



Número: **0860267-92.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/10/2018**

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

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
RÉU	BRDESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17238 874	17/10/2018 16:06	joselio francisco pereira BO bam	Documento de Comprovação
17238 884	17/10/2018 16:06	joselio francisco pereira proc adm	Documento de Comprovação
17241 543	18/10/2018 10:53	Despacho	Despacho
19086 199	07/02/2019 18:37	Mandado	Mandado
19742 206	12/03/2019 23:28	mandado de citação	Diligência
19742 212	12/03/2019 23:28	e3	Devolução de Mandado



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00613.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00613.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:08 horas do dia 02 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Joselio Francisco Pereira**, CPF nº 706.876.234-48, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria das Neves Odilonda Silva e Severino Francisco Pereira, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 05/04/1998 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Barro de Fátima, Nº SN, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Ig. do Barro, na cidade de Alagoinha/PB, telefone(s) para contato (83) 99336-0688.

Dados do(s) Fatos:

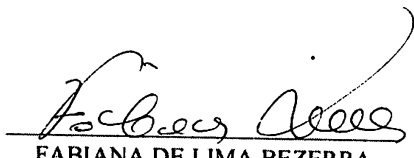
Local: Pb 063, Perto da Granja de Dodó, Alagoinha/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 02/06/17, 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

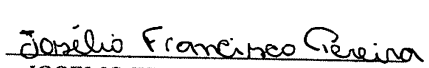
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN, VERDE, 1997/1997, PLACA MNE2114/PB, CHASSI 9C2JC250VVR127594, registrada em nome de SEVERINO FRANCISCO PEREIRA, quando perdeu o controle ao desviar de um buraco na via, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCÓBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 18.09.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi em veículo particular no dia 03.06.2017; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 02 de abril de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
Noticiante



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PS
28 JUN. 2018

Procedimento Policial: 00613.01.2018.1.00.420



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Joselio Francisco Perira
DATA DE NASCIMENTO 05/04/98
NOME DA MÃE Maria das Neves Odilon da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 102344
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1004789 CONFERIDO COM O ORIGINAL
DATA DO ATENDIMENTO 03/06/17
HORA DO ATENDIMENTO 09:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular D.
CID 10 S43.1

SINCOR/PB

28 JUN. 2018

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado de Guarabira, vítima de queda de moto, com queixa de dor em ombro direito, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D.


RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular D.

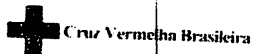
TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular D.

ALTA HOSPITALAR: 16/06/17
DATA DA EMISSÃO: 18/09/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1004789

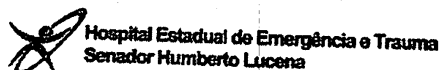
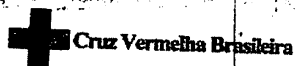


Identificação do paciente					
ID 1176992	Nome JOSELIO FRANCISCO PEREIRA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19 anos 1 mes 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA	Pai SEVERINO FRANCISCO PEREIRA				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA - MAE				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988705815	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4206893	Nº Cns 700400466394242			
Local de procedência GUARABIRA	Tipo MUNICIPIO		UF PB		
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R			
Endereço					
CEP 58390000	Município de residência ALAGOINHA	UF PB	Logradouro BARRO DE FATIMA		
Número SN	Complemento	Baixo ZONA RURAL			
Admissão					
Data e Hora 03/06/2017 09:13:44	Número da pulseira 1000005239176		Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco			Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA				CID	
				Tempo 01min 47seg	

Imprimir

de 1

03/06/2017 09:13



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM - CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1004789



Identificação do paciente				
ID 1176992	Nome JOSELIO FRANCISCO PEREIRA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19 anos 1 mes 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA	Pai SEVERINO FRANCISCO PEREIRA		Responsável (Parentesco) MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA - MAE	
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 988705815	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4206693	Nº Cns 700400466394242		Fone Fixo
Local de procedência GUARABIRA	Tipo MUNICIPIO		UF PB	CBO/R
E-mail	Naturalidade GUARABIRA			
Endereço				
CEP 58390000	Município de residência ALAGOINHA	UF PB	Logradouro BARRO DE FATIMA	
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 03/06/2017 09:13:44	Número da pulseira 100005239176		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
Dados clínicos		ECG []	Ultrasonografia []	
Diagnóstico				
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				CID
				Tempo 01min 47seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 08/06/2017 08:53:28

