



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0283/2018

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 0283/2018, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 5 de novembro de 2018, nesta cidade de Pilar, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o **Dr. BRUNO ARAÚJO DA COSTA**, Delegado Polícia Civil, comigo, agente de investigação de Polícia Civil, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 11:01, compareceu o Sr(a). **JOAO BASTISTA DOS SANTOS**, brasileiro, união estavel, natural de Pilar/PB, nascido aos 19.06.1987, com 31 anos de idade, RG Nº 3577178 SSP/PB, CPF nº 07547883427, filho de Joao Alves dos Santos e Severina Maria dos Santos, residente na Rua do açude, s/n, serventia, Pilar/PB, telefone nº (83) 986428149. **NOTICIOU:**

QUE, no dia 5 de novembro de 2017 o noticiante estava guiando o seu veiculo de placa OFF 4003 PB CHASSI 9C2JC4110ER723855 HONDA CG 125 FAN KS preta 2014/2014 em nome de Haroldo Lourenço Santana quando na rodovia que liga Juripiranga a Pilar já próximo a ponte do rio Paraíba um veiculo desconhecido bateu no noticiante que perdeu o controle do veiculo e caiu ao solo vindo a se lesionar gravemente, entretanto o noticiante não deseja representar o acusado por lesão corporal no transito, mas deseja receber o seguro DPVAT, que no mesmo dia do acidente o noticiante deu entrada no hospital de Trauma em Joao Pessoa onde teve que se submeter a procedimento cirúrgico, pois no sinistro o noticiante quebrou a clavícula esquerda tendo alta hospitalar no dia 15 de novembro de 2017

Ciente O declarante das implicações legais contidas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Pilar/PB, aos 5 de novembro de 2018, eu agente de investigação de Polícia Civil que digitei, assino.

João B. dos Santos

JOAO BASTISTA DOS SANTOS

Noticiante

BRUNO A COSTA
DELEGADO DE POLICIA





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 João Batista dos Santos
DATA DE NASCIMENTO 19/06/87
NOME DA MÃE severina Maria dos Santos

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 105239
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1039279
DATA DO ATENDIMENTO 05/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 12:17
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura da clavícula esquerda
CID 10 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, alcoolizado, com queixa de dor em clavícula esquerda, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, clavícula E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de clavícula E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula E.

ALTA HOSPITALAR: 15/11/17
DATA DA EMISSÃO: 19/02/17



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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Boletim de Atendimento: 1039279

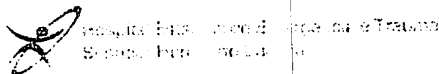
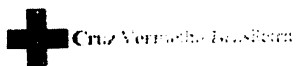


Identificação do paciente						
ID 867246	Nome JOAO BATISTA DOS SANTOS			Sexo Masculino		
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30 anos 4 meses 17 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário		
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Pai JOAO ALVES DOS SANTOS			
Escolaridade NAO INFORMADO			Responsável (Parentesco) MARIA DAS GRACAS DOS SANTOS - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986634518	DDD Fixo		Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3577178		Nº Cns 160537004450002			
Local de procedência PILAR		Tipo MUNICIPIO		UF PB		
Email NAO INFORMADO	Naturalidade PILAR		CBO/R			
Endereço						
CEP 58338000	Município de residência PILAR	UF PB	Logradouro PROJETADA			
Número SN	Complemento		Bairro CENTRO			
Admissão						
Data e Hora 05/11/2017 12:17:42	Número da pulseira 1000006287084		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X MOTO			
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		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Hx ecg, recente, orientado, expulso e / furo de clavícula segue os exames - fto de						
Diagnóstico					CID	
Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA					Tempo 01min 15seg	

Imprimer

05/11/2017 12:1





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090
Tel: 32135700
CNEIS:

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	BAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160507304450002
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 986634518
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissão EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 12:26:47	
Plano de Saúde SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

queda de moto. alcoolizado
em tempo lucido e orientado referindo dor em clavícula esquerda

BEG, EUPNEICO, CORADO
AR: SEM ALTERAÇÕES A AUSCULTA. DOR A PALPAÇÃO CLAVICULA ESQUERDA. PERCEBIDO PROEMINENCIA OSSEA NESTA TOPOGRAFIA
ABD: NDN

CD: RX TORAX
PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado



Conduta

Em observação

Eduardo Motta Braga
Cr. Geral / Urologia
CRM-PB 7253 / CRM-PB 12460

EDUARDO MOTTA BRAGA
(7253 - PB)

JOAO BATISTA DOS SANTOS





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS		BAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002	Telefone de Contato (83) 986634518
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES		Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 5/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 15:03:41		
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

pcte tb se queixa de dor em borda ulnar de mão esquerda
cdt: rx

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO ESQUERDA

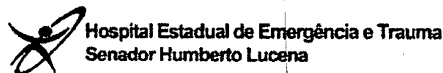
Conduta

Em observação

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
(7654/PB)

JOAO BATISTA DOS SANTOS





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	BAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Mão SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 986634518
Endereço PROJETADA, SN			Prontuário
Bairro CENTRO		Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	Nº Cons. Regional 7654/PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 14:48:24	
Convênio SUS	Nº Matrícula	Senha	

Anamnese

queda de moto as 11h de hj. alcoolizado
em tempo lucido e orientado referindo dor em clavícula esquerda

ef:otorragia a esquerda
dor + crepitação em clavícula esquerda
rx: fratura cominutiva 1/3 médio clavícula esquerda

cdt: internamento para procedimento cirurgico em clavícula
guarda alta da cirurgia geral
solicito avaliação da neurocirurgia

