



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA, brasileiro, solteiro, motorista, inscrito no CPF: 552.515.874 - 49, residente e domiciliado na Rua da Brisa, 12, Colina do Sul, João Pessoa - PB, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seus procuradores

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, ADVOGADO inscrito na OAB/PB 11086, Hérika Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, ADVOGADA inscrita na OAB/PB 18.925, estabelecidos na Rua João Luis Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para, em nome do outorgante, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, requerer benefício da justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, nos termos do art. 105 do CPC/2015, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso. .

João Pessoa, 14 de agosto de 2019.

Sidnei Laurentino da Silva
OUTORGANTE





The logo for SAMU 192 Regional João Pessoa. It features a circular emblem with a stylized four-pointed star in the center, surrounded by a ring of text. Below the emblem, the text "SAMU 192" is written in large, bold, black letters. At the bottom, the text "REGIONAL JOÃO PESSOA" is written in a smaller, black, sans-serif font.

**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



FCNPJ 08.806.754/0015-45
SANU 192 REGIONAL DE 1010 FESSA
Av. Lindau 5 Ch. 2023-2777
Agua Fria - CEP 38058-200
1010 Poços de Caldas - MG
D E C

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/039, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2198859, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA idade 51 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 18/09/2018, na R. Adão Viana da Rosa, Bairro: Grotão - João Pessoa - aproximadamente às 17:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 08 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS-Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matricula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

07 MAR 2013
PROTOCOLO
PROTÓCOLO

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218-9242; 3218 9125





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

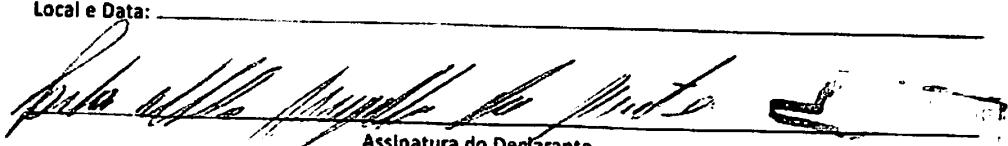
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 83 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 22 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Carlos Alberto Magalhães do Monte,
RG nº 11.723.621-37 data de expedição 15/07/1983
Órgão SP portador do CPF nº 060.950.338-37
com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Deputado Irineu Viegas Filho, nº 85
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Sidnei Laurentino da Silva, cujo o condutor era
Carlos Alberto Magalhães do Monte.
Veículo: motor Modelo: Vermelho XTZ Ano: 2015
Placa: CE Y 0953 Chassi: 9C6DD2510F00024736
Data do Acidente: 18/09/18

Local e Data: _____


Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconhecer por Autenticidade a firma de 'CARLOS ALBERTO'
MAGALHÃES DO MONTE, [34498], J. Pessoa-PB, 07/03/2019
08:56:32 Enol R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98.
R\$9,91 Enol R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98.
PEREIRA SILVA, Selo Apócrifa AIF96223-98UR Consulte no
<http://pjeb.tjpb.jus.br>.

07 MAR 2019
PROTOCOLO





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 SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 15/10/66

NOME DA MÃE SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 111159

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1109330

DATA DO ATENDIMENTO 18/09/18

HORA DO ATENDIMENTO 18:25

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQ.

CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SENDO MAIS ACENTUADA A NÍVEL DA COXA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS E REALIZADOS

RX TORAX, RX JOELHO ESQ., RX Perna ESQ., RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL ESQ.

USG(FAST)

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA ESQ. - FRATURA DA DIÁFISE FÉMUR

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQ.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/18
DATA DA EMISSÃO: 05/12/18

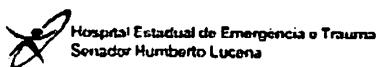
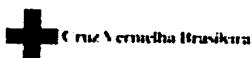
37 MAR. 2019
PROTÓCOLO
EPI

Elivaldo Sales
Cirurgião G.
CRM 1873
1873

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB

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





AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONÇALIM - CNES: 123312 - Tel: 83321667000

Boletim de Atendimento: 1109330



Identificação do paciente						
ID 1327607	Nome SIDNEI LAURENTINO DA SILVA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51 anos 11 meses 3 dias			Estado Civil	Religião	
Mae SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA				Pai SEVERINO LAURENTINO DA SILVA		
Escolaridade						
DDD Móvel 83	Fone Móvel 886151379			DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1094926			Nº Cns 208597155590018		
Local de procedência COLINAS DO SUL				Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SÃO BERNARDO DO CAMPO			CBO/R		
Endereço						
CEP 68079820	Município de residência JOAO PESSOA			UF PB	Logradouro CUIABÁ	
Número 14	Complemento			Bairro GROTÃO		
Admissão						
Data e Hora 18/09/2018 18:25:48	Número de pulseira 1000006937002			Comênia SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clínica		
Classificação de risco						
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não			Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU				Quem transportou		
Sinais Vitais						
PA X	mmHg		P脉	Temperatura		
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
<p>Paciente com entrada no hospital, lítio zolide pós SAMU, Ceto, em ótima ole</p> <p>Acidente de moto</p>						
<p>Thiatiene Marques Vieira Braga</p> <p>Thiatiene Marques Vieira Braga Enfermeira COREN PB 39933 CD</p>						
Diagnóstico						
Atendido por						





