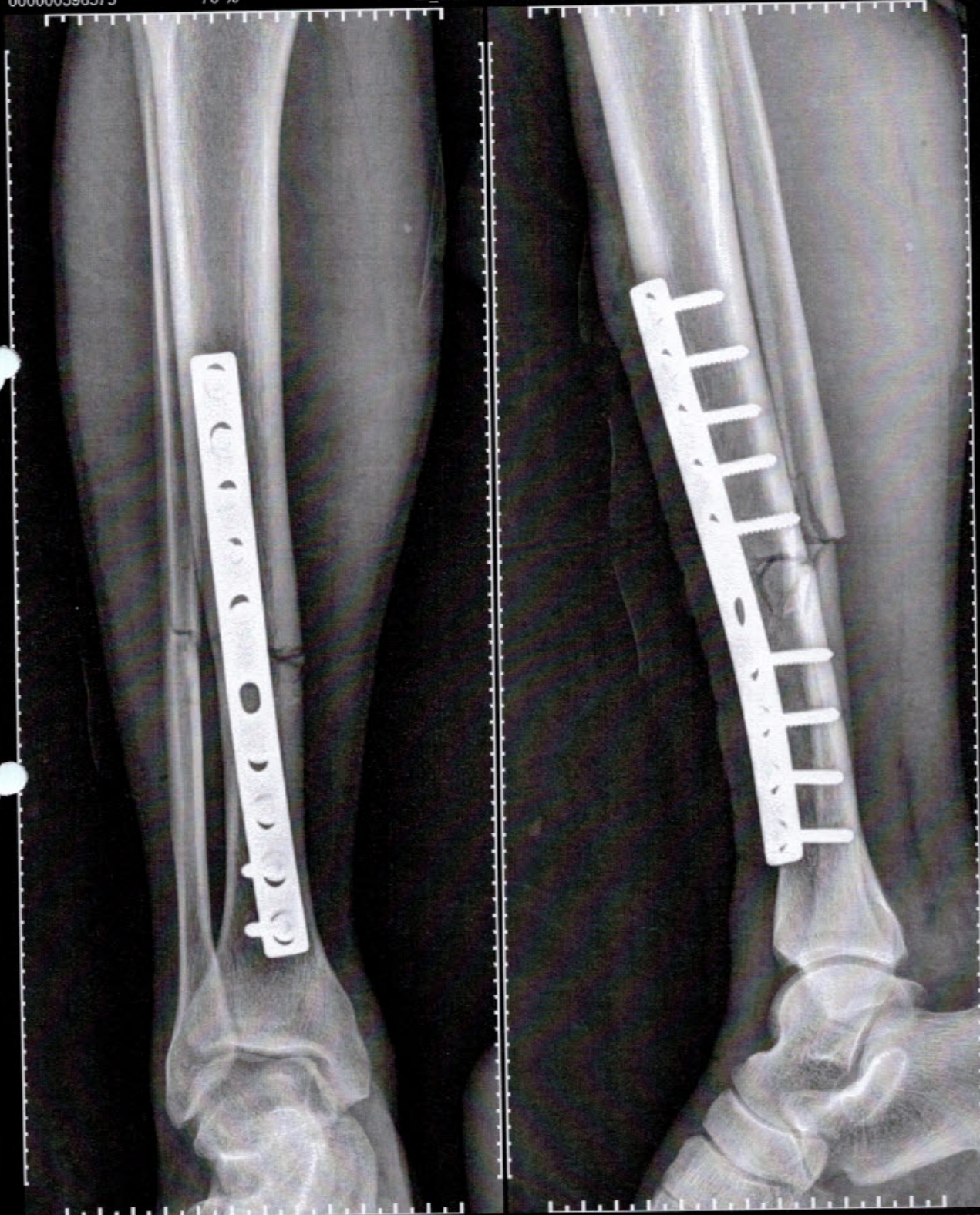
Patos, 10 de Dezembro de 2019

Alisson Lima da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.





Tibia /Fibula D, AP

10/Dez/2019 18:01:30

Tibia /Fibula D, Lateral

10/Dez/2019 18:02:02

000000033915

ELPIDIO HERCULANO DA SILVA, *6/Set/1960



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 82452 PRONTUÁRIO 42037
DATA 10/12/2019 HORA 12:30
MÉDICO JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO OPERADOR LCLEA

PACIENTE ELPIDIO HERCULANO DA SILVA IDADE 59a 3m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

DESTINO ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar

☐ Transferência para _____

PATOS/PB, ____ DE ____ DE 20__.

HORA DA ALTA MÉDICA: _____

MÉDICO/CPM



< Extrato por período

Horários e Limites

Extrato

| DATA MOV. | NR. DOC. | HISTÓRICO | VALOR |
|------------|---------------|-----------------|----------|
| 09/08/2020 | 000000 | REM BASICA | 0,00 C |
| | | Saldo | 619,11 C |
| 10/08/2020 | 000000 | REM BASICA | 0,00 C |
| | | Saldo | 619,11 C |
| 10/08/2020 | 000000 | CRED JUROS | 0,80 C |
| | | Saldo | 619,91 C |
| 10/08/2020 | 101308 | SQ CX AQUÍ | 100,00 D |
| | | Saldo | 519,91 C |
| 14/08/2020 | 141447 | SQ CX AQUÍ | 250,00 D |
| | | Saldo | 269,91 C |
| 19/08/2020 | <u>000197</u> | <u>CRED TED</u> | 600,00 C |
| | | Saldo | 869,91 C |
| 24/08/2020 | 221604 | SAQUE ATM | 150,00 D |
| | | Saldo | 719,91 C |
| 26/08/2020 | 000000 | REM BASICA | 0,00 C |
| | | Saldo | 719,91 C |
| 28/08/2020 | 281431 | SAQUE ATM | 150,00 D |
| | | Saldo | 569,91 C |