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT > 460)



SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

PARACETAMOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA
(DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

SSVV + CCGG

hipertensão simples em uso

EXAME LABORATORIAL

Rx med esmora

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CID10

Código

Descrição

S42.0

Fratura da clavícula

Dr. Fátima Galiza
Cirurgiã do Joelho
CRM: 17867
Rég. 1414/1007.9595

Conduta

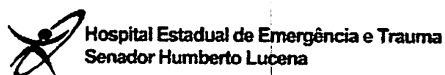
Internar Paciente

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
(7654/PB)

JOÃO BATISTA DOS SANTOS

Dr. Fátima Galiza
Cirurgiã do Joelho
CRM: 17867
Rég. 1414/1007.9595





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS		BAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002	Telefone de Contato (83) 986634518
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço PROJETADA, SN		Bairro CENTRO	Município PILAR	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO		Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 18:26:14		
Convênio SUS		Nº Matrícula		Senha

Anamnese

QUEDA DE MOTO; OTORRAGIA

GLASGOW 15

FEZ TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM ANORMALIDADES

CD: LIBERO PARA ORTOPEDIA

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

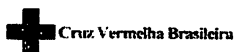
Conduta

Em observação

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

JOAO BATISTA DOS SANTOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	BAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 986634518
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PILAR	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	UF PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 17:22:40	Nº Cons. Regional 6628/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

anamnese

QUEDA DE MOTO; OTORRAGIA

ASGOW 15

CD: TOMOGRAFIA DE CRÂNIO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

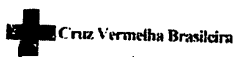
Conduta

em observação

RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO
(6628/PB)

JOAO BATISTA DOS SANTOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	BAE 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data Baixa
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Mãe SEVERINA MARIA DOS SANTOS			Telefone de Contato (83) 986834518
Endereço PROJETADA, SN	Bairro CENTRO	Município PILAR	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	UF PB
Data/Hora Classificação 05/11/2017 12:17:42		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 16:43:31	Nº Cons. Regional 7654/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

. mão: fratura diafisaria 5mtce
cdt: calha ulnar

PROCEDIMENTO

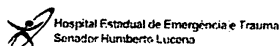
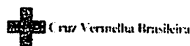
TALA LUVA, (OBSERVAÇÕES: CALHA ULNAR)

Conduta

Em observação

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
CRM: 17186
RPM: 3032.1414/3087.9595
JOAO BATISTA DOS SANTOS





AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES 445365 - Tel. 8332165700

Impresso por: PEDRO HENRIQUE
GUTIERREZ VARGAS FREITAS
Em: 14/11/2017 16:25:56

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105239	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 14/11/2017 16:25:47)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.
CD: VPM

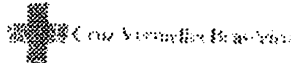
Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 10575

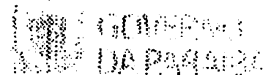
Numero Conselho: 10575





Hospital Federal de Emergência - HFE
Serviço de Atendimento Urgência

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONÇALVES
CNPJ: 2778696 - Tel: 33021557(0)



Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 12/11/2017 07:33:40

Paciente	Logradouro de Atendimento	Data e Hora Entrada	Em
JOAO BATISTA DOS SANTOS	15.0279	12/11/2017 12:17:12	12/11/2017 07:33:40
Data de nascimento	Sexo	Idade	Idade
19/06/1987	Masculino	30	30
Tipo de Internação	Plano de Saúde	Plano de Saúde	Plano de Saúde
	SUS	SUS	SUS

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 12/11/2017 07:33:40)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

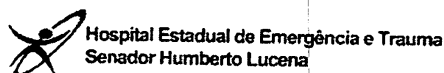
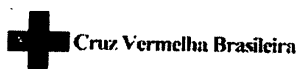
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL SEM QUEIXAS EXAMES OK. AGUARDA CIRURGIA

Seção: AREA VERDE ENF 3º Leito: 0608

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Contínua: 4813





AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: GUSTAVO
VICTOR NEVES PORTO
Em: 13/11/2017 12:51:23

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação	Convênio SUS		Prontuário 105239
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO - 13/11/2017 12:51:01)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#TCE LEVE

#GCS 15, PIFR

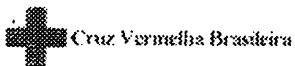
#CD: CT DE CRANIO CONTROLE

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela Informação: GUSTAVO VICTOR NEVES PORTO

Número Conselho: 7650





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 11/11/2017 09:56:04

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 105239	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 11/11/2017 09:55:53)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DEFINIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente com fratura 1/3 médio clavícula e.; evoluindo estável; exames ok;
cd. marcar cirurgia; opme: cx 3,5; placa de reconstrução.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804

Francisco Kartney Sarmento Pedrosa
CRM 5804





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

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

Impresso por: LUCIANO JOSE LIRA
MENDES
Em: 10/11/2017 09:40:36

Paciente	JOAO BATISTA DOS SANTOS		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
Data de nascimento	19/06/1987	Idade	1039279	05/11/2017 12:17:42	
Tempo de internação		Sexo	Masculino	CNS	Prontuário
				160537004450002	105239
		Convênio	SUS		Plantão
					DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 10/11/2017 09:40:27)

EVOLUÇÕES FINAIS

CONCLUSÕES:

