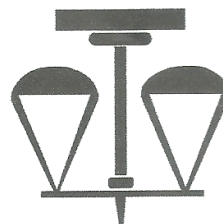


**ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA**  
Causas Administrativas Cíveis Criminais e Trabalhistas  
End. Rua Celso Cirne, 399, Centro – Solânea - PB CEP 58225-000  
Fone: (083) 3363 - 2499 / Celular: 98690-7431



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

JOSÉ HÉLIO DUARTE REIS, brasileiro, solteiro, desempregado, residente e domiciliada a Rua: Manoel Firmino de Medeiros nº 337, Bairro Centro, Arara/PB, CEP 58.396-000, Portador do RG de nº 54805223 e do CPF de nº 022.314.364-26, telefone (11)99666884914, pelo presente instrumento particular de procuração constitui e nomeia, seu bastante procurador e advogados **Dr. FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PB sob o nº18453, Com escritório estabelecido na Rua Celso Cirne, 399, Centro Solânea/PB, local onde recebe intimações e notificações, a quem confere poderes para o foro em geral e para defender os interesses do(s), assistente(s) ou opoente(s) ou de qualquer forma interessado(s) podendo confesse, reconhecer a procedência do pedido, transigir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação firmar compromisso, substabelecer, bem como requerer inventário, inclusive convindo que seja feito com rito de arrolamento, podendo representar o(s) outorgante(s), também em quaisquer repartições e autarquias, praticando, enfim, todos os atos necessários ao desempenho deste mandato, o que tudo dará(ao) por firme e valioso, tanto na área judicial como administrativo.

Solânea - PB, 08 de Outubro de 2019.

Assinatura da outorgante

*Assinatura manuscrita em azul.*



PROIBIDO PLASTIFICAR  
1787534614

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1787534614

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO NACIONAL DO TRANSITO  
CARTILHA NACIONAL DE HABITUAÇÃO

NOME: JOSE HELIO DUARTE REIS  
DOC. IDENTIDADE / Data. EMISSOR / UF: 54805223 SSP/SP  
CPF: 022.314.364-26  
DATA NASCIMENTO: 08/07/1976  
FILIAÇÃO: CIPRIANO LUIS DOS REIS  
CECILIA DUARTE REIS  
PROFISSÃO: ACC. CAT. HAB. D  
VENCIMENTO: 22/01/2024  
1ª HABITUAÇÃO: 27/02/1996

Observações: RAR

Assinatura do Portador: *Jose Helio Duarte Reis*  
LOCAL: SAO PAULO, SP  
DATA EMISSÃO: 23/01/2019

Assinatura do Diretor Presidente: *Paulo Roberto Fracalossi*  
Assinatura do Diretor Presidente: Paulo Roberto Fracalossi  
62116123198  
SP962373893

SAO PAULO

DECLARAÇÃO DE POBREZA

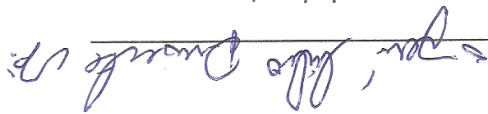
JOSÉ HÉLIO DUARTE REIS, brasileiro, solteiro, desempregado, residente e domiciliado a Rua: Manoel Firmino de Medeiros nº 337, Bairro Centro, Arara/PB, CEP 58.396-000, Portador do RG de nº 54805223 e do CPF de nº 022.314.364-26,, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

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.

Arara/PB, 08 de outubro de 2019.

declarante



Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
 Estamos aqui para Você

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:  
 Comprovações de despesas médicas incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.  
 O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.  
 Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**  
 Senhor(a), JOSE HELIO DUARTE REIS

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265330  
 Vítima: JOSE HELIO DUARTE REIS  
 Data do Acidente: 05/03/2019  
 Cobertura: DAMS

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.