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA	Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242
Tempo de Internação 4d 17h 13min	Convênio SUS	Prontuário 102344	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 08/06/2017 08:53:22)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente atualmente sem queixas.
aguarda vaga em enfermaria.
solicito cirurgia.

ação: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 07/06/2017 07:27:38

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA		Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400486394242	Prontuário 102344
Tempo de Internação 3d 15h 47min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 07/06/2017 07:27:35)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente atualmente sem queixas.
aguarda vaga em enfermaria.
solicito cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19

Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Número Conselho: 9456

Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 9456



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 07/06/2017 07:27:38

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA		Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242	Prontuário 102344
Tempo de Internação 3d 15h 47min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 07/06/2017 07:27:35)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

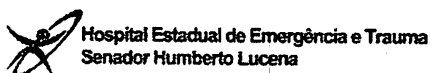
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente atualmente sem queixas.
aguarda vaga em enfermaria.
solicito cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456

Número Conselho: 9456



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 06/06/2017 03:19:28

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA	Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242
Tempo de Internação 2d 11h 39min	Convênio SUS	Prontuário 102344	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 06/06/2017 03:19:08)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

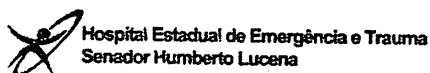
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente atualmente sem queixas.
aguarda vaga em enfermaria.
solicito cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Dr. Mathheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456
Número Conselho: 9456



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 06/06/2017 03:19:28

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA		Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242	Prontuário 102344
Tempo de Internação 2d 11h 39min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 06/06/2017 03:19:08)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente atualmente sem queixas.
aguarda vaga em enfermaria.
solicito cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
Número 109456



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 05/06/2017 07:08:02

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA	Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242
Tempo de Internação 1d 15h 26min	Convênio SUS	Prontuário 102344	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 05/06/2017 07:05:07)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

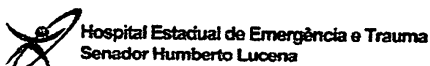
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL; SEM INTERCORRÊNCIAS; EXAMES OK; CD: AGUARDA CIRURGIA.

Localização: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 04/06/2017 09:23:26

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA		Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242	Prontuário 102344
Tempo de Internação 17h 43min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 04/06/2017 09:23:21)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL; SEM INTERCORRÊNCIAS; EXAMES OK; CD: AGUARDA CIRURGIA.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804



Médico: D. G. Sotoca

Naosus ()

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Reposição:

Data: 13 / 06 / 17

Caixa Pronta:

[illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Manessa Mendonça F. da Silva

ASSINATURA EM BRANCO - COREN

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NGI).APC 0123



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEEISHL

Nome: João Francisco Pereira BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 13/06/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Tiago Espirito 1º Assistente: Dr. Sílvia Barros
2º Assistente: Dr. Rafael Melo 3º Assistente: Dr. Carlos Alberto
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Rômulo
Tipo de Anestesia: Blq. Alex. G. A. Horário: Início _____:_____:_____ Término _____:_____:_____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação Acromioclavicular em Juntas</u>	
<u>Direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento Cirúrgico para fixação</u>	
<u>de luxação Acromioclavicular +</u>	
<u>luxação com fixação de Ethibond</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8086 CRM-PB / 24811 CRM-PE
TPO 4330

João Pessoa, 13/06/17

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Marcelo Francisco Pereira

IDADE: 49 BE: 1604787 PRONOME: MALE ENFERMARIA: LETO

CIRURGIA: Proctologia - Proct. LAC (D)

CIRURGIÃO: Dr. Sérgio de F. Costa

ANESTESIA: Proprio + Fio

ANESTESISTA: Dr. Roberto de F. Costa

INSTRUMENTADOR: Dr. Roberto de F. Costa

DATA: 13/06/17

ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGIA - ANESTESIA: INÍCIO: 8:09:45 FIM: 9:55:10

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
PROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORPOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSOS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASINTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASU		EQUIPO TRANSF. SANGUE		() ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		() BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		() CAPNÓGRAFO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() CÁRDIOMONITOR	
		GAZES		() DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODOADAS		() FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO		() FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		() MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				() CIRCULANTE	

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=18101716050430300000016787707