#5 DIH

#ORTOPEDIA

#FRATURA DA CLAVICULA

#EXAMES PRE OK

OPME : PLACA DE RECONSTRUÇÃO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: LUCIANO JOSE LIRA MENDES

Dr. Luciano J Lira Mendes
Ortopedista - Traumatologista
CRM 4290
Número Conselho: 4290





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 09/11/2017 08:25:56

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (EDSON DELGADO TINOCO - 09/11/2017 08:25:46)

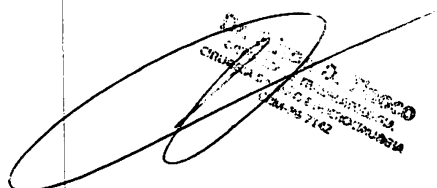
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

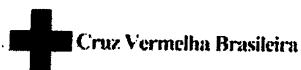
paciente com fratura de clavícula
pre op ok
aguarda cirurgia

Unidade: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142


EDSON DELGADO TINOCO
Médico
CRM: 160537





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: TIBIRICA
MEDEIROS BARBOSA
Em: 08/11/2017 10:55:40

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 105239

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 08/11/2017 10:55:35)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

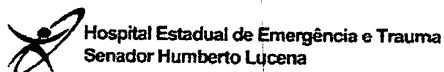
paciente com fratura de clavícula
pre op ok
aguarda cirurgia

ação: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008
profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

[Handwritten signature]





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

Impresso por: PEDRO
HENRIQUE GUTIERREZ
VARGAS FREITAS
Em: 07/11/2017 15:15:02

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação 1d 20h 34min	Convênio SUS	Prontuário 105239	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 07/11/2017 15:14:58)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PROCEDIMENTO SUSPENSO HOJE, JUSTIFICATIVA ANEXA AO PRONTUARIO

Localização: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Número Conselho: 10575

15/11/17 10:11 - 4
falta de dados e este
muito baixo.

cf: muito +

Alto Losp





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAAV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNS: 445365 - Tel.: 8332165700Impresso por: LEONARDO PEREIRA DA
COSTA MATIAS
Em: 06/11/2017 18:44:55

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saída
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	Prontuário 105239
Tempo de Internação 1d 3min	Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 06/11/2017 18:44:47)**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE HÁ 1 DIA, EVOLUINDO COM OTORRAGIA À ESQUERDA.
NO MOMENTO: GLASGOW 15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SINAIS DE OTORRAGIA À ESQUERDA.

TC DE CRÂNIO (05/11): Contusão parenquimatosa na região temporal direita, sem efeito de massa importante.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

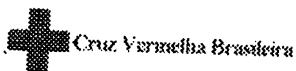
CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.
BOLSA COLETORA EM ORELHA ESQUERDA.
MANTER ANTICONVULSIVANTE PROFILÁTICO (FENITOÍNA).
SOL. TC DE CRÂNIO DE CONTROLE.

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0008
Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 04/03/2020 16:32:26

Número Conselho: 6028



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Luxembourg

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 06/11/2017 06:53:12

Paciente JOAO BATISTA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1039279	Data/Hora Entrada 05/11/2017 12:17:42	Data/Hora Saida
Data de nascimento 19/06/1987	Idade 30	Sexo Masculino	CNS 160537004450002
Tempo de Internação 12h 12min	Convênio SUS	Prontuário 105239	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 06/11/2017 06:53:04)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0008

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

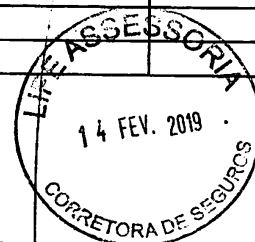
NOME: **JOAO BATISTA DOS SANTOS** BE/PRONTUÁRIO **1039279**
IDADE: **30** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **14/11/2017**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA**
CIRURGIÃO: **DR. NILVAN** 1º ASS: **DR. MILTON LINHARES**
2º ASS: **MR2 JESSYKA** 3º ASS: **MR1 PEDRO HENRIQUE**
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA: **DR. GILVANDRO**
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10575

DATA: **14/11/2017**

✓

() SERRA
Rosina de A. Silva
Téc. em Ep. Imagem
COREM 971.156

ENGINE ASCIR (021-2



Anes

DATA 1039279

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:	JOÃO BATISTA DOS SANTOS		
Idade:	30	Sexo:	
Profissão:			
Patologia principal:	FIZAT. CLÁVICA (E)		
Cirurgia:	PO CX	Anestesia proposta:	BLOCA REG / GREEN

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

Dados importantes da Anamnese e/ou EF	Cirurgias / Anestésias Prévias / Complicações	Medicamentos (Diets)
<p>resposta</p> <p>simtombica</p> <p>14 FEV. 2019</p>		

EXAME FÍSICO	
Peso:	Altura: PA: P: Hidratado/desidratado
Corado/desc. eupneico/dispn/taquip. cianótico/acianótico. icterico/anictério	
Ausculta	
Dentadura/prótese (inf/sup) (móvel/fixa)	
Dentes	
Abertura da boca. Normal/I	
Percepção normal/curto	
Flexão/extensão do pescoço	
Normal/limitada	
1 Mallamoffi 12 3 4 distância externo/mento: < 12.5 cm > 12.5	

Anotar de preferência exames com < 01 ano	
Exames Subidiários	DATA: 10
Hb= 12,7 Ht= 38,8 Glic= Cr= Ur=	
Na= K= TC= TS=	
Pla= 372000	
Coagul. () Normal () Alterada TT= TP= TTPA=	
RX tórax (/ /)	
ECG (/ /)	
Avaliação clínica	

DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO
DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO