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

PROTOCOLO DE PESSOA

07 MAR. 2019

PROTOCOLO

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Edilson Kellen Almeida da Silva

BE: 10901336

II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Assinado e enviado em 07/03/2019

07 MAR. 2019

PROTOCOLO

DE PESSOAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

Artigo 4º - O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável da sua doença.

Artigo 5º - Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios.

§ 1º - Quando ocorrer discordância quanto à aplicação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

§ 2º - O paciente tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

§ 3º - No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito, devendo este documento ser arquivado no respectivo prontuário.

§ 4º - Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital, cessará a responsabilidade do médico quanto às consequências decorrentes desta recusa.

Artigo 6º - No caso de se tornar ou for maior incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, o paciente deverá se fazer representar pelo seu **REPRESENTANTE LEGAL**, conforme determinação legal ou judicial, quando for o caso:

Nome: *Flávia Coeli da Silveira (herdeira)*

Endereço: *Rua da Bonsucesso 512*

Telefone: *(21) 2719-2625*

§ 1º - O **REPRESENTANTE LEGAL** será a pessoa a quem o paciente confiará atomada de decisões, ou por determinação judicial, podendo ser parente ou não.

§ 2º - Cabe ao paciente e ao seu Representante Legal a incumbência de comprovar o seu Representante Indicado.

Artigo 7º - Em caso de iminente risco de morte ou iminente risco de perda de qualidade devida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões, o médico estará autorizado a adotar condutas, até que o Representante Indicado possa se manifestar.

Artigo 8º - O prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada.

Artigo 9º - O paciente tem direito de obter relatório contendo as informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação junto ao Setor de Laudos.

Artigo 10 - O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.





CRAZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



Artigo 11 - Após a alta médica, o paciente deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12 - Após a internação a família do paciente ou o seu representante legal deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O paciente ou o seu representante legal os profissionais da saúde do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 19.09.2018

Paciente - RG

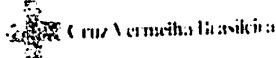
Herika Coeli da Silva

Representante Legal - RG

PROTÓCOLO
PROJETO PESSOA
07 MAR. 2019

Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 1000 - Centro - Fone: (41) 3222-1000 - João Pessoa - PR





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA	BAE 1109330	Data/Hora Entrada 18/09/2018 18:25:48	Data Baixa
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51a 11m 3d	Sexo Masculino	CNS 206597155590018
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986151379
Endereço CUIABA, 14	Barro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	Nº Cons. Regional 9985/PB
Data/Hora Classificação 18/09/2018 18:25:48		Data/Hora Prescrição 18/09/2018 18:39:57	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, TRAZIDO AO SERVIÇO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR - DIFICULDADE DE MOBILIZAÇÃO DO MIE. NEGA DOR ABDOMINAL OU DOR TORÁCICA, NEGA PERDA DE INSCERIÇÃO, CEFALÉIA OU VÓMITOS. NEGA ALERGIAS. APRESENTA EDEMA E CREPTAÇÃO À MOBILIZAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO. REFERE FRATURA PRÉVIA NO FÉMUR ESQUERDO. AO EXAME:

- A: SEM COLAR CERVICAL OU PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
- B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA. EUPNEICO. TÓRAX INDOLAR À PALPAÇÃO. SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES.
- C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO. ABDOME PLANO. SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE ESTÁVEL.
- D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MIE PREJUDICADA.
- E: SEM SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE, MIE IMOBILIZADO COM TALA FLEXÍVEL.