Administradora do Seguro DPVAT

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190265330  
Vítima: JOSE HELIO DUARTE REIS

Data do Acidente: 05/03/2019  
Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE HELIO DUARTE REIS

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT  
Estamos aqui para Você







BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019  
Ocorrência nº. 215/2019

Aos DOZE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO AMARAL**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 11h:10min, compareceu a

**PESSOA a seguir qualificada:**

**JOSE HELIO DUARTE RESIS**, conhecido(a) por **JOSE HELIO**, Identidade nº 54805223 - SSP/SP, CPF nº 022.314.364-26, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: motorista, filho(a) de Cipriano Luis Dos Reis E Cecília Duarte Reis, natural de Arara/PB, nascido(a) em 08/07/1976 (42 anos de idade), tendo como ponto de referência: próximo ao triângulo, na cidade de ARARA/PB, fone(s) para contato: 83 98656-3017.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 05 de março de 2019;
- 3) **Horário do Fato:** 15h:0min;
- 4) **Local do Fato:** Sítio Figueira, zona rural de Solânea/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Complexo Hospitalar de Mangabeira, João Pessoa/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM

6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**  
GM/CORSA MILENÍUM, COR PRATA, ANO/MOD 2002/2002, PLACA DES 4959/SP, CHASSI 9BGSC19Z02B167793, licenciado no nome de CIPRIANO LUIS DOS REIS.

7) **Testemunha(s) do fato/acidente:**

**FRANCISCO DE ASSIS**, residente Rua Cosmo Anselmo, nº 29, Centro, Arara/PB

**JOSE ADRIANO DUARTE REIS**, Rua Manoel Firmino de Medeiros, nº 337, centro, Arara/PB

8) **Breve resumo do fato:**

Narra o comunicante que vinha conduzindo o veículo acima descrito, na localidade denominada Sítio Figueira, zona rural de Solânea/PB, quando perdeu o controle e veio a "capotar" várias vezes. Informa ainda o comunicante que a estarda é de barro e deslizava muito.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

Este boletim servirá para fins de DPVAT

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.

**JOSE HELIO DUARTE RESIS**

Comunicante

Escrevê(o) // Agente  
Matrícula nº 168.610-1

Vânia Cândido da Silva  
Enfermeira  
COREN-PB 287.296

Solânea, 12 / 03 / 2019

Declaro para os devidos fins que foi prestado ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR pelo  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SOLÂNEA-PB, à  
vítima João Hélio Duarte Reis RG 54805333  
portador do RG 54805333 na cidade de Solânea  
e transferido para a cidade de Complexo Hospitalar de Mangabais  
no dia 05 / 03 / 2019 de João Hélio

## DECLARAÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192

**SAMU**  
**192**







ESTADO DA PARAIBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS  
Rua Alfredo Pessoa de Lima, 346 - Centro - Solânea-PB - CEP: 58.225-000  
Fone: (83) 3363-2859



192  
SAMU

## FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB:

65

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

## DENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Idade	43	Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Paciente / Usuário	Ocorrência nº 2369932		
Bairro	Rua Helio Duarte Reis		
Médico Regulador	Ruy Nelson		
Local da Ocorrência	Bairro		
Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros	<input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRAN <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro:		
Local: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Recusou Atendimento <input type="checkbox"/> Socorrido pelo Bombeiro <input type="checkbox"/> Local não Encontrado <input type="checkbox"/> Outro:			

## TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

### TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

EXAME FÍSICO:	<input type="checkbox"/> PÁLIDO / <input type="checkbox"/> CIANÓTICO / <input type="checkbox"/> SUDOREICO / <input type="checkbox"/> PELE FRIA
	<input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA / <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO / <input type="checkbox"/> MIÓTICO
	<input type="checkbox"/> DOR LOCAL
	<input type="checkbox"/> DISPNEIA / <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA / <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE / <input type="checkbox"/> HEMOPTISE
VACINAS:	<input type="checkbox"/> TCE / <input type="checkbox"/> TRM / <input type="checkbox"/> FRATURA / <input type="checkbox"/> CONTUSÃO / <input type="checkbox"/> ENTORSE
	<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / <input type="checkbox"/> FACE / <input type="checkbox"/> PCR / <input type="checkbox"/> FAF / <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO
	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO / <input type="checkbox"/> QUEIMADURA / <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO
	<input type="checkbox"/> DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO / <input type="checkbox"/> QÜEDA DA PRÓPRIA ALTURA
	<input type="checkbox"/> QÜEDA MOTO / <input type="checkbox"/> QÜEDA ALTURA metros
MEDICAMENTOS:	
PATOLOGIA(S):	
ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO:	
TIPO DE FERIMENTO E LOCAL	