RETORNAR

Digitalizada com CamScanner



< Extrato por período

Horários e Limites

Extrato

| DATA MOV. | NR. DOC. | HISTÓRICO | VALOR |
|------------|----------|----------------|----------|
| | | SALDO ANTERIOR | 0,00 |
| | | Saldo | 569,91 C |
| 09/09/2020 | 000000 | REM BASICA | 0,00 C |
| | | Saldo | 569,91 C |
| 09/09/2020 | 091617 | SAQUE ATM | 60,00 D |
| | | Saldo | 509,91 C |
| 10/09/2020 | 000000 | REM BASICA | 0,00 C |
| | | Saldo | 509,91 C |
| 10/09/2020 | 000000 | CRED JUROS | 0,31 C |
| | | Saldo | 510,22 C |
| 16/09/2020 | 161607 | SAQUE ATM | 160,00 D |
| | | Saldo | 350,22 C |
| 19/09/2020 | 000000 | REM BASICA | 0,00 C |
| | | Saldo | 350,22 C |
| 19/09/2020 | 000000 | CRED JUROS | 0,28 C |
| | | Saldo | 350,50 C |
| 25/09/2020 | 251639 | SAQUE ATM | 100,00 D |
| | | Saldo | 250,50 C |
| 25/09/2020 | 200925 | SAQUETERMI | 2,30 D |
| | | Saldo | 248,20 C |
| 30/09/2020 | 301527 | SAQUE ATM | 60,00 D |
| | | Saldo | 188,20 C |

* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

RETORNAR

Digitalizada com CamScanner



< Extrato por período

Horários e Limites

Extrato

| DATA MOV. | NR. DOC. | HISTÓRICO | VALOR |
|------------|------------------------|--------------------------|----------|
| | | SALDO ANTERIOR | 0,00 |
| | | Saldo | 188,20 C |
| 02/10/2020 | 000197 | CRED TED | 600,00 C |
| | | Saldo | 788,20 C |
| 05/10/2020 | 031753 | SAQUE ATM | 600,00 D |
| | | Saldo | 188,20 C |
| 10/10/2020 | 000000 | REM BASICA | 0,00 C |
| | | Saldo | 188,20 C |
| 10/10/2020 | 000000 | CRED JUROS | 0,12 C |
| | | Saldo | 188,32 C |
| 19/10/2020 | 301527 | SAQUETERMI | 2,30 D |
| | | Saldo | 186,02 C |
| 19/10/2020 | 000000 | REM BASICA | 0,00 C |
| | | Saldo | 186,02 C |
| 19/10/2020 | 000000 | CRED JUROS | 0,10 C |
| | | Saldo | 186,12 C |
| 30/10/2020 | 000260 | CRED TED | 300,00 C |
| | | Saldo | 486,12 C |
| 03/11/2020 | 311422 | SAQUE ATM | 100,00 D |
| | | Saldo | 386,12 C |
| 03/11/2020 | 021705 | SAQUE ATM | 80,00 D |
| | | Saldo | 306,12 C |

* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

RETORNAR

Digitalizada com CamScanner



| DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR | | |
|--|---|---|
| GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH | DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | |
| DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | |

| CARTEIRAS ANTERIORES | | | |
|----------------------|-----------------|----------|-----------------------------|
| NÚMERO 12252 | SÉRIE 100004 | UF RO | DATA DE EMISSÃO 12/03/10 |
| DATA DA ANOTAÇÃO | | | |
| NÚMERO | SÉRIE | UF | DATA DE EMISSÃO |
| DATA DA ANOTAÇÃO | | | |
| NÚMERO | SÉRIE | UF | DATA DE EMISSÃO |
| DATA DA ANOTAÇÃO | | | |

06

| CONTRATO DE TRABALHO | |
|---------------------------|--------------|
| EMPREGADOR | |
| CGC/CPF/CEI | |
| ENDEREÇO | |
| MUNICÍPIO | UF |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO | |
| CARGO | CBO Nº |
| DATA DE ADMISSÃO DE DE DE | |
| REGISTRO Nº | FLS. / FICHA |
| REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA | |
| 1ª 2ª | |
| DATA DE SAÍDA DE DE DE | |
| 1ª 2ª | |
| COM. DISPENSA CD Nº | |
| FGTS Nº DA CONTA | |

07

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207>

Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 4

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

124.23894.72-6

NÚMERO

3785848

SÉRIE

003-0

UF

PB

Elvécio Alexandre de Souza

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO



US





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

VARA ÚNICA DA COMARCA DE SÃO BENTO

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

E-mail: sbe-vuni@tjpb.jus.br

NÚMERO DO PROCESSO: 0802125-89.2020.8.15.0881

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) / ASSUNTO: [Seguro]

PROMOVENTE: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

PROMOVIDO: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DECISÃO

Vistos.

Considerando que as seguradoras integrantes do Consórcio DPVAT, 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, **NOMEIO o Dr. Eduardo Chagas Carvalho, 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.**

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.

Expedientes necessários.

Cumpra-se, com atenção.

São Bento/PB, data do protocolo eletrônico.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, Lei n. 11.419/2006]

JOSÉ NORMANDO FERNANDES

Juiz de Direito em substituição



CIENTE.