CONDUTA:

- 1) RX DE JOELHO ESQUERDO/ COXA ESQUERDA/ Perna ESQUERDA/ RX TÓRAX/ USG FAST
- 2) PARECER DA ORTOPEDIA
- 3) ANALGESIA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100.0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

CUIDADOS

DOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

V29.9 Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

Em observação

CRM - PB
DR. Cláudino Rodrigues dos Santos Junior
D. Cláudino Rodrigues dos Santos Junior

Boleto registrado por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 18/09/2018 18:28:20

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR



18/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=3917368&pesquisa=S&pe



Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

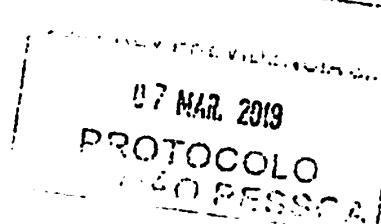
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA	BAE 1109330	Data/Hora Entrada 18/09/2018 18:25:48	Data Baixa
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51a 11m 3d	Sexo Masculino	CNS 206597155590018
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 988151379
Endereço CUIABA, 14	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 3374/PB
Data/Hora Classificação 18/09/2018 18:25:48		Data/Hora Prescrição 18/09/2018 20:48:22	
namnese CONTINUAÇÃO ATENDIMENTO ALTA DA CIRURGIA GERAL, NOME: F. CLOVIS TAVOZIO.			
Conduta Em observação			

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE
(3374/PB)
*Wanデberg G. de Albuquerque,
Cir. Geral
CRM-PB. 3374*


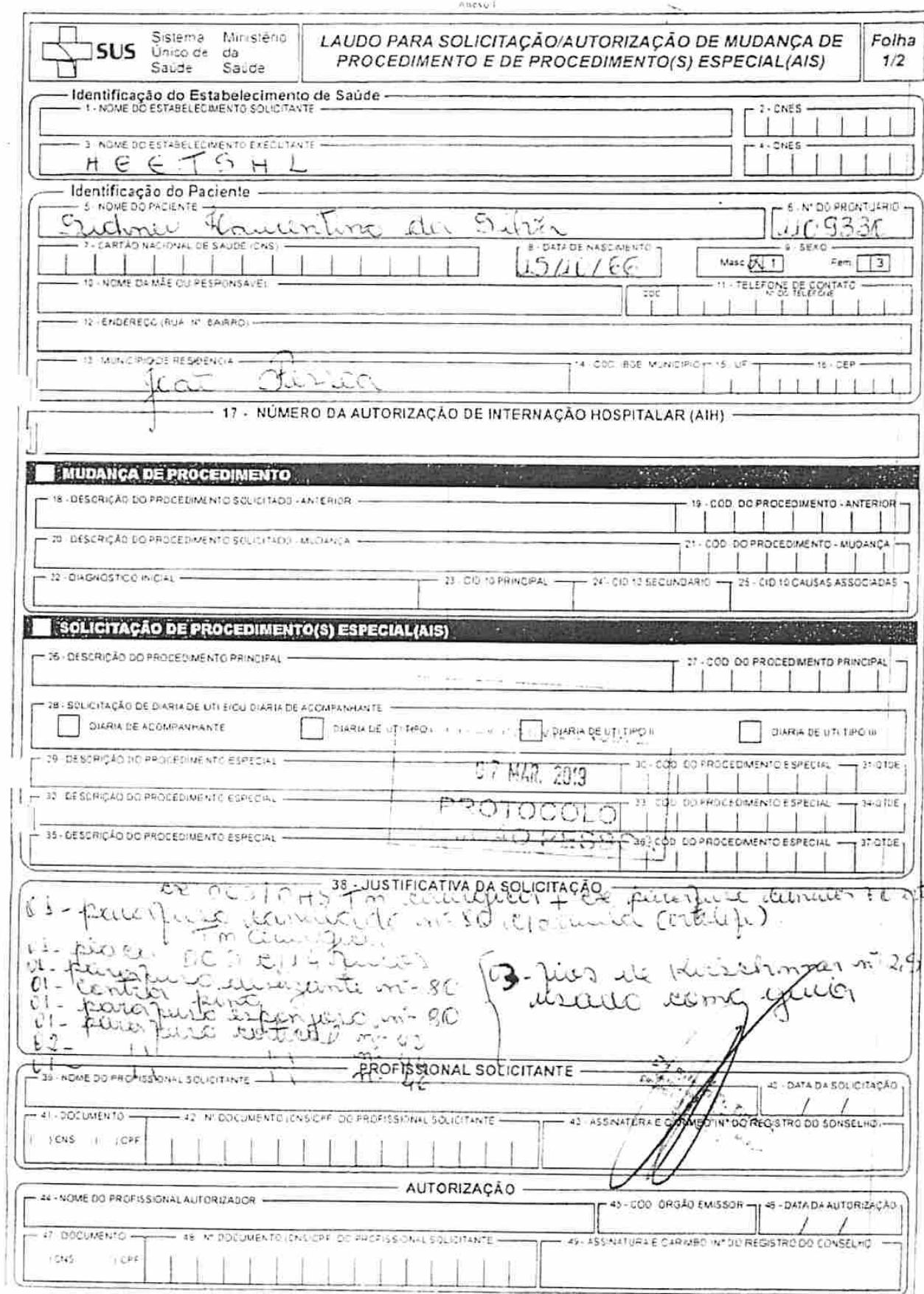
Boletim registrado por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 15/09/2018 às 28:20

http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=3917368&pesquisa=S&pe



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215513404000000023292479>
 Número do documento: 19090215513404000000023292479

Num. 24047820 - Pág. 9



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: _____ BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____ / _____ / _____
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: _____ 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início: _____ Fim: _____

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

João Pessoa, 16/10/1971



MEETSHI *Migratorius*

FICHA DE ANESTESIA

A decorative floral ornament at the top of the page, featuring a central circular motif surrounded by stylized leaves and vines.