RETORNOS: () NÃO () SIM	Motivos: () Exames complementares () Encaminhado p/Clinica. Qual:
---------------------------	---

(VIDE VERSO)

MÉDICO:

CRM:

10988

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:	() Liberado para cirurgia
	() Reavaliar na internação motivo(s):
	() Reavaliar na SO motivo(s):
DATA: / /	() NÃO LIBERADO P/CIRURGIA motivo(s):

PROBLEMAS GRAVES	MPA drogas/dose
------------------	-----------------

MÉDICO:

CRM:

TSP

F(NG).ASCIR.027-1



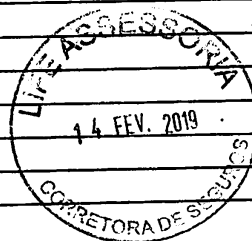


CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM "CADEIRA DE PRAIA" SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
VIA DE ACESSO ANTERIOR A CLAVÍCULA ESQUERDA
AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS
CUIDADOS DE HEMOSTASIA
Achados:
FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA
Condução:
REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO (12 FUROS
CORTADA PARA 10 FUROS)
LIMPEZA COM SF
Fechamento:
SUTURA
CURATIVOS
RX DE CONTROLE
Observação:



Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10515


Médico/CRM:

João Pessoa,

14/11/2017



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054766/19

Vítima: JOAO BATISTA DOS SANTOS

CPF: 075.478.834-27

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2017

Titular do CPF: JOAO BATISTA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOAO BATISTA DOS SANTOS : 075.478.834-27

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 chancela 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: 14/02/2019
Nome: JOAO BATISTA DOS SANTOS
CPF: 075.478.834-27

JOAO BATISTA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
021-514885438-0

21/JAN/2019 HORA DE 12:31:33

LOT: 13.011287-9
LOCALIDADE: PILAR
AG. VINCULADA: 0733

TERM: 010509
CONTROLE: 006471899

DEPÓSITO EM DINHEIRO
0733 013 00047665-7
JOAO BATISTA DOS SANTOS

VALOR : 5,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

021-514885438-0

Loterias CAIXA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0054766119 CPF da vítima: 07547883427 Nome completo da vítima: João Batista dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: João Batista dos Santos CPF: 07547883427

Profissão: agricultor Endereço: Rua do Açude Número: 89 Complemento:

Bairro: Bento Cidade: Pilar Estado: PB CEP: 58339-000

E-mail: Tel (DDD): 98642 8149

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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: _____

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 47665 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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. 3º, §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.

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: Vítima deixou nascituro (vair 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Local e Data, 31/01/2019

Nome: João Batista dos Santos

CPF: 07547883427

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

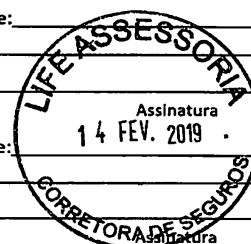
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

2ª | Nome: _____ CPF: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

FPS 001 V001/2018





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Batista dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 05/11/2017 CPF DA VÍTIMA 045.478.834-27
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO João Batista dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Açude
 Nº 84 COMPLEMENTO — BAIRRO Centro
 CIDADE Joazeiro UF PB CEP 58339-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (80) 98642-8349

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (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 LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM 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.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/02/2019
 IDENTIDADE 3577118
 ASSINATURA João B. Santos

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA 14 FEV. 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JOÃO BATISTA DOS SANTOS

Israelense, agricultor

CPF/MF: 075478834-27

RG: 3577178

Endereço: Rua do Aqueduto, 64, Centro

Sibm - PB 58339-000

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 e seguintes 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.

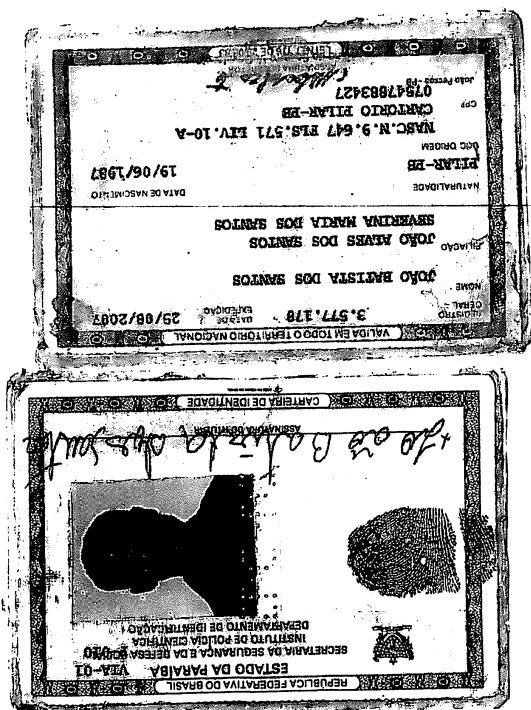
GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

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, de _____ de 2020.