Número do documento: 18101716050430300000016787707

FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: JOSÉLIO FRANCISCO PERLITA		DATA: 13/06/17		PRONTUÁRIO: 1004789	
PRESSÃO ARTERIAL: 130/80	PULSO: 90	RESPIRAÇÃO: 12	TEMPERATURA: 36,1	PESO: 60	IDADE: 19,2
ESTADO GERAL: (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		GRUPO SANGÜÍNEO: 	
EXAMES COMPLEMENTARES: VPM					
AP. RESPIRATÓRIO: ND		AP. CIRCULATÓRIO: ND		DROGAS EM USO: 	
AP. DIGESTIVO: em jejum		ESTADO MENTAL: lúcido		ESTADO FÍSICO (ASA): I	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: MIDAZOLAM 2mg + FENTANIL 50mcg					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: L.A.C. (5)					
CIRURGIA REALIZADA: Trat. Cirúrgico L.A.C. (5)					
CIRURGIÃO: Dr. T. 1200		AUXILIARES: Dr. S. 1200			
INÍCIO DA ANESTESIA: 9:30h		TÉRMINO DA ANESTESIA: 11:00h		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2:30h	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 690.882.124-91		QUANT. DE CH.: 4229		VALORES R\$: 4229	
ANESTESISTA: Dr. Rossana de Sousa		CRM-PB: 4229			
<p>AGENTES: 10:30h 11:30h</p> <p>O₂: 100% 100% 100%</p> <p>N₂O: 0% 0% 0%</p> <p>LIQUIDOS VENOSOS: SRL - SRL 500ml - 500ml</p> <p>LIQUIDOS INTRATECAIS: FC 200ml SRL - 100ml</p> <p>ECG: FC 100 bpm SAO = POI RA = 130x81</p>					
<p>ANESTESIA GERAL: <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOO.PLEXO <input type="checkbox"/> BLOO.NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS</p> <p>TECNICA: <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOO.PLEXO <input type="checkbox"/> BLOO.NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS</p>					
<p>LIQUIDOS: Volume em ml</p> <p>GLICOSE: 11</p> <p>NACL: 12</p> <p>SANGUE: 13</p> <p>RINGER: 14</p> <p>TOTAL: 15</p>					
<p>DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/> OUTROS</p>					
<p>MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO</p> <p>1. MIDAZOLAM 2mg + 3mg</p> <p>2. FENTANIL 50mcg</p> <p>3. NOBUPROPRANOLOL 0,33mg 30ml</p> <p>4. LIDOCAINA 1,5% 30ml</p> <p>5. ÁGUA DESTILADA</p> <p>6. CÉFALOXIMA 2g</p> <p>7. NAFEDOLINA 8mg</p> <p>8. CETO PROFENO 100mg</p> <p>9. </p> <p>10. </p>					
<p>OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Pct chega ao centro cirúrgico com ARV. MSD (membrado do cirurgião); realiza-se 2º bloco de bloqueio de plexo braquial via intratecal; em DDA; assepsia + 2-15septin local; realiza-se 2º bloqueio negativo; infusão de (3)+(4)+(5), em intercorências.</p>					
<p>ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Rossana de Sousa</p> <p>F.(ING).ASC.R.026 Anestesiologista CRM 4229</p>					

Visita Pré Anestésica

SEE ALSO:

NOME DO PACIENTE: JOSÉ CARLOS FRANCISCO GERALMA DATA: 12/06/14 PRONTUÁRIO: 1004289

Idade: 42a Sexo: M Profissão:

Patologia principal: Ret de Glândula


Cirurgia: No cirrurg Anestesia proposta: Bloq. Regional

	Sim	Não
Dor no peito, angina?		
infarto? [] <3M [] 3-6M [] >6M		
Pressão alta?		
Sopro, febre reumática?		
Arritmia, taquicardia: [] espontânea		
aos esforços: [] peq. [] médios		
Edema de MMII: [] Tarde [] Verão		
Dispneia de decúbito []		
aos esforços: [] peq. [] médios		
Asma brônquica:		
Tosse catarro? (cor		
Fumante: há anos. Parou há		
Desmaios, tonturas?		
Convulsões, abalos, tremores?		
Fraqueza muscular, miopatia?		
Ar nas juntas, artrite, colagenose?		
Problema de coluna?		
Estilista social		
Alcoólatra: há anos. Parou há		
Diabetes?		
Doença da tireóide?		
Mudança no hábito miccional?		
Modificação no apetite?		
Queimação, azia, H.de hiato, dor?		
Náuseas, vômitos? (cor:		
Mudança no hábito intestinal?		
Alteração na cor das fezes?		
Perda de peso s/dieta?		
Hepatite, icterícia, malária, Chagas?		
Anemia?		
Sangramento? (onde?		
Hematomas, manchas roxas?		
Gripe, febre, recente?		
Está ou pode estar grávida? (DUM:		
Tem problema de surdes, visão?		
Teve febre alta quando foi operado?		
Recebeu Transf.sangue? Há		
Aceita transf.sangue numa emergência?		
Alergia a drogas?		
Quadro clínico?		
Tratamento?		
Alergia a pó, lá, odores, alimentos?		
Quadro clínico?		
Tratamento?		
Alergia a derivado de borracha?		
Quadro clínico?		
Tratamento?		
PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)		
A criança é prematura?		
A criança tem ↓ de desenvolvimento?		
A criança está gripada, c/ tosse, febre?		
A criança tem outra doença?		
ATECENDENTES FAMILIARES DE:		
[] diabetes [] doença crasc. [] miopatia		
[] Febre alta durante a anestesia?		
[] Problema durante a anestesia?		
Qual?		