DATA: 2013-01-18

PRONTUÁRIO: 110436

IDADE: 54

PACIENTE: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA PRONTUÁRIO: 110.300
 DATA: 20/07/78 SEXO: M IDADE: 51
 PRESTO MATERIAL PULSO 76 RESPIRAÇÃO 16 TEMPERATURA PESO 75 GRUPO SANGUÍNEO
 ESTADO GERAL BOM REGULAR MAL PESSIMO RISCO CIRURGICO BOM REGULAR MAL PESSIMO
 EXAMES COMPLEMENTARES: 10

EXAMES COMPLEMENTARES VFM
AP RESPIRATÓRIO:

AP. RESPIRATORIO inspirar AP. CIRCULATORIO funcionamiento
AP. DIGESTIVO nutrir ESTOQUE MATERIALES

PRE-ANESTESICO *en jeringa* ESTADOUNIDENSE DTE DRUGAS EN MSA

DOSE/HORA: 11:00 AM ESTADO FÍSICO: II
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATORIO: E

CIRURGIA REALIZADA **TRATAMENTO FÁCIL** DA ESTATUA

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÉMUR F

INÍCIO DA ANESTESIA 08:10 **TERMINO DA ANESTESIA** ~~08:10~~ **DURACAO DA ANESTESIA** 00:4

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT DE CH DURAÇÃO DA ANESTESIA VALORES R\$ C3A

Dr. Abdon Rovito
Anesthesiologist
DR 4184

ANESTESIA GERAL **EXTRACRANIANA** **EPIDURAL** **BLOCO PLANO** **BLOQUEIOS** **SCALES** **Indicar**
**Paciente entubado, monitorizado: Pressão arterial, em MDP (1:18). Sedar: im (3) Ralgypda em pre
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO**

Medicaments

57 MAR 2010

~~PROTOSCOPE~~

20
L'espèce com. dans la Puna cordillerana, à miel de 13-14, qui suit 266 (d'après) In-
stadi (1) & (2). Le G.C. dans la Puna cordillerana, com. dans.

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAO DA CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	
Achados:	Fractura diafisária de 10 cm.
Conduta:	Reduzida e imobilizada com fixador externo.
Fechamento:	
Observação:	PRO

João Pessoa, 16/3/19

Médico/CRM: 00000000000000000000000000000000

F(NG).ASCIR.009-1

~~Dr. Edison D. Timrod
ENTOMOLOGIST
COLLECTOR OF INSECTS
COLUMBIA, SOUTH CAROLINA
OCTOBER 1871.~~



EX: PCS/PHS Revisor T.M. Banguera

03- pincel DCS L: 14 mm?

01- parafuso deslizante m: 80

01- treta pincel

01- parafuso apertador m: 80

01- " central m: 42

02- " " m: 44

01- " " m: 46

03- pincel de Kirschner m: 0000 Op. 10

01- entalhe

01- parafuso canulado m: 70 m: 80 Elas :

Assinado por: Miguel R. dos Santos
Técnico de Enfermagem
COREN-PB 250.852

07 MAR. 2013
PROTOCOLO
DE PESQUISA



PROTAGONIST

1

Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:37
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215513404000000023292479>
Número do documento: 19090215513404000000023292479

Núm. 24047820 - Pág. 15

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Edmey Souza BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 18/09/18
 Clínica/Setor: Urgência EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Transtibial + remoção de prótese ()
 Cirurgião: Dr. Kontney 1º Assistente: Dr. Hilton M.R.
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Felipe ()
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura</u>	
<u>do Fármur Distal</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Transtibial</u>	
<u>Transtibial</u>	

07 MAR 2019
 PROTOCOLO

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: 10

João Pessoa.