João Batista dos Santos
Outorgante





SEVERINA MARIA DOS SANTOS
RUA DO ALCIDE, 84 - CENTRO
PILAR/PB CEP 59335-000 (AG 113)

Emissão: 11/10/2018 Referência: Out / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFASICO Br/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
Roteiro: 6 - 12 - 80 - 3060 Nº medidor: 00009824948

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 09.085.163/0001-40 Insc. Est.: 16.016.622-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015.653.125
Cód. para Dto. Automático: 00008144604

Atendimento ao Cliente **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: **Out / 2018**
Apresentação: **11/10/2018**
Data prevista da próxima leitura: **12/11/2018**
CPF/CNPJ/RANI: **806.307.464-63**
Insc. Est.: **16.016.622-0**

UC (Unidade Consumidora): **5/614460-4**

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/08/18	3854	11/10/18	4003	1	148	28
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base C/c	Ala. Icms (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)
				Valor Base C/c	Ala. Icms (R\$)	Base Calc. Pis (R\$)
0801	Consumo em kWh	148,200	0,925800	137,04	123,04	27
0801	Adic. B Vermelha			10,78	12,78	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			0,43	0,00	0
0804	JUROS DE MOEDA 09/2018			0,33	0,00	0
0805	MULTA 09/2018			2,48	0,00	0
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2018			0,22	0,00	0

CCI Código de Classificação do Item: **TOTAL** 148,24 133,80 38,12 133,80 5,69 4,13

Média climática mensal (kWh): **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

158 **19/10/2018** **R\$ 146,24**

Histórico de Consumo (kWh)

142 | 183 | 184 | 181 | 150 | 173 | 72 | 161 | 165 | 151 | 154 | 144
Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

5f57.ab3e.558e.c3e7.2ac9.f114.3c38.44dd.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC TENSÃO	8,27	0,00
DC TENSÃO TRIMESTRAL	12,54	
DC ANUAL	25,38	
DC TENSÃO	3,48	0,00
DC TENSÃO TRIMESTRAL	8,37	
DC ANUAL	13,25	
DC TENSÃO	3,71	0,00
DC TENSÃO TRIMESTRAL	12,22	
DC ANUAL		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/EE	38,23	20,67
Compra de Energia	50,58	34,59
Serviço de Transmissão	4,70	3,21
Encargos Setoriais	7,15	4,89
Impostos Diretos e Encargos	53,58	36,64
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	148,24	100,00

Valor do EUSD (Ref. 8/2018) R\$ 40,82

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Reajuste Tarifário - Vigência 29/09/18 - Res. ANEEL nº 2.435 - Nova Tensão 15,41% Médio
Reajuste Tarifário - Vigência 29/09/16 - Res. ANEEL nº 2.435 - Alta Tensão 16,75% Médio





Poder Judiciário da Paraíba

6ª Vara Cível da Capital

[Seguro] 0813683-93.2020.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a experiência prática demonstra que nas ações em que se busca o pagamento do seguro obrigatório DPVAT, como é o caso, tentativas de acordo somente são viabilizadas em momento processual posterior a realização de prova pericial para apuração da debilidade alegada pelo Autor, razão pela qual torna-se infrutífera a designação de sessão para tentativa conciliatória.

Dessa forma, **deixo de agendar audiência de conciliação**, sem prejuízo de outras tentativas conciliatórias que possam ocorrer no curso do processo.



Assim, **cite-se** a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, **intime-se** a parte Promovente para, em 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação, nos termos do art. 351 do CPC/2015.

Por fim, considerando que no caso em apreço é necessária a realização de prova pericial, **NOMEIO** como perita a médica Dra. **ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA**, com endereço **na Rua Silvio Almeida, nº. 725, Bairro expedicionários (ponto Cardio)**, Fone 83-3223-4090, CEP: 58041-020, João Pessoa/PB; telefone 98765-6296.

Como honorários periciais fixo o valor de **R\$ 200,00** (duzentos reais), conforme termos do Convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJ/PB.

Intime-se a seguradora para efetuar o pagamento dos honorários arbitrados.

Valendo-se este despacho como carta de intimação, **intime-se** a perita nomeada para, no prazo de 10 (dez) dias, dizer se aceita o encargo, bem como para informar a este Juízo, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, data, horário e lugar para a realização da perícia.

Fica desde já determinada a intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, hora e local indicados pelo *expert* para a realização da perícia. **Intime-se o(a) Autor(a) pessoalmente e por meio de advogado, advertindo-os que a ausência na perícia poderá ensejar a ocorrência de preclusão e, consequentemente, no julgamento do feito com as provas que constam nos autos.**

Sendo o caso, encaminhem-se à perita cópia dos documentos necessários.

De logo, determino o prazo de até **15 (quinze) dias**, a contar da realização da perícia, para entrega do parecer técnico.

Cumpra-se na íntegra.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara

Juíza de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

Nº do processo: 0813683-93.2020.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Seguro]

MANDADO DE CITAÇÃO

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, cite o BRADESCO SEGUROS S/A, com endereço no Parque Solon de Lucena, nº. 641, - lado ímpar, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de 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 1 de outubro de 2020.

De ordem, IZAURA GONCALVES DE LIRA

Chefe de Cartório

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: 20030416322401500000027741675



CERTIDÃO

Certifico que, em cumprimento a respeitável determinação do MM. Juízo, dirigi-me ao endereço constante neste, e sendo ali, o Bradesco Seguros S/A encontra-se fechada, sem data prevista de seu retorno, haja vista, o momento da pandemia do Covid-19, após as formalidades legais, **deixei** de proceder com a **Citação Pessoalmente**, Todavia, procedi com a **Citação** da parte mencionada, através do site vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br no dia 05/10/2020 às 15h37, entretanto, até o presente momento, não obtive resposta. Face o exposto, devolvo o presente mandado, para as devidas providências. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa, 14 de outubro de 2020.

Antônio Soares de Pontes.

Oficial de Justiça.

Mat. 126.732-9.





Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital

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

Número	do	Processo:	0813683-93.2020.8.15.2001
Classe:	PROCEDIMENTO	COMUM	CÍVEL (7)
Assunto:			[Seguro]
Polo ativo:	AUTOR:	JOAO BATISTA	DOS SANTOS
Polo passivo: REU: BRADESCO SEGUROS S/A			

ATO ORDINATÓRIO

Nos termos do Art. 93, inciso XIV da Constituição Federal, bem como atendendo aos preceitos positivados no Art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração; **Considerando** que em face da pandemia do Coronavírus (Covid-19), enquadrada como "gravíssima questão de Ordem Pública", não foi possível a realização de perícias médicas na data aprazada (março/2020), **intimem-se às partes para cientificação de realização de perícia em sala situada no térreo do Fórum Cível, localizado na Rua João Machado, nesta Capital, pela perita Dra. ROSSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM/PB 4183, agendada para o dia 08 de dezembro de 2020, a partir das 13hs:00min., (Ordem de chegada).** O autor deverá comparecer munido de documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico realizado no dia do acidente, além de outros documentos que tiver em seu poder, advertindo-o que deverá arcar com os ônus de eventual ausência ao exame pericial, e, conseqüentemente no julgamento da lide no estado em que se encontra.

JOÃO PESSOA, 26 de outubro de 2020

IZAURA GONCALVES DE LIRA

Chefe de Cartório



6ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520 do
processo: 0813683-93.2020.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Seguro]

MANDADO DE INTIMAÇÃO
(PERICIA - AUTOR)

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, intime o Sr. JOAO BATISTA DOS SANTOS, CPF/MF 075.478.834-27, com endereço na Rua do Açude, nº. 64, Bairro Centro, SÃO JOSÉ DOS RAMOS - PB - CEP: 58339-000, **para cientificação de realização de perícia em sala situada no térreo do Fórum Cível, localizado na Rua João Machado, nesta Capital, pela perita Dra. ROSSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM/PB 4183, agendada para o dia 08 de dezembro de 2020, a partir das 13hs:00min., (Ordem de chegada).** O autor deverá comparecer munido de documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico realizado no dia do acidente, além de outros documentos que tiver em seu poder, advertindo-o que deverá arcar com os ônus de eventual ausência ao exame pericial, e, consequentemente no julgamento da lide no estado em que se encontra. **Telefone para contato 98642 8149**

JOÃO PESSOA, em 27 de outubro de 2020.

De ordem, IZAURA GONCALVES DE LIRA

Chefe de Cartório



6ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Nº do processo: 0813683-93.2020.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Seguro]

MANDADO INTIMAÇÃO RÉU (PERICIA)

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que em cumprimento a este, intime a parte ré ,
Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, nº. 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA -
PB - CEP: 58013-131, **para cientificação de realização de perícia médica na pessoa do autor, em sala
situada no térreo do Fórum Cível, localizado na Rua João Machado, nesta Capital, pela perita Dra.
ROSSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM/PB 4183, agendada para o dia 08 de
dezembro de 2020, a partir das 13hs:00min.,**

JOÃO PESSOA, em 27 de outubro de 2020.

De ordem, IZAURA GONCALVES DE LIRA
Chefe de Cartório





Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital

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

Número	do	Processo:	0813683-93.2020.8.15.2001
Classe:	PROCEDIMENTO	COMUM	CÍVEL (7)
Assunto:			[Seguro]
Polo ativo:	AUTOR:	JOAO BATISTA	DOS SANTOS
Polo passivo: REU: BRADESCO SEGUROS S/A			

ATO ORDINATÓRIO

Nos termos do Art. 93, inciso XIV da Constituição Federal, bem como atendendo aos preceitos positivados no Art. 349 e seguintes do Código de Normas Judiciais da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração; Considerando que em face da pandemia do Coronavírus (Covid-19), enquadrada como "gravíssima questão de Ordem Pública", não foi possível a realização de perícias médicas na data aprazada (março/2020); Considerando, que o dia 08 de dezembro de 2020, se trata de um dia feriado, portanto dia não útil, intimem-se às partes para cientificação de realização de perícia em sala situada no térreo do Fórum Cível, localizado na Rua João Machado, nesta Capital, pela perita Dra. ROSSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM/PB 4183, REAGENDADA para o dia 11 de dezembro de 2020, a partir das 08hs:00min., (Ordem de chegada). O autor deverá comparecer munido de documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico realizado no dia do acidente, além de outros documentos que tiver em seu poder, advertindo-o que deverá arcar com os ônus de eventual ausência ao exame pericial, e, conseqüentemente no julgamento da lide no estado em que se encontra.

JOÃO PESSOA, 13 de novembro de 2020
IZAURA GONCALVES DE LIRA

Chefe de Cartório





6ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

0813683-93.2020.8.15.2001 [Seguro]

Nome: JOAO BATISTA DOS SANTOS

Endereço: Rua do Açude, 64, Centro, SÃO JOSÉ DOS RAMOS - PB - CEP: 58339-000

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

**MANDADO DE INTIMAÇÃO
(PERÍCIA - AUTOR)**

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, intime o Sr. JOAO BATISTA DOS SANTOS, CPF/MF 075.478.834-27, com endereço na Rua do Açude, nº. 64, Bairro Centro, SÃO JOSÉ DOS RAMOS - PB - CEP: 58339-000, **para cientificação de realização de perícia em sala situada no térreo do Fórum Cível, localizado na Rua João Machado, nesta Capital, pela perita Dra. ROSSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM/PB 4183, REAGENDADA para o dia 11 de dezembro de 2020, a partir das 08hs:00min., (Ordem de chegada).** O autor deverá comparecer munido de documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico realizado no dia do acidente, além de outros documentos que tiver em seu poder, advertindo-o que deverá arcar com os ônus de eventual ausência ao exame pericial, e, consequentemente no julgamento da lide no estado em que se encontra. **Telefone para contato 98642 8149**

JOÃO PESSOA, em 14 de NOVEMBRO de 2020.