## DESTINO

Responsável: Medico

Função: Medico

## DADOS VITAIS

## - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

VAA: ☐ Livre ☐ Obstruída ☐ Respiração: ☐ < 30irpm ☐ > 30irpm

PERFUSÃO CAPILAR: ☐ Retardada ☐ Normal ☐ PAS: ☐ > 90mm Hg

FR: 97 FR: 18 TEMPERATURA: 36.137 bpm

GLICEMIA: 118 F. Coma: 15

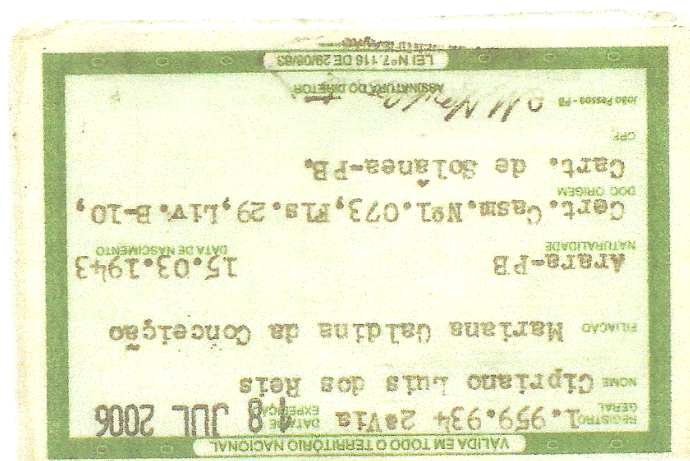
## - IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO Layson COREN: 553.981 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Layson


CONDUTOR Layson SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): Layson

RECUSA







 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</b> Rs. 1/2	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - SEXO		8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		10 - CID-10 PRINCIPAL	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CID-10 SECUNDÁRIO	
13 - UF		14 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
15 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		16 - CID-10 PRINCIPAL	
17 - CID-10 SECUNDÁRIO		18 - CID-10 SECUNDÁRIO	
19 - CID-10 SECUNDÁRIO		20 - CID-10 SECUNDÁRIO	
21 - CID-10 SECUNDÁRIO		22 - CID-10 SECUNDÁRIO	
23 - CID-10 SECUNDÁRIO		24 - CID-10 SECUNDÁRIO	
25 - CID-10 SECUNDÁRIO		26 - CID-10 SECUNDÁRIO	
27 - CID-10 SECUNDÁRIO		28 - CID-10 SECUNDÁRIO	
29 - CID-10 SECUNDÁRIO		30 - CID-10 SECUNDÁRIO	
JUSTIFICATIVA DOS PROCEDIMENTOS(S) SOLICITADO(S)			
31 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
32 - OBSERVAÇÕES			
SOLICITAÇÃO			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
35 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO			
37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		38 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
39 - CID-10 SECUNDÁRIO		40 - CID-10 SECUNDÁRIO	
41 - CID-10 SECUNDÁRIO		42 - CID-10 SECUNDÁRIO	
43 - CID-10 SECUNDÁRIO		44 - CID-10 SECUNDÁRIO	
45 - CID-10 SECUNDÁRIO		46 - CID-10 SECUNDÁRIO	
47 - CID-10 SECUNDÁRIO		48 - CID-10 SECUNDÁRIO	
49 - CID-10 SECUNDÁRIO		50 - CID-10 SECUNDÁRIO	
51 - CID-10 SECUNDÁRIO		52 - CID-10 SECUNDÁRIO	
53 - CID-10 SECUNDÁRIO		54 - CID-10 SECUNDÁRIO	
55 - CID-10 SECUNDÁRIO		56 - CID-10 SECUNDÁRIO	
57 - CID-10 SECUNDÁRIO		58 - CID-10 SECUNDÁRIO	
59 - CID-10 SECUNDÁRIO		60 - CID-10 SECUNDÁRIO	
61 - CID-10 SECUNDÁRIO		62 - CID-10 SECUNDÁRIO	
63 - CID-10 SECUNDÁRIO		64 - CID-10 SECUNDÁRIO	
65 - CID-10 SECUNDÁRIO		66 - CID-10 SECUNDÁRIO	
67 - CID-10 SECUNDÁRIO		68 - CID-10 SECUNDÁRIO	
69 - CID-10 SECUNDÁRIO		70 - CID-10 SECUNDÁRIO	
71 - CID-10 SECUNDÁRIO		72 - CID-10 SECUNDÁRIO	
73 - CID-10 SECUNDÁRIO		74 - CID-10 SECUNDÁRIO	
75 - CID-10 SECUNDÁRIO		76 - CID-10 SECUNDÁRIO	
77 - CID-10 SECUNDÁRIO		78 - CID-10 SECUNDÁRIO	
79 - CID-10 SECUNDÁRIO		80 - CID-10 SECUNDÁRIO	
81 - CID-10 SECUNDÁRIO		82 - CID-10 SECUNDÁRIO	
83 - CID-10 SECUNDÁRIO		84 - CID-10 SECUNDÁRIO	
85 - CID-10 SECUNDÁRIO		86 - CID-10 SECUNDÁRIO	
87 - CID-10 SECUNDÁRIO		88 - CID-10 SECUNDÁRIO	
89 - CID-10 SECUNDÁRIO		90 - CID-10 SECUNDÁRIO	
91 - CID-10 SECUNDÁRIO		92 - CID-10 SECUNDÁRIO	
93 - CID-10 SECUNDÁRIO		94 - CID-10 SECUNDÁRIO	
95 - CID-10 SECUNDÁRIO		96 - CID-10 SECUNDÁRIO	
97 - CID-10 SECUNDÁRIO		98 - CID-10 SECUNDÁRIO	
99 - CID-10 SECUNDÁRIO		100 - CID-10 SECUNDÁRIO	