18/09/18



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE	Sidnei bramigitico da Silveira					
IDADE	51	SEXO	M			
CIRURGIA	transit trans tórico	trans espiráculo	trans			
CIRURGÃO	Dr. Ruyter	+ Dr. J. C. R. R. Z.				
ANESTESIA	Anestesia					
ANESTESISTA	Dr. Felipe Oliveira					
INSTRUMENTADOR						
DATA	13/10/13	TIPO DE IRIGUROCO - ANESTESIA	INICIO			
			TIPO DE IRIGUROCO - ANESTESIA			
			INICIO			
			23:30			
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)	ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2)	ASA 3 (ASA 3) ASA 4 (ASA 4)	ASA 5 (ASA 5)			
GRAL DE CONTAMINACAO	1 (LIMP) 2 (CONTAMINADA) 3 (INFECCIONADA) 4 (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)					
MEDICACOES ANESTESICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.			
ALFENTANILA		JELCO N°8	FIO CAT GUT CROMADO N°			
BLUPIVACAINA ISOBARICA		JELCO N°10	FIO CAT GUT CROMADO N°			
BLUPIVACAINA PESADA		JELCO N°12	FIO DE AÇO N°			
CETANINA		JELCO N°14	FIO DE AÇO N°			
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORANICO N°	FIO DE NYLON N°			
ETOMIDATO	SOLUÇOES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°11	FIO DE NYLON N°		
FENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO N°4		LÂMINA BISTURI N°14	FIO DE NYLON N°		
FENTANILA	PVPI DEGERANTE		LÂMINA BISTURI N°21	FIO POLIGLACTINA N°		
F. I. N. ZENIL	PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLACTINA N°		
ISOFLURANO	PVPI TOPICO		LÂMINA DE DERMATOMIO	FIO POLIGLACTINA N°		
JUPIVACAINA C. VASO	SABAO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERATO	FIO POLIPROPILENO N°		
LEVOBUPIVACAINA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAINA C. VASO	AGULHA 13X4,5		LUVA ESTERIL N°0		FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOC AINA S. VASO	AGULHA 23X6		LUVA ESTERIL N°1		FIO POLIGLECAPROENE N°	
MIDAZOLAM	AGULHA 23X8		LUVA ESTERIL N°0		FIO SEDA N°	
MORFINA	AGULHA 40X10		LUVA ESTERIL N°0,5		FITA CARDIACA	
NIMBium	AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURONIO	AGULHA PERIDURAL N°17		MULTIVAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°14		CLIP TITANIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G		SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER	1001
ROCURONIO	AGULHA RAQUI N°26G		SERINGA SML		FIO DE KIRSCHNER N°	
SEVOFLURANO	ALGODAO ORTOPEDICO		SERINGA SML		FIO STEINMAN N°	
SUXAMETONIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°	
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICACOES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL N°8		GRAMPEADOR CIRURGICO	
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP TRAQUEAL N°10		HEMOST ABSORVIVEL	
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO	SONDA ASP TRAQUEAL N°12		KIT DERIVA VENTRULAR	
ATROPINA		CATETER FABOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP TRAQUEAL N°14		PROTESE VASCULAR	
RA		CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP TRAQUEAL N°16		KIT PAM	
ZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 21X15 N°12		FIXADOR EXTERNO	
ETASOSA		CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 21X15 N°14		EMPRESA	
UNA SODICA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG CLRTA		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASOG LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA RETRAL N°		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONIOSO	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCAO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA	
PLASIL		EQUIPO TRANSI SANGLE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTANINA		ESPONJA DE PVPI	FIOS	QTD.	1 ASPIRADOR	
TE-NOXICAN		ESPARADRAPO	OK		1 BISTURI ELETTRICO	
		GAZES (KROCHES)	OK		1 CAPVOGRAFO	
		GAZES ALGODONADAS	OK		1 CARDIOMONITOR	
		GEL ELETROLITICO	OK		1 DESTIBRILADOR	
		JELCO N°14	OK		1 FOCO AUXILIAR	
		JELCO N°16	OK		1 FOCO CENTRAL	
					1 MICROSCOPIO	
					1 PONIMETRO DE PULSO	
					1 PTA A INVASIVA/NAO INVASIVA	
					1 PERFURADOR ELETTRICO	
					1 SIERRA	
					CIRCULANTE	

Protocol 2

~~Damage~~ ~~Fire~~ ~~10~~



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Posição do paciente Preparo da cirurgia
Incisão:	
Achados:	Fratura do esmalte
Conduta:	Tratamento Tratamento Fio N° 4,0
Fechamento:	Estéril
Observação:	1º dia com tração Drau fio 1º dia

João Pessoa, 19/09/2019

Médico/CRM: JF





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 7/4/7

PRONTUÁRIO:

Receituário Médico

四百三

七

१०८

Map

四

GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data: 11/10/2018 15:25:43 SAXOMA

DAE 44162

DA SICURA

LAUDO

KELLOGG

26/10/18 - PARA FRATURA DO FÉMUR - PERMANECE EM ACOMPANHAMENTO POS OPERATÓRIO SEM PREVISÃO DE ALTA.