De ordem, IZAURA GONCALVES DE LIRA

Chefe de Cartório



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE JOÃO PESSOA**

Juízo do(a) 6ª Vara Cível da Capital

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

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.

MANDADO DE INTIMAÇÃO - PROMOVIDA

Nº DO PROCESSO: 0813683-93.2020.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro]

Justiça gratuita

AUTOR: JOAO BATISTA DOS SANTOS

REU: BRADESCO SEGUROS S/A

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PO SOLON DE LUCENA, N.º. 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131



MANDADO INTIMAÇÃO RÉU (PERICIA)

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que em cumprimento a este, intime a parte ré ,
Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, nº. 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA -
PB - CEP: 58013-131, **para cientificação de realização de perícia médica na pessoa do autor, em sala
situada no térreo do Fórum Cível, localizado na Rua João Machado, nesta Capital, pela perita Dra.
ROSSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM/PB 4183, REAGENDADA para o dia 11 de
dezembro de 2020, a partir das 08hs:00min.,**

JOÃO PESSOA, em 14 de novembro de 2020

De ordem, IZAURA GONCALVES DE LIRA
Chefe de Cartório



CERTIDÃO

CERTIFICO E DEVOLVO O REFERIDO MANDADO DE INTIMAÇÃO DO AUTOR/DESTINATÁRIO - O SR. JOÃO BATISTA DOS SANTOS, POIS O MESMO RESIDE NA RUA DO AÇUDE, 64 - CENTRO - NA CIDADE DE "SÃO JOSÉ DOS RAMOS/PB", PARA O CARTÓRIO DA 6ª VARA CÍVEL DESTA CAPITAL TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS, ATRAVÉS DE UMA CARTA PRECATÓRIA CÍVEL.

DOU FÉ.

JOÃO PESSOA/PB, 18.11.2020.

MARCONI HOLANDA DA SILVA

OFICIAL DE JUSTIÇA AVALIADOR

MATRÍCULA: 471.463-6



CERTIDÃO

Certifico que em cumprimento ao mandado retro, estive na cidade de São José dos Ramos e aí deixei de Intimar o Sr. João Batista dos Santos em razão de não localizá-lo, sendo informado por moradores da referida cidade que o endereço constante no mandado(Rua do Açude) é desconhecida nesta localidade. Motivo pelo qual devolvo o mandado. O referido é verdade e dou fé.

18 de novembro de 2020

WALBER LINDENBERG DE MENDONCA



Certifico que diligenciei, na forma do *artigo 3º, da Resolução 313/2020 do CNJ*, que autoriza a utilização dos meios tecnológicos disponíveis e *Ato Normativo Conjunto 04/2020 do TJ-PB, MP-PB, DPE-PB e OAB/PB*, procedi a INTIMAÇÃO do BRADESCO SEGUROS, através do e-mail anda.wanderley@bradescoseguros.com.br, enviando-lhe arquivo no formato PDF. O presente mandado foi recebido como URGENTE e cumprido nos termos e prazos da *Resolução 36/2013 do TJ-PB*.

Segue em anexo, comprovante de recebimento do referido ÓRGÃO.

O referido é verdade e dou fé.



Zimbra

jpa-ceman@tjpb.jus.br

RES: mandado urgente processo 0813683-93.2020.8.15.2001

De : Vanda Carmem Fabricio Wanderley
<vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br>
r>

Sex, 20 de nov de 2020 10:27

Assunto : RES: mandado urgente processo 0813683-93.2020.8.15.2001

Para : Central de Mandados Joao Pessoa <jpa-ceman@tjpb.jus.br>

Wilson,

Recebido

Vanda Carmem F. Wanderley
8337 – Bradesco Seguros João Pessoa
Celular Corporativo: (83)9.9675-6852
Home Office
vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br
Bradesco Seguros S.A
Parque Solon de Lucena,641 – Centro
João Pessoa – PB

De: Central de Mandados Joao Pessoa [mailto:jpa-ceman@tjpb.jus.br]

Enviada em: sexta-feira, 20 de novembro de 2020 09:08

Para: Vanda Carmem Fabricio Wanderley <vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br>

Assunto: mandado urgente processo 0813683-93.2020.8.15.2001

Bom dia,

Segue mandado urgente processo 0813683-93.2020.8.15.2001 para cumprimento, conforme Resolução 313/2020 do CNJ.

Favor acusar recebimento.

Wilson Gabriel da Silva
Oficial de Justiça
Mat 71.127-6.

De : Central de Mandados Joao Pessoa <jpa-


Sex, 20 de nov de 2020 09:07



25/11/2020

Zimbra

ceman@tjpb.jus.br>

 1 anexo

Assunto : mandado urgente processo 0813683-93.2020.8.15.2001

Para : vanda wanderley
<vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br>

Bom dia,

Segue mandado urgente processo 0813683-93.2020.8.15.2001 para cumprimento, conforme Resolução 313/2020 do CNJ.

Favor acusar recebimento.

Wilson Gabriel da Silva
Oficial de Justiça
Mat 71.127-6.



Mandado.pdf
21 KB



CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins que dei inteiro cumprimento ao presente mandado, intimando a BRADESCO SEGUROS através de e-mail. Dou fé.