<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	
<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: <u>Unidade de Saúde Bucal - Hospital de Base - São Paulo</u>	
2 - CNES: <u>000000000000000000</u>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>	
3 - NOME DO PACIENTE: <u>João Carlos de Almeida</u>	
4 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u>123456789</u>	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>000000000000000000</u>	
6 - DATA DE NASCIMENTO: <u>10/10/1980</u>	
7 - SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	
8 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <u>Marcelo de Almeida</u>	
9 - TELEFONE DE CONTATO: <u>11 3333-4444</u>	
10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>Rua das Flores, 123 - Jd. Primavera - São Paulo - SP</u>	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>São Paulo - SP</u>	
12 - CDD, IBGE MUNICÍPIO - 13 - UF - 14 - CEP: <u>01000-000</u>	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>	
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <u>10.10.10.10.10</u>	
16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <u>Exatomação</u>	
<b>PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)</b>	
17 - QTD: <u>10</u>	
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>10.10.10.10.10</u>	
19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>Exatomação</u>	
20 - QTD: <u>10</u>	
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>10.10.10.10.10</u>	
22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>Exatomação</u>	
23 - QTD: <u>10</u>	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>10.10.10.10.10</u>	
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>Exatomação</u>	
26 - QTD: <u>10</u>	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>10.10.10.10.10</u>	
28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>Exatomação</u>	
29 - QTD: <u>10</u>	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>10.10.10.10.10</u>	
31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO: <u>Exatomação</u>	
32 - QTD: <u>10</u>	
<b>JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)</b>	
33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: <u>B. Insuficiência cardíaca</u>	
34 - CID-10 PRINCIPAL: <u>I50.9</u>	
35 - CID-10 SECUNDÁRIO: <u>I50.9</u>	
36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS: <u>I50.9</u>	
37 - OBSERVAÇÕES: <u>Exatomação</u>	
<b>SOLICITAÇÃO</b>	
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u>Dr. João Carlos de Almeida</u>	
39 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>10/10/2019</u>	
40 - DOCUMENTO: <u>10.10.10.10.10</u>	
41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <u>000000000000000000</u>	
42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): <u>Assinado eletronicamente por: FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES - 02/12/2019 12:38:59</u>	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <u>Dr. João Carlos de Almeida</u>	
44 - CDD, ORGÃO EMISSOR: <u>000000000000000000</u>	
45 - DOCUMENTO: <u>10.10.10.10.10</u>	
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <u>000000000000000000</u>	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>10/10/2019</u>	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>Assinado eletronicamente por: FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES - 02/12/2019 12:38:59</u>	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC): <u>10.10.10.10.10</u>	
50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC: <u>10.10.10.10.10</u>	
51 - NOME INSTITUIÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: <u>Unidade de Saúde Bucal - Hospital de Base - São Paulo</u>	
52 - CNES: <u>000000000000000000</u>	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PL: 0405194959-4