S. 9124, 2300

PARA: S. DNEI LAVENENO
DA SICVA
LAUDO
PACIENTE VITIMA DE
QUENA DE MORO HÁ OS
MESES, SENDO SUSPEITO
A CINAMBIA EM FÉVRA
ESQUECENDO A MEDIÇÃO
SEGUIDA DE PRAGNA NO
MESMO FÍSSUR. PRAGNA
ANUAL AJUDA
CONSIDERAÇÃO.
CID: 572.4

Assinatura

Data: 31/01/19

Médico - CRM

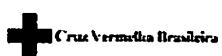
F(NG).CC.002-1

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gonçalves João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Dr. EDUARDO BELGAJU INOCO
7142/PB

Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215513404000000023292479>
Número do documento: 19090215513404000000023292479

Num. 24047820 - Pág. 21



INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE Ô (A) SR.(A)
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

RG (IDENTIDADE)
1094926

FOI ATENDIDO (A) POR BRENO COUTINHO TORRES

DO (A) HTOP - APARTAMENTO 03

NO DIA 18/09/2018 18:26:00 . NECESSITANDO DE 90 - NOVENTA

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

**CID: S72.3
V29.9**

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLOGO
(cartão contendo: nome completo e registro CRM/CRO)

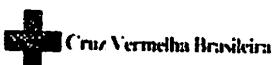
**NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 88.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO**

**BRENO COUTINHO TORRES
(7232/PB)**

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

07 MAR 2019
PROTOCOLO
10 PESSOA





Documento de Alta

Nome: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA			Número Prontuário: 111159
Data de 15/10/1966	Sexo: Masculino	Data de Internação: 18/09/2018 22:55:52	Data de Alta: 28/09/2018 14:35:44
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DO FEMUR ESQ SEM INTERCORRENCIAS PELA EQUIPE DO DR EDSON EM 28/9/18. EVOLUI SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA MEDICA COM ORIENTACOES.			
Resumo da Internação: PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTESE DO FEMUR ESQ SEM INTERCORRENCIAS PELA EQUIPE DO DR EDSON EM 28/9/18. EVOLUI SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA MEDICA COM ORIENTACOES.			
Resultado de Exames: FRATURA DO FEMUR ESQ			
Tratamento: OSTEOSINTESE DO FEMUR			
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
Recomendações: CARGA ZERO, ADM JOELHO PERMITIDA, VERSA, CEFALEXINA, AINE. RETORNO COM DR EDSON			

Data: 28/09/2018

BRENO COUTINHO TORRES
CRM: 7232 - PB

07 MAR 2019
PROTÓCOLO
130 REGISTRO





Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215513404000000023292479>
Número do documento: 19090215513404000000023292479

Num. 24047820 - Pág. 24

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO LA COD. REG. R.R.T. 201800000360792 TÍPICO: CR 1 0104295531-7 00/0000000 2018		Nº 0140821653308 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 15/08/2018 PLACA OFY0983/PB CHASSI 9C6DG2510F0024736 COMBUSTÍVEL ALCO/GÁSOL ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ANO/FAB 2014 CATEGORIA CINZA COR PREDOMINANTE CINZA IPVA PAGO EM 00/00/0000 P FALSA IPVA 0 V PARCELAMENTO/CONTAS 2: A 3: PRÉ-UNO (FATURADO) (R\$) 0,00 ICF (R\$) 0,00 PRÉ-UNO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 18/05/2018 SEGURADO PAGOU SEM RESERVA DE DOMÍNIO
--	--	--

CARTÓRIO CELEIDA SERVÍCIO NOTARIAL DISTRITAL COMARCA DA CAPITAL Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido. Sou fe. CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA - Tabelia, em 07/03/2019 09:01:39 E-mail:892,49 FEPJ R\$0,12 FARFEN:R\$0,41 ISS R\$ 0,11. Seio Digital - AIFB0742-FLX4 Consulte em https://selodigital.tjpb.jus.br	
--	--



27/04/2019
PROTOCOLO



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215513404000000023292479>
Número do documento: 19090215513404000000023292479

Num. 24047820 - Pág. 25



Seguradora Unider • DPVAT

SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA SÍLVIA DANEIS LACERENTINO No. 122
DATA DO ACIDENTE 15/10/66 CPF DA VITIMA 515 574 49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM A VITIMA É SÍLVIA LACERENTINO N° 122 S. L. 100
ENDERECO DO PORTADOR RUA 123 B 13153-020

Nº COMPLEMENTO Bairro Cachorro Do Sítio
CIDADE São Paulo
UF SP
CEP 03337-060
TELEFONE (19) 28875832