1 de dezembro de 2020

CLAUDETE PEREIRA MONTEIRO



01/12/2020

Zimbra: Entrada (372)

Buscar

Claudete Per... Monteiro

E-mail Contatos Agenda Tarefas Preferências

Nova mensagem

Responder

Responder a todos

Encaminhar

Arquivar

Apagar

Spam

Pastas de e-mail



Entrada (372)



Enviadas

Rascunhos (4)

Spam

Lixeira

Buscas

Marcadores

Zimlet

De

Assunto

Pasta

Rosimary Soares Co	RES: MANDADO DE INTIMAÇÃO - Bom dia, R	Entrada
Bruno de Sousa Fra	Re: MANDADO DE INTIMAÇÃO - Prezada, S	Entrada
Vanda Carmem Fab	RES: MANDADO DE INTIMAÇÃO - Claudete	Entrada
Atendimento - TJPB	[Ticket#2020113067001911]Notificação dealt	Entrada
Atendimento - TJPI	[Ticket#2020113067001911] Ticket Finaliza	Entrada
suporte-otrs	Nos ajude com suaopinião - Caro Usuário, C	Entrada
Atendimento - TJPI	[Ticket#2020113067001911] Ticket criado:	Entrada
Atendimento - TJPI	[Ticket#2020113067001911]Informações s	Entrada
Atendimento - TJPB	[Ticket#2020111867004968] Ticket Finalizado:	Entrada
Atendimento - TJPI	[Ticket#2020111867004717] Ticket Finaliza	Entrada
Atendimento - TJPI	[Ticket#2020111867004717] Ticket criado:	Entrada
Mail Delivery Syste	Undelivered Mail Returned to Sender - This	Entrada
PGE Paraíba	Re: MANDADO DE INTIMAÇÃO - RECEBIDO E	Entrada
Mail Delivery System	Undelivered Mail Returned to Sender - This is	Entrada
Mail Delivery Syste	Delayed Mail (still being retried) - This is th	Entrada
Mail Delivery Syste	Undelivered Mail Returned to Sender - This	Entrada
Escola Superior da	Inscrições de cursos pela ESPEP - Prezad(a)	Entrada
Mail Delivery Syste	Delayed Mail (still being retried) - This is th	Entrada
Escola Superior da	Fwd: EJPA - Webinário "Educação Digital e	Entrada
Erika Ayres de Mour.	RES: mandado de intimação - Prezada Sra. Cl	Entrada
Mail Delivery Syste	Undelivered Mail Returned to Sender - This	Entrada
Mail Delivery System	Delayed Mail (still being retried) - This is the n	Entrada
Escola Superior da N	Cursos com inscrições abertas_ESMA - Prezad	Entrada
Roberto Eduardo M	Fwd: mandado judicial - Segue mandado de	Entrada
Jose Erielson A. do N	Re: mandado judicial - Boa tarde, Gentileza e	Entrada
Rosimary Soares Co	RES: mandados - Ok, recebido. Atenciosamen	Entrada
PGE Paraíba	Re: mandados - BOM DIA, EMAIL RECEBIDO. J	Entrada
protocolo pmpb	Re: oficio - Recebido Sd Hudson Em ter., 15 d	Entrada
Vanda Carmem Fabr	RES: Envio de Mandados/ Citações - Claudete	Entrada



RES: MANDADO DE INTIMAÇÃO

1

De: Rosimary Soares Costa

Para: Claudete Pereira Monteiro

Cc: Vanda Carmem Fabricio Wanderley

il.tjpb.jus.br/#1

1/1



Assinado eletronicamente por: CLAUDETE PEREIRA MONTEIRO - 01/12/2020 12:24:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120112240133300000035603335>
 Número do documento: 20120112240133300000035603335

Num. 37311127 - Pág. 1

CERTIDÃO

Certifico que dei inteiro cumprimento ao presente mandado intimando BRADESCO SEGUROS S/A, conforme e-mail anexado aos autos. DOU FÉ



01/12/2020

Zimbra: RES: MANDADO DE INTIMAÇÃO

Buscar

Claudete Per... Monteiro

E-mail

Contatos

Agenda

Tarefas

Preferências

RES: MANDADO DE

Fechar

Responder

Responder a todos

Encaminhar

Arquivar

Apagar

Spam

Ações



RES: MANDADO DE INTIMAÇÃO

1

De: Rosimary Soares Costa

Para: Claudete Pereira Monteiro

Cc: Vanda Carmem Fabricio Wanderley

Bom dia,

Recebido.

Desde já agradecemos.

Rosimary Soares Costa dos Santos

8337 – Bradesco Seguros João Pessoa

Celular Corporativo (83) 9.9856-0082

Home Office

rosimary.costa@bradescoseguros.com.br

BRADESCO SEGUROS S/A

Parque Solon de Lucena, 641 Centro João Pessoa – PB, térreo.

De: Claudete Pereira Monteiro [mailto:claudete.monteiro@tjpb.jus.br]

Enviada em: segunda-feira, 30 de novembro de 2020 18:38

Para: Rosimary Soares Costa <rosimary.costa@bradescoseguros.com.br>; Vanda Carmem Fabricio Wanderley <vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br>

Assunto: MANDADO DE INTIMAÇÃO

BOA NOITE

SOU OFICIAL DE JUSTIÇA E TENHO UMA INTIMAÇÃO PARA A BRADESCO SEGUROS - ProceCon

93.2020.8.15.2001

FAVOR ACUSAR RECEBIMENTO E DEVOLVER

