



Número: **0802157-54.2018.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **13/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	LUCIANO MONTEIRO DA SILVA
AUTOR	FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
18335 426	13/12/2018 10:11	<a href="#">1 - Procuração, Documentos pessoais, Valor da indenização</a>	Outros Documentos
18335 488	13/12/2018 10:11	<a href="#">2 - Boletim de ocorrência, Conta bancária</a>	Outros Documentos
18335 497	13/12/2018 10:11	<a href="#">3 - Atestados, Ficha de atendimento do hospital, prescrição médica</a>	Outros Documentos
18335 506	13/12/2018 10:11	<a href="#">4 - Fichas do atendimento de urgência, Fichas da cirurgia</a>	Outros Documentos
18335 513	13/12/2018 10:11	<a href="#">5 - Carteira de agricultor, Carta da concessão do benefício</a>	Outros Documentos
18335 522	13/12/2018 10:11	<a href="#">6 - Comprovante de residência, Declaração de pobreza</a>	Outros Documentos
18341 588	13/12/2018 12:52	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
19443 556	25/02/2019 13:09	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
19443 886	25/02/2019 13:14	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
19700 868	11/03/2019 16:50	<a href="#">Diligência</a>	Diligência



**LUCIANO MONTEIRO**  
ADVOCACIA

---

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

### OUTORGANTE:

**FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG 57.330.619-9 – SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 885.783.484-00, residente e domiciliado no Assentamento Alto Alegre, zona rural, Jericó/PB.

### OUTORGADO:

**LUCIANO MONTEIRO DA SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PB – 20.528, portador do RG 2.988.644 – SSP/PB, inscrito no CPF 074.935.234-52, com endereço na Rua Lopes de Figueiredo, nº 77, Centro, município de Jericó/PB, CEP: 58.830-00. Fone: (83) 99960-0238.

### PODERES:

Amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, a fim de que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive requerer os benefícios da assistência judiciária gratuita, de conformidade com a Lei 1.060/50, em repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o (a) outorgante seja Autor(a), e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, receber citação e alvará judicial. Inclusive, ter acesso, solicitar cópia e requerer o que entender pertinente sobre documentos sigilosos, laudos periciais e procedimentos investigatórios, tanto na esfera administrativa, quanto na judicial. Reter valores contratados de honorários advocatícios e despesas do advogado, renunciar os valores que ultrapassarem o teto dos juizados especiais estaduais (40 salário mínimos) ou federais (60 salários mínimos), bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Jericó/PB, 12 de dezembro de 2018.

**OUTORGANTE**

---

Rua Lopes de Figueiredo, nº 77, Centro, Jericó/PB | CEP 58830-000  
lucianomonteiro.adv@hotmail.com | (83) 9.9960-0238



## SINISTRO 3180323775 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

**BENEFICIÁRIO** FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 88578348400

### Posição em 12-12-2018 17:54:47

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 505/2018

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRANSITO**  
Data do fato: **31/03/2018** hora: **19H30MIN**

Notificante: \*\*\*\*, alcunha \*\*\*\*, Nacionalidade: \*\*\*\*,  
naturalidade: \*\*\*\*, nascido em \*\*\*/\*\*\*/\*\*, documento: \*\*\*\*, filho  
de \*\*\* e de \*\*\*\*, endereço: \*\*\*\*\* \*\*\*, referência: \*\*\*.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Homero Perazzo Filho**

Vítima: **FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA**, alcunha \*\*\*\*\*,  
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Jericó-PB, idade: 44 anos  
, nascido em 11/04/1974, cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: Casado,  
Profissão: agricultor, Escolaridade: \*\*\*\*\*, documento: RG  
57.330.61-9 SSP/SP, filiação: Severino Francisco da Silva e de  
Maria Pires de Oliveira, endereço: \*\*\*\*\* Assentamento Alto Alegre,  
Jericó-PB, referência: \*\*\*. Tel/Cel: (\*\*\*) \*\*;

#### HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava conduzindo a motocicleta Honda pop 100, cor vermelha, placa MNW 2557/PB, CHASSI 9C2HB02107R038072, licenciado em nome de VERIMAR PAULO BEZERRA, na PB 325, próximo ao Bar do Gordo, quando um animal (jumento) atravessou no meio da pista, tendo a vítima tentado desviar do animal, batendo ainda no mesmo e caído no asfalto; QUE a vítima conseguiu ir para sua residência, sendo que depois de sentir muita dor na perna foi conduzido por familiares para o Hospital Regional de Catolé do Rocha; QUE o médico suspeitou de uma fratura no joelho esquerda na vítima, sendo que foi realizado um raio-x e não foi constatado nada, tendo a vítima liberada; QUE posteriormente a vítima não aguentou de dores na sua perna esquerda e retornou ao Hospital Regional de Catolé do Rocha, sendo realizado outro raio-x e sendo constatado uma fratura no joelho esquerdo na vítima; QUE a vítima foi transferido para o hospital de Traumas de Campina Grande, onde depois de aproximadamente quinze dias, a vítima realizou uma cirurgia no joelho esquerdo, colocando chapa e parafusos no local citado. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 14 de junho de 2018. Às 12:01 horas.

Notificante  Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
Matrícula: 168.447-7









GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**ATESTADO**

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Francoirlando Oliveira da Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_ SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 582 NO CID. DURANTE O PERÍODO DE 10/04/18 A 28/04/18 NECESSITANDO DE 90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES. Campina Grande 28/04/18

Dr. Francoirlando Oliveira  
Clínica de Traumatologia  
CRM-PB 9900

Ass. do Médico - Nº. do CRM

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Franco, Inaldo Oliveira da Silva</i>	
End: <i>R: Sítio Alto Alegre</i>	Bairro: <i>Jericó, P.B.</i>
Data de Nascimento: <i>22/04/1974</i>	Documento de Identificação:
Queixa: <i>Queda</i>	Data do Atend.: <i>20/04/08</i> Hora: <i>23:08</i> Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca	

Estratificação

MOD. 110

- (  ) Vermelho - atendimento imediato
- ( ) Verde - atendimento até 4 horas

- ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
- (  ) Azul - atendimento ambulatorial

Emissão  
COREN-PB 413512

Assinatura e carimbo do profissional





REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME: <u>Francineide Oliveira</u>										PRONTUÁRIO:			
IDADE:		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		COR: B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
DADOS CLÍNICOS: <p style="text-align: right;">Trauma</p>													
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS: R-x Bacula AP R-x Jamb <input checked="" type="checkbox"/> AP / P. R-x Jamb <input checked="" type="checkbox"/> AP / P. R-x Jamb <input checked="" type="checkbox"/> AP / P.													
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		Haltsony Barros de Almeida ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - PB 15822									
DATA: <u>100418</u>		HORA DA SOLICITAÇÃO:											
Carimbo e Assinatura do Médico													

MOD. 002





10/04/2018



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1632745

CLASS DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.776.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-809 Data: 10/04/2018  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: Suelen Costa Santos

PACIENTE: FRANCINEUDO

CEP: 58830000 Nascimento: 11/04/1974

OLIVEIRA DA SILVA  
Endereço: SÍTIO ALTO ALEGRE

Telefone: 98351088

Cidade: Jericó

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA PIRES DE OLIVEIRA

Nº: 0

Responsável: GIRLANIA VIEIRA

Profissão: AGRICULTOR

CPF: 573306199

CNS: 702505201152234

Estado Civil: Casado(a)

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Especialidade:

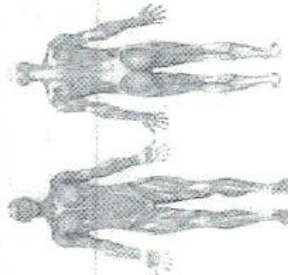
Médico:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abalo
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crepitação
- 6. Der
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Entalho subcutâneo
- 10. Enrugamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortante
- 15. F. Cortante
- 16. F. Corto-cortuso
- 17. F. Perfuro-cortuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura bacia fechada
- 20. Fratura bacia aberta
- 21. Hemiplegia
- 22. Injeção de medicamento Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendinea
- 25. Luxação
- 26. Mordeadura
- 27. Movimento torçico paradoxal
- 28. Objeto Encaixado
- 29. Otorragia
- 30. Paralisia
- 31. Parestesia
- 32. Parosteia
- 33. Quilomadura
- 34. Rinoorragia
- 35. Sinal de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau  
DIAGNOSTICO / CID: *Fa. Placeto tibial*

<http://10.1.1.148/projetohcg/impreurgencia.php?comar=1632745>

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLINICOS

*Plt e hemograma de traumas p/ mds há 11 dias (SIC) 4 dias de dor + instabilidade em MTE*  
*cds. soluto. PEX.*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia:  
( ) Jgsonometria arterial ( ) Radiografias:  
( ) Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às : Dia / /  
Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:









SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM			
NOME: <u>João Almeida Oliveira</u>		IDADE: <u>50</u> anos	
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATA DE NASCIMENTO: <u>01/01/1968</u>		h
SETOR: <u>Amarela</u>	LEITO: <u>9</u>		
DIAGNÓSTICO MÉDICO:			
ALERGIAS: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	QUAIS:		
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS: <u>Laportam</u>		
DOENÇA CRÔNICA: SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	QUAIS: <u>HAS</u>		
PRESENÇA DE ESCARA: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>	LOCAL:		
PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO <input type="checkbox"/> NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/> HIPERTENSO <input type="checkbox"/>			
SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>	ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>		
SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPÊNICO <input type="checkbox"/> TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/> EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/> BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>	SVD <input type="checkbox"/>		
SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE): NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> POLÚRIA <input type="checkbox"/> OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>	ANÚRIA <input type="checkbox"/>		
MOBILIDADE: DEÁMBULA <input checked="" type="checkbox"/> DEÁMBULA C/APOIO <input type="checkbox"/> ACAMADO <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/>	PARESIA <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/>		
SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA): VO <input checked="" type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/>			
ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/> DESNUTRIDO <input type="checkbox"/> OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>			
DADOS VITAIS: PA: T: FR: FC: PESO:			
DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM			
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA	CD/FR: <u>amb. com excesso de</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO	CD/FR: <u>UVP</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO	CD/FR: <u>UVP</u>		
<input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> NÁUSEA <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA	CD/FR:		
<input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
<input type="checkbox"/>	CD/FR:		
CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA FR: FATOR RELACIONADO			
ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL			
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		APRAZAMENTO	ASSINATURA
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.		<u>30 min</u>	<u>[assinatura]</u>
<input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.			
<input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.			
<input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.			
<input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).			
<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.			
<input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.			
<input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.			
<input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.		<u>UVP</u>	<u>[assinatura]</u>
<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.		<u>UVP</u>	<u>[assinatura]</u>
<input checked="" type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.		<u>UVP</u>	<u>[assinatura]</u>

MOD 125







**Sind. dos Trabalhadores Rurais de Jericó - PB**

Nome: Francineudo Oliveira da Silva


Data Nasc. 11/04/1974 Est. Civil Casado

RG 57.330.619-9 CPF 885.783.484-00

Carteira Sindical N° 5.865

Profissão: Agricultor

Data Fimção 20/12/2006



Francisco Custódio Neto (Presidente)

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2006												PG
2007	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG
2008	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG
2009	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG
2010	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG
2011	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG
2012	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG

Esposa \_\_\_\_\_

Filhos \_\_\_\_\_

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2013	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG
2014	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG
2015	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG
2016	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG
2017	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG	PG
2018	PG	PG	PG	PG	PG							
2019												

Esposa \_\_\_\_\_

Filhos \_\_\_\_\_

**Nome:** FRANCINEUDO O DA SILVA

**Nit:** 1246274483-7

**Aps:** 13.0.21.050 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL CATOLÉ DO ROCHA

**Número do Benefício:** 623174452-7

**Data de Concessão do Benefício:** 21/07/2018

Comunicamos que lhe foi concedido **AUXILIO DOENÇA PREVIDENCIARIO (31)** número **623174452-7** requerido em **16/05/2018** com renda mensal de **R\$ 954,00** com início de vigência a partir de **16/05/2018**.

Caso não tenha feito opção pelo crédito em conta corrente ou poupança, compareça na instituição bancária indicada abaixo, munido obrigatoriamente do documento de identificação apresentado no ato do requerimento do benefício. Os créditos subsequentes serão efetuados no 2º dia útil de cada mês.

Confira o seu nome, o endereço impresso abaixo e, em caso de erro, compareça à Agência da Previdência Social para que sejam providenciadas as devidas correções.

Dados do Pagamento do Benefício

**Órgão Pagador / Agência Bancária:** 748.903 / BRADESCO - CATOLE DA ROCHA

**Endereço:** PCA GERONIMO ROSADO SN - CENTRO

As aposentadorias por idade, tempo de contribuição e especial concedidas pela Previdência Social, são irreversíveis e irrenunciáveis, após o saque do primeiro pagamento ou do PIS, PASEP ou FGTS.



Você pode conferir a autenticidade do documento em  
<https://meu.inss.gov.br/central/autenticidade.html>  
com o código 181212PNI35M86



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado-via de conta.