E-MAIL

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- () Morte = R\$ 13.500,00
- () INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- () DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- () PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- () COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- () PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha a(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

552.515.944-44

SIDNEY LAURENTINO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:	CPF:		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:		Tel.(DDD):	72

SIDNEY LAURENTINO DA SILVA 552.515.944-44
 Motorista Rua da Fazenda 511 N/S
 Colina do Sul 50000-000 PR 55019386
 83 98875-8272

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

[Informar o dígito se existir]

CONTA:

[Informar o dígito se existir]

AGÊNCIA: 3125

[Informar o dígito se existir]

CONTA: 0644024

[Informar o dígito se existir]

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Rio Preto, 01/03/2019
 Nome: Sidney Laurentino da Silva
 CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Sidney Laurentino da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: CPF:

2º | Nome: CPF:

Assinatura: 07/03/2019

Assinatura: 07/03/2019

Assinatura: 07/03/2019

Assinatura: 07/03/2019

Assinatura: 07/03/2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02611.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02611.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:45 horas do dia 07 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1860413, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Marcia Angela da Silva Mendes, CPF nº 110.221.044-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho (a) de Severina Paula da Silva e Mario Suzano Mendes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/11/1992 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) na Rua da Brisa, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Colinas, na cidade de João Pessoa/PB, telefones(s) para contato (83) 98736-6802.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Rua Adão Viana da Rosa, XXX, João Pessoa/PB, bairro Grotão; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/09/18 17:15h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 18/09/2018, POR VOLTA DAS 17:15, O SENHOR SIDNEI LAURENTINO DA SILVA, PORTADOR DO CPF 552515874-49 (DE QUEM É PROCURADORA), ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR CINZA, ANO 2014/15, PLACA OFY-0983 PB, CHASSI 9C6DG2510F0024736, REGISTRADA EM NOME DE CARLOS ALBERTO M DO MONTE, PORTADOR DO CPF 060950335-37, O Q(A)U AL Q(U)AVA A MOTOCICLETA NA OPORTUNIDADE, QUANDO PASSAVAM PELA RUA ADÃO VIANA DA ROSA, GROTÃO, NESTA CAPITAL, MOMENTO EM QUE UMA CRIANÇA FOI ATRAVESSAR A RUA FAZENDO COM QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA PRECISASSE ACIONAR O FREIO DA MESMA E POR CONTA DISSO O SENHOR SIDNEI LAURENTINO DA SILVA CAIU DA MESMA, VINDO A SER SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S72.3 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. ELIAS ALDO SALLS DE TOLEDO.

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

João Pessoa/PB, 07 de março de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

MARCIA ANGELA DA SILVA MENDES
Noticiante

07 MAR. 2019
PROTOCOLO

Procedimento Policial 02611.01.2019.1.00.401

1/1



**Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0851696-98.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Intem-se a parte autora para, em 15 (quinze) dias, emendar a inicial no sentido de instruir a ação com prova de recusa do pagamento do seguro DPVAT, ou seu pagamento parcial na via administrativa, sob pena de carência de ação por ausência de interesse processual, já que o documento ID 24046142 encontra-se ilegível.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 19 de setembro de 2019.

ÉRICA VIRGÍNIA DA SILVA PONTES

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: ERICA VIRGINIA DA SILVA PONTES - 19/09/2019 15:08:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091915083836300000023788837>
Número do documento: 19091915083836300000023788837

Num. 24574171 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMA SRA. JUÍZA DE DIREITO DO 12º VARA CÍVEL DA COMARCA DE
JOÃO PESSOA – PB.**

Processo n° 0851696-98.2019.8.15.2001

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA, devidamente qualificada nos autos em referência, vem, respeitosamente, a presença de V. Exa, **em cumprimento ao despacho id n° 24574171 - Despacho, juntar requerimento de pagamento administrativo, o qual segue anexo.**

Ante ao exposto, requer o prosseguimento do feito.

João Pessoa, 14 de novembro de 2019.

HÉRIKA COELI

OAB/PB 18.925



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 14/11/2019 13:48:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111413482755600000025343934>
Número do documento: 19111413482755600000025343934

Num. 26234084 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190256993 **Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA**

Data do Acidente: 18/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **SIDNEI LAURENTINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **033**

Agência: **000003175**

Conta: **000001044084-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





**Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital**

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0851696-98.2019.8.15.2001
DESPACHO**

Vistos, etc.

1. Defiro a gratuidade processual.
2. Designe-se a audiência de conciliação/mediação, a realizar-se na **sala de audiências da 12ª Vara Cível** da Comarca de João Pessoa.
3. Cite-se e intime-se a parte ré. O prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.
4. Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.
5. A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.
6. Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.
7. Para tanto, nomeio o(a) médico(a) Dr. HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NÓBREGA perito(a) nos presentes autos, dando-lhe ciência da nomeação e data e horário da perícia.
8. Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.
9. Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.