Importantes da Anamnese e do EF	Cirurgias / Anestésias Prévia(s) / Complicações	Medicamentos (Dietas)
<p>RA crônica, oncológica, embolizada</p> <p>EC = 98% - Sístole = 97%</p>	<p>NEGA</p>	<p>NEGA</p>

Prso: Altura: PA: P: Hidratado/desidratado
 Cor/od. desc. conjuntiva dispn/taqui - cianótico icterico aperturas
 Ausculta W+ em MM 1/11A
 Dentadura/prótese (inf/sup) (móvel/fixa) nenh
 Dentes ox
 Abertura da boca normal
 Peçoço normal/curto
 Fleção/extensão do pescoço
normal/limitada
 1. Mallampati 2 - 3 - 4 distância externo/mento: 12,5 cm > 12,5

tem orientado, tem assado, embo macedo
 nexu liellodesm 700 e v.o. 35 10202, 113/06/11

ASA 

ITORNOS: [] NÃO [] SIM Motivos: [] Exames complementares [] Encaminhado p/Clinica. Qual:
 (VIDE VERSO)

<p>Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório</p>		<p>MEDICO</p>	<p>CRM: *</p>
<p>CONDUTA FINAL: DATA: ____/____/____</p>	<p><input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia</p> <p><input type="checkbox"/> Reavaliar na internação - motivo(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Reavaliar na SO - motivo(s)</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO P/CIRURGIA - motivo(s)</p>		
<p>PROBLEMAS GRAVES</p>		<p>MPA drogas/dose</p>	
		<p>MÉDICO</p>	<p>CRM</p>

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JOSÉLIO FRANCISCO PEREIRA

Qualificação: Homem

CPF/MF: 706.876.234-48 RG: 42.06.693-SSP/PB

Endereço: Sítio Barros S/N Area Rural de
Flaginã - PE CEP. 5839-0000

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 20 de dezembro de 2017.

Josélio Francisco Pereira
Outorgante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.206.693 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2013

NOME JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

FILIAÇÃO SEVERINO FRANCISCO PEREIRA
MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 05/04/1998

DOC ORIGEM NASC.N.16605 FLS.24V LIV.A17
CARTORIO ALAGOINHA PB

CPF 706.876.234-48


ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-062





JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
42D5.C0A6.5AA4.D943

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:56:32 do dia 19/11/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



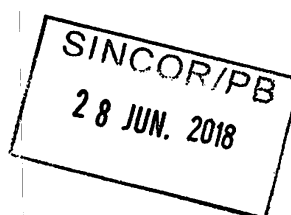
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
706.876.234-48

Nome
JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Nascimento
05/04/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CONFERIDO COM O ORIGINAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Corredores do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233445/18
Vítima: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
CPF: 706.876.234-48

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/06/2017
Titular do CPF: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSELIO FRANCISCO PEREIRA : 706.876.234-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2018
Nome: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
CPF/CNPJ: 706.876.234-48

JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

Sandra Maria Accioly Pedrosa



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

706 876 234. 48

Nome completo da vítima

Jose Joao Francisco Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Joao Francisco Pereira	706 876 234. 48	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Sítio Barros de Fátima	50	
Bairro	Estado	CEP
Área Rural	Paraíba	58390000
Email		Telefone (DDD)
		99336 0688

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATE R\$ 1.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
0042		60251	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome	Nº		
AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Jose Joao Francisco Pereira 15 de abril de 2018