Nº 0148B7480012

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00778329720 \*\*\*\*\* 2018

NOME

CIPRIANO LUIS DOS REIS

CPF / CNPJ

00071619062453

PLACA

DES4959

PAS/AUTOMÓVEL / NAO APPLIC

MARCA / MODELO

GM/CORSA MILENIO

COMBUSTÍVEL

SL/1000 CC

CATEGORIA

PRATA

VALOR ÚNICA

VENÇ. COTA ÚNICA

VENÇ. COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

DPVAT PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA\* CMT=002, 00T PBT=000, 00

SÃO PAULO

Maxwell Borges de Moura Vieira  
Diretor-Presidente do Detran-SP

30/11/2018

SP Nº 0148B7480012 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

00071619062453

PLACA

RENOVAÇÃO

00778329720

GM/CORSA MILENIO

ANO FAB.

01

9868C19Z02B167793

PRÊMIO TARIFÁRIO

(R\$)

28,66

3,18

31,85

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

0,26

68,10

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO INFORMATIVO, CASSA BASTO INTEGRAL

CNPJ 09.240.600/0001-04

DET / 2018

<b>LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA</b>	
NOME: <b>João Paulo</b> IDADE: <b>32</b> SEXO: <b>M</b> COR: <b>M</b> CLÍNICA: <b>32</b> PRONTUÁRIO Nº: <b>438</b>	DATA DE ADMISSÃO: <b>08/03/19</b> DATA DE ALTA: <b>08/03/19</b> TEMPO DE PERMANÊNCIA: <b>32</b>
DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>7 + Exortila distal de tórax</b> DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <b>7 + Exortila distal de tórax</b> OUTROS DIAGNÓSTICOS: <b>7 + Exortila distal de tórax</b> PRINCIPAIS EXAMES: <b>7 + Exortila distal de tórax</b>	
PROCEDIMENTO REALIZADO: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> TERAPIA MÉDICA/QUIRÚRGICA: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> ANATOMIA PATOLÓGICA: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> INFECÇÃO F.O.: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> RESULTADO BACTERIOLÓGICO: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> CONDIÇÕES DE ALTA: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b>	
MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>	
RESUMO CLÍNICO: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> HISTÓRIA EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b>	
DIETA: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> REPOUSO: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> MEDICAÇÕES PARA CASA: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> RETORNO: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> Ao posto de saúde em <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> Ao Ambulatório de <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> para retirada de pontos em <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> em <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> dias para revisão. <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b>	
DATA: <b>08/03/19</b> Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. Assinatura Médica / CRM: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b> Assinatura de Sd Pto: <b>Realizado cur + doação sangue + Sifone com placa e paracetamol</b>	

SECRETARIA DE SAÚDE

Complexo Hospitalar MANGABEIRA





certidão.

Atendendo solicitação de JOSE HELIO DUARTE REIS e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Fichas Ambulatorial Nº210586 e prontuário 2019.03.0496 pertencentes ao paciente JOSE HELIO DUARTE REIS requerente que foi atendido dia 05/03/2019 às 20h05min, vítima de capotamento, apresentando trauma em membro superior esquerdo. Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do antebraço esquerda. Realizado procedimento cirúrgico no dia 05/03/2019 Com alta médica dia 08/03/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente

João Pessoa, 12 de julho de 2019

*Fabiana Fernandes de Araújo*  
Médica  
CRM/PB 4516  
CRM-PB 4516  
CARDIOLOGIA

Nº. 1086/2019

CERTIDÃO

MINISTÉRIO DA  
SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Complexo Hospitalar  
MANGABEIRA  
GOVERNADOR TARCÍSIO BURTY

JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



DATA: 05/03/2019  
HORA: 20:05:12  
RECEPCIONISTA: GABRIELA DA COSTA SE  
CLÍNICA: CIRURGICA

NUM. DE VEZES ATENDIDO: 1  
NUM. PRONTUÁRIO: 2019.03.000496

CNS: SEM CNS SEXO: M SEM DOCUMENTO: SD FONE: 0  
NATURAL: JOAO PESSOA/PB DATA NASC.: 08/07/1976 ID: 42 ano(s)

END.: RUA MANOEL FIRMINO DE MEDEIROS, 337 (11) 966884914  
BAIRRO: CENTRO CIDADE: ARARA UF: PB

MAE: CECILIA DUARTE REIS PAI: CIPRIANO LUIS DOS REIS

RACA: SEM INFORMACAO ETNIA: SEM INFORMACAO  
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO  
Escolaridade: Estado Civil: NAO INFORMADO

RESP.: JOSE HELIO DUARTE REIS  
TEL/DOC. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD  
End.: Residência: RESIDENCIA

TRANSPORTE UTILIZADO: SAMU

VITIMA DE ACIDENTE POR: AUTOMOVEL  
VITIMA DE VIOLÊNCIA POR: NAO  
[ ] CASO POLICIAL

PRE-CONSULTA CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR: TP: ALTURA: IMC: 02%: [ ] Vomito

FC: [ ] Regular [ ] Diarreia [ ] Hemorragia [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao [ ] Grave

Peso: [ ] Agitado [ ] Choocado

Glicemia:

Circ. Abd: 02%:

[ ] Regular

[ ] Choocado

Q: 1ª Principal

Observação

Exame físico - (hora do atendimento médico)  
HISTÓRIA - (hora do atendimento médico)  
Diagnóstico  
Conclusão

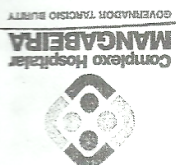
Prescrição

Horário da medicação

Cirurgião Geral  
Cirurgião Oncológico  
CRM: 6311  
Francisco Ludgero A. de Melo







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Francisco Carmenato de Oliveira Gomes</i>		Idade: <i>33</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>B</i>	Clinica: <i>Altoceara</i>	EMP: <i>Altoceara</i>	LR: <i>Altoceara</i>	Registro: <i>Altoceara</i>	
Data: <i>02/12/2019</i>		Cirurgião: <i>Altoceara</i>		1º Assistente: <i>Altoceara</i>		Instrumentador: <i>Altoceara</i>		3º Assistente: <i>Altoceara</i>	
Anestesista: <i>Altoceara</i>		Tipo Anestesia: <i>Altoceara</i>		Horário: <i>Altoceara</i>		I: <i>Altoceara</i>		T: <i>Altoceara</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO									
CID									
<i>Enterocolite aguda</i>									
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO									
CID									
<i>Altoceara</i>									
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)									
<i>Altoceara</i>									
CÓDIGO									
<i>Altoceara</i>									
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não									
Biópsia de Congelamento: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não									
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico									



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

VARA ÚNICA DA COMARCA DE SOLÂNEA

*Fórum Adv. Alfredo Pessoa de Lima*

*Fone/Fax: (83) 3363-3376*

Processo número - 0801811-79.2019.8.15.0461  
CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
ASSUNTO(S): [ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA]  
AUTOR: JOSÉ HELIO DUARTE REIS  
Advogado do(a) AUTOR: FRANCISCO CARMENATO DE OLIVEIRA GOMES - PB18453  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

#### DESPACHO

Concedo a gratuidade de justiça.

Designa-se data para audiência de conciliação nos moldes do art. 334  
do CPC, no Fórum local.

Citação e intimação necessárias, observando o disposto no art. 334,  
caput e §3º, do CPC.

Solânea-PB, 4 de dezembro de 2019.

**Osenival dos Santos Costa**  
*Juiz de Direito*





Poder Judiciário da Paraíba

Vara Única de Solânea

Rua Gov. João Fernandes de Lima, S/N, Centro, SOLÂNEA - PB - CEP: 58225-000

**Número do Processo: 0801811-79.2019.8.15.0461**

**Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Assunto: [Alienação Fiduciária]**

**Polo ativo: AUTOR: JOSE HELIO DUARTE REIS**

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

### **CERTIDÃO**

Certifico autorizado pela Lei que para que surta seus jurídicos e legais efeitos, conforme determinado no despacho nos presentes autos, agendei audiência para o dia 28/09/2020, pelas 10:30 horas. Solicitei intimação das partes. Certifico e dou fé.