10. A parte autora será intimada através de seu advogado.
11. Poderão as partes, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de quinze dias.
12. Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.
13. Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado de citação/intimação.

Int. e cumpra-se.

João Pessoa, data da assinatura digital.

MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO - 27/03/2020 23:20:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032521262119700000028323718>
Número do documento: 20032521262119700000028323718

Num. 29413168 - Pág. 2



Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: **0851696-98.2019.8.15.2001**
Classe: **PROCEDIMENTO** COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Seguro]
Polo ativo: AUTOR: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
Polo passivo: REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, considerando a Resolução de N. 313/2020 e 314/2020 do CNJ - Conselho Nacional de Justiça, bem como os seguidos Atos Normativos conjuntos publicados pelo TJPB durante o período de pandemia da COVID19, nos quais ficou estabelecido a suspensão do trabalho presencial de magistrados e servidores, dentre outros, que fica prejudicada a designação da audiência nos presentes autos, o que será oportunamente, designada.

JOÃO PESSOA, 10 de junho de 2020
AVANY GALDINO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: AVANY GALDINO DA SILVA - 10/06/2020 08:00:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061008000620000000030147239>
Número do documento: 20061008000620000000030147239

Num. 31427764 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0851696-98.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Segundo]
Polo ativo: AUTOR: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
Polo passivo: REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que fica designado o dia 03/12/2020, pelas 15:00 horas, na sala de audiências da 12ª Vara Cível, para realização de Audiência de Conciliação/Mediação e Perícia Médica.

JOÃO PESSOA, 3 de novembro de 2020
AVANY GALDINO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: AVANY GALDINO DA SILVA - 03/11/2020 12:51:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110312512196300000034545578>
Número do documento: 20110312512196300000034545578

Num. 36179113 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
12ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO N° 0851696-98.2019.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro]

AUTOR: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

INTIMAÇÃO

Intimo a parte autora para comparecer a Audiência de Conciliação/Mediação e Perícia Médica **designada para o dia 03/12/2020, às 15:00 horas**, na sala de audiências da 12ª Vara Cível, 4º andar, Fórum Cível da Capital. **Informando-o(a) que deverá comparecer a audiência usando máscara.**

JOÃO PESSOA-PB, 3 de novembro de 2020.

Analista/Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: AVANY GALDINO DA SILVA - 03/11/2020 12:54:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110312543606100000034545619>
Número do documento: 20110312543606100000034545619

Num. 36179504 - Pág. 1

**Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA**

()

CARTA DE INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0851696-98.2019.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro]

N o m e :	S I D N E I	L A U R E N T I N O	D A	S I L V A
Endereço: R DA BRISA, 12, (Lot C Sul), GRAMAME, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58069-386				
N o m e :	M A P F R E	V E R A	C R U Z	S E G U R A D O R A
S / A				
Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - até 1145 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000				

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 12ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente INTIMADO) **SIDNEI LAURENTINO DA SILVA** para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de: **Tipo: Conciliação Sala: Conciliação Data: 03/12/2020**
Hora: 15:00, , na sala de audiências da 12ª Vara Cível, 4º andar, Fórum Cível da Capital. Advertindo a parte autora que deverá comparecer a audiência/perícia médica munida de documentos pessoais, bem como de todo e qualquer documento referente ao acidente em questão, bem como usando máscaras. **Médico Perito: Dr. Heuder Romero L. da Nóbrega.**

JOÃO PESSOA, em 3 de novembro de 2020.

AVANY GALDINO DA SILVA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <http://pie.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXXXXXXXXX

**Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA**

()

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0851696-98.2019.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro]

Nome: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
Endereço: R DA BRISA, 12, (Lot C Sul), GRAMAME, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58069-386
Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A
Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 12º Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, por Seu Representante Legal, por todos os atos do processo acima mencionado (cópia da inicial anexa), e intimado para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de: Tipo: Conciliação Sala: Conciliação Data: 03/12/2020 Hora: 15:00, nos termos dos arts. 334 e 335 e ainda, com as advertências do art. 344, todos do NCPC, **bem como da perícia a ser realizada no(a) autor(a), no mesmo dia e horário. Honorários periciais fixados em R\$ 200,00 (duzentos reais), a serem pagos pela Seguradora Líder, comprovando-o até a data da audiência, sob pena de penhora junto ao Bacenjud. Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Despacho na íntegra no despacho ID29413168 . As partes deverão comparecer a audiência usando máscaras.**

JOÃO PESSOA, em 3 de novembro de 2020.

AVANY GALDINO DA SILVA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <http://pie.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>.
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 19090215511887400000023290793