Local e Data

Jose Joao Francisco Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

BANCA ECONOMICA FEDERAL		Loterias C	
SAC 0800 726 0101			
OUVIDORIA 0800 725 7474			
OUVIDORIA 0800 725 7474			
100 696273740-1			
10/ABR/2018		HORA DE 10:44:50	
LOT: 13 04617-0		IFRM: 058179	
LOCALIDADE: GUARARÉ		CNPJ: 158515537	
AG. VINCULADA: 0042			
DEPÓSITO EM 1889 100			
0042 013 0000231 6			
JOSÉ IFFREIRA			
VALOR :	0,00		
ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO COMPROVANTE DE DEPÓSITO			
100 696273740-1			
1ª VIA			

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
28 JUN. 2018

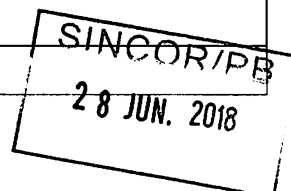
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josélio Francisco Pereira,

RG nº 4206693, data de expedição 19/11/13, Órgão SSP/PB,

CPF nº 706870234-48 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Atio Barros de Fátima</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Alagoíinha</u>
Estado	<u>Pernambuco - PB</u>
CEP	<u>58390000</u>
Telefone de Contato	<u>993360688</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 15/10/18

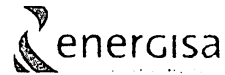
Assinatura do Declarante: Josélio Francisco Pereira

CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal
Documento não é documento fiscal
Não é documento fiscal

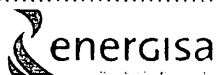
Nº 006 736 123



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230 - Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP: 58071-680
CNPJ: 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR	
SEVERINO FRANCISCO PEREIRA SIT BARRO S/N ALAGOINHA			5/1548785-3	
REFERENCIA	APRESENTACAO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	18/05/2018	70	25/05/2018	R\$ 25,90

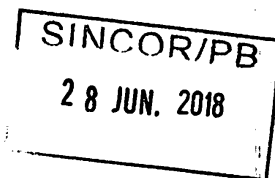
Acesse: www.energisa.com.br



PARAIBA - PB

SEVERINO FRANCISCO PEREIRA
Roteiro: 10-042-736-5000
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 23/05/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
25/05/2018	R\$ 25,90	1648785-2018-05-2



CONFERIDO COM O ORIGINAL

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Jozelio Francisco Pereira

CPF da Vítima

706 876 234-48

Data do Acidente

03-06-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

SINCOR/PB

28 JUN 2018

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal-IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Jozelio Francisco Pereira 15 de abril de 2018

Local e Data

Jozelio Francisco Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Processo nº: 0860267-92.2018.8.15.2001

DESPACHO

Defiro o benefício da Justiça Gratuita requerida, considerando que as despesas processuais da presente ação comprometem os recursos financeiros do Autor.

Nos processos de DPVAT em que ocorrem lesão a vítima, a seguradora somente transige após a realização de perícia. Por tal razão, deixo de remeter, por hora, ao Centro de de Conciliação Cível tendo em vista que tal providência neste momento processual será infrutífera.

Diante disso, determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

P.I.

João Pessoa, 18 de outubro de 2018.

Juiz GUSTAVO PROCÓPIO BANDEIRA DE MELO
2ª Vara Cível da Capital



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Cível da Capital

PROCESSO Nº 0860267-92.2018.8.15.2001
PROCEDIMENTO COMUM (7)
[SEGURO]

AUTOR: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem do MM. Juiz de Direito da 2ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, CITE a parte promovida: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 dias. Ficando advertido que, não sendo contestada a ação presumir-se-ão aceitos como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 7 de fevereiro de 2019.

NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO

Analista Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

XXXXXXXXXXXXXX

CERTIDÃO

Certifico que citei o Bradesco Seguros S/A através da gerente operacional Vanda Carmem Fabricio Wanderley. Na oportunidade, a mesma leu o mandado, lançou o seu ciente e recebeu a contrafé. Dou fé.

João Pessoa, 01/03/2019

Oficial de Justiça



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Cível da Capital

PROCESSO Nº 0860267-92.2018.8.15.2001
PROCEDIMENTO COMUM (7)
[SEGURO]

AUTOR: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem do MM. Juiz de Direito da 2ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, CITE a parte promovida:

BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 dias. Ficando advertido que, não sendo contestada a ação presumir-se-ão aceitos como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 7 de fevereiro de 2019.

NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO

Analista Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXXXXXXX



Assinado eletronicamente por: NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 19086199



19020718370052700000018572816

Vanda Carmem Fabricio Wanderley
Gerente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB

Bradesco

-01-Mar-2019-10:20-1796.1-G/