SOLÂNEA, 2 de maio de 2020

CARLOS ANTONIO ROCHA BOTELHO JUNIOR



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
COMARCA DE SOLÂNEA  
Juízo do(a) Vara Única de Solânea  
Rua Gov. João Fernandes de Lima, S/N, Centro, SOLÂNEA - PB - CEP: 58225-000  
Tel.: ( ) ; e-mail:  
Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.1.00

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO PARA AUDIÊNCIA UNA**

**Nº DO PROCESSO: 0801811-79.2019.8.15.0461**

**CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Alienação Fiduciária]**

**AUTOR: JOSE HELIO DUARTE REIS**

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

**Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

**Endereço: Edifício Citibank \*\*, 24 andar, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904**

Prezado(a) Senhor(a),

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). , MM Juiz(a) de Direito deste Vara Única de Solânea, venho, por meio desta, **CITAR a parte REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, através de seu representante legal, conforme o caso, por todos os atos do processo acima mencionado, ficando **INTIMADA** para comparecer neste juízo, no endereço supra, à **AUDIÊNCIA UNA** (conciliação, instrução e julgamento) designada: **Tipo: Conciliação Sala: Sala de Audiências 01 Data: 28/09/2020 Hora: 10:30 h**, ficando a parte Promovida advertida, desde já, que o não comparecimento importará em **REVELIA**, reputando-se verdadeiras as alegações da parte autora, e em **JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE**, consoante art. 20 da Lei nº 9.099/95 e art. 355 do Código de Processo Civil, podendo na oportunidade apresentar resposta, oral ou escrita, e produzir provas documentais ou testemunhais (arts. 32 a 37 da Lei 9.099/95), advertindo-se, ainda, acerca da faculdade de se fazer acompanhar, querendo, por advogado ou, observando-se os requisitos legais, por defensor público, nas causas até vinte salários mínimos, sendo obrigatória a assistência nas causas de valor superior, nos termos do art. 9º da Lei 9.099/95. **Frustrada a conciliação**, o que constará do respectivo termo, prosseguirá a audiência de instrução e julgamento, com a defesa oral ou escrita, decretação ou não de revelia, juntada de documentos, manifestação das partes, resolução de preliminares e incidentes, porventura, arguidos, depoimentos pessoais e testemunhais, quando necessários, nos termos do art. 27 e seguintes da Lei 9.099/95.

SOLÂNEA-PB, em 2 de maio de 2020

De ordem, CARLOS ANTONIO ROCHA BOTELHO JUNIOR

Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A INICIAL E DOCUMENTOS ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" a CHAVE DE ACESSO respectiva, conforme relação abaixo:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	1912021238500380000002577
Scanner_20191202	Procuração	1912021238506440000002577
doc. pessoal	Documento de Identificação	1912021238524100000002577
decl. pobreza	Documento de Comprovação	1912021238533130000002577
pro. administrativo	Documento de Comprovação	1912021238538490000002577
comprovante de residencia	Documento de Comprovação	1912021238543420000002577
abertura de pedido de seguro	Outros Documentos	1912021238549870000002577
boletim de ocorrência	Documento de Comprovação	1912021238556590000002577
declaração samu	Documento de Identificação	1912021238562110000002577
certidão samu	Outros Documentos	1912021238567470000002577
doc. proprietário do veículo (pai do	Documento de Identificação	1912021238573440000002577

autor)		
laudo cirurgico 1 de 2	Outros Documentos	1912021238578690000002577
2 de 2	Outros Documentos	1912021238585250000002577
lut do carro	Documento de Identificação	1912021238591610000002577
laudo médico	Informações Prestadas	1912021238597930000002577
certidao junta medica	Outros Documentos	1912021239003250000002577
Scanner_20191202 (14)	Outros Documentos	1912021239010390000002577
Scanner_20191202 (15)	Outros Documentos	1912021239020750000002577
Scanner_20191202 (16)	Outros Documentos	1912021239029400000002577
Despacho	Despacho	1912040812451880000002584
Certidão	Certidão	2005022052121170000002913