Roteiro para serviços pagamento da nota fiscal/conta da energisa abelha Nº 014.110.170

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688  
CNPJ 08.085.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA SIT ALTO ALEGRE 36 JERICO			5/1092392-8	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2018	17/10/2018	125	16/11/2018	R\$ 61,31

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/11/2018	R\$ 61,31	1092392-2018- 10-7

FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA  
Roteiro: 09-253-731-2390  
8366000000-1 61310054000-4 10923922018-8 10700253019-7



**LUCIANO MONTEIRO**  
ADVOCACIA

---

## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA**, brasileiro, casado, agricultor, portador do RG 57.330.619-9 – SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº 885.783.484-00, residente e domiciliado no Assentamento Alto Alegre, zona rural, Jericó/PB, DECLARO que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, pobre, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Jericó/PB, 12 de dezembro de 2018.

**FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA**



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

**2ª VARA DA COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA/PB**

---

**DESPACHO**

NÚMERO DO PROCESSO: 0802157-54.2018.8.15.0141

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PARTE AUTORA: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

PARTE RÉ: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Não obstante o teor do art.334 do CPC, a prática forense tem demonstrado que a audiência de conciliação/mediação, em regra, não tem servido ao fim conciliatório e à celeridade processual, limitando-se os representantes judiciais do requerido a apresentar as respectivas peças de defesa.

Assim, POSTERGO a audiência de conciliação para após a contestação, caso haja interesse das partes em sua realização.

CITE-SE a parte requerida para oferecer contestação, devendo advertir-se que, caso considere possível conciliar, deve a resposta conter tal intenção, para exame quanto à necessidade de designação de audiência.

Catolé do Rocha/PB, 13 de dezembro de 2018.

Fernanda de Araujo Paz

Juíza de Direito





Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Mista de Catolé do Rocha

Avenida Deputado Americo Maia, S/N, João Serafim, CATOLÉ DO ROCHA - PB - CEP:  
58884-000

---

**Número do Processo:** 0802157-54.2018.8.15.0141  
**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM (7)  
**Assunto:** [ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
**Polo ativo:** AUTOR: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA  
**Polo passivo:** RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

#### CERTIDÃO – ATO ORDINATÓRIO

CERTIFICO HAVER DESIGNADO, DE ORDEM DA MM. JUÍZA DESTA 2ª VARA, O DIA **14/03/2019**, A PARTIR DAS **12H00MIN**, PARA A REALIZAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA COM O DR. **EDUARDO CHAGAS CARVALHO**, CRM/PB: 5638, devendo à parte autora comparecer com seus documentos pessoais bem como de exames que entender necessários.

CATOLÉ DO ROCHA, 25 de fevereiro de 2019  
OSNI TORRES DE ARAUJO SEGUNDO



**2ª Vara Mista de Catolé do Rocha**  
**Avenida Deputado Americo Maia, S/N, João Serafim, CATOLÉ DO ROCHA - PB - CEP:**  
**58884-000**  
**CATOLÉ DO ROCHA**

Nº do processo: 0802157-54.2018.8.15.0141  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Autor: Nome: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA  
Endereço: ASSENTAMENTO ALTO ALEGRE, ZONA RURAL, JERICÓ - PB - CEP: 58830-000

Réu: Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A  
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 ANDAR, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP:  
20031-205

**MANDADO DE INTIMAÇÃO**  
**(AUTOR)**

O MM. Juiz de Direito da 2ª Vara Mista de Catolé do Rocha manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, intime a parte

Nome: **FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA**  
Endereço: ASSENTAMENTO ALTO ALEGRE, ZONA RURAL, JERICÓ - PB - CEP: 58830-000

PARA COMPARECER À PERÍCIA MÉDICA NO DIA **14/03/2019**, A PARTIR DAS 12H00MIN, COM O DR. **EDUARDO CHAGAS CARVALHO**, CRM/PB: 5638, devendo à parte autora comparecer com seus documentos pessoais bem como de exames que entender necessários.

CATOLÉ DO ROCHA, em 25 de fevereiro de 2019.

De ordem, OSNI TORRES DE ARAUJO SEGUNDO  
Mat. 477.497-3

## CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins, que deixei de cumprir o presente mandado em virtude do advogado da parte autora informar a esta oficiala de justiça, que o seu cliente já estar ciente do despacho retro.

CATOLÉ DO ROCHA

11 de março de 2019

LEOPOLDINA MARIA FILGUEIRAS DUTRA