



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) Jose Ribamar F. Martins portador(a) da identidade RG. _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 20 horas, portador(a) da patologia CID-10 S90.3, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 08 (oito) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 09/11/18

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.358/0001-60
 RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
 PATOS - PARAÍBA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 049/2019

Aos NOVE (09) dias do mês de JANEIRO do ano de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil, MANOEL MARTINS FERNANDES, delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Aí, por volta das 10h29min compareceu JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS, brasileiro (a), RG: 2621853 SSP/PB, CPF:805.220.414-34, natural de Patos/PB, data de nasc.17/08/1970, Filho (a) de Inaldo Martins Alves e de Maria Ferreira Martins, Residente na Rua 3 Irmãos, nº S/N, Bairro Mutirão, Patos/PB, Tel.: (83) 9.8800-7500. A fim de prestar a seguinte queixa:

QUE, o (a) notificante afirma que, na data 09/11/2018, as 18h:20min, conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/POP100, Placa: QFK-9575/PB, Renavam: 0105193358-4, ano/modelo: 2015/2015, cor: VERMELHA, chassi: 9C2HB0210FR030183, Licenciada em nome do noticiante, na BR 261, quando em uma curva, sobrou, perdendo o controle da moto, e caído; que foi socorrido pelo SAMU, e conduzido ao Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Jose Ribamar Ferreira Martins

Patos/PB, 09 de Janeiro de 2019.

Ana M^{da} C. Leandro
Escrivão ad-hoc de Policial Civil
Mat. 138.428-7



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica:

Nº 051.117.682



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

DADOS DO CLIENTE:

MERQUIRIA L****
RUA IRM*** S/N
PATOS

Identificador para Débito Automático: 0000451412-1



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA

5/451412-1

www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA

SET/2020



APRESENTAÇÃO

22/09/2020



CONSUMO

91



VENCIMENTO

29/09/2020



TOTAL A PAGAR

R\$ 27,66

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/10/2020				
Pagador: MERQUIRIA L**** CNPJ/CPF: 625.***.***.**				
RUA IRM*** S* - MUTIRAO - PATOS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689260001874764	000000000202009	29/09/2020	R\$ 27,66	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA			09.095.183/0001-40	
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO - PATOS - PARAIBA
ATENDEMENTO COM ACOLOHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

SI

Nome/Monte Social

Regulador? () S () N
Encaminhado? () S () N

Data: 09/12/19 Hora: 18:19 Idade: 48 Sexo: HC
Origem*: 200 Rubrica
Queixa Principal/História Atual da doença/início dos sintomas:
doenças por todo o corpo

Motivo do atendimento*: Acidente de Trabalho (muito estresse)

Cidade: Patos Alergia? () S () N () S () N () S () N

Transporte: SAMU Doença Prévia? () S () N () S () N () S () N

Temp:	9C	Pulso:	bpm	Resp:	l/min	SpO ₂ :	%	PA:	mmHg	HGT:	mg/dl
Dor:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Seem dor		Dor leve	Dor moderada	Dor severa	Dor muito severa					

Acompanhante: () S / acomp. (Setor Crítico) () S / acomp. (Setor não crítico) orientado e capaz de autocuidado
() Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ pcte com cond. clínica limitadora

Consultar tabelas para prescrição
Márcia Regina da Silva
Enfermeira - R. 15.111.111-1



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Form fields: CNES 2605473, NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO, ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N PATOS, UF PB, CNPJ 08.778.268.0023/76, CLASSIF. RISCO VERDE, ORIGEM PROPRIA RESIDENCIA, PACIENTE JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS, FILIAÇÃO I MARIA FERREIRA MARTINS, NASCIMENTO 17/08/1970, PROFISSÃO AGRICULTOR, ENDEREÇO RUA TRES IRMAOS PATOS, n°SN U.F PB, BAIRRO NOVA CONQUISTA, CEP 58708206, TELEFONE R.G 2.621.853, CPF, REG. NASC., ESTADO CIVIL CASADO

Form fields: F.A.A 16827, MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO(MOTOCICLETA), DATA 09/11/2018 Horário: 19:26, CARATER 02 - URGENCIA, OPERADOR MMAIA, TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI, TRANSPORTE SAMU, MÉDICO ANTONIO GOMES DA COSTA SEGUNDO NETO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL [Handwritten signature]

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER H min

DIAGNÓSTICO CID

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO) [Handwritten: Tala bota]

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO [Handwritten: Disminua - 1cm IM]

MÉDICO/CRM/CNS CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

Handwritten notes: ORTOPEDISTA BUCC, CIRURGIÃO 0301060061 0301010072 0301060061



CARATER DO ATENDIMENTO

- () 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- () 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESOES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1-1-0301060001 | 2-0301060072 | 3-0301060029

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

- () INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA
- () TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

BMF (2020h)
 Paciente vítima de acidente motociclístico, lesões de membros do LOMITO, APRESENTA ESCORRUÇAS EM REGIÃO ZIGOMATICAIS, POREM SEM SINAIS DE DEGRADACAO CARPITANA, SEM LIMITACAO DE ABERTURA BUCAL.

(0) (1) LIBERAR DA BMF
 (2) DAS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

Everton Santos Andrade Filho
 Cirurgião Especialista em Ortopedia
 CRO/PB 4386 - CNOMEB 1208

PARECERES

DATA	HORA	CONTÉUDO
9.11.18	20:45	Ortopedia Ausência de lesões em membros, danificadas e bacis que necessitem tto. intra-hospitalar de urgência em ortopedia. Alta Hospitalar

Felipe Torres Santos
 Ortopedista Especialista em Traumatologia
 CRO/PB 4386 - CNOMEB 1208

006



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013930645393

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 0105193358-4 00/00000000 2018
EXERCÍCIO 2018040008686-7

JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

CPF / CNPJ 80522041434 PLACA QFK9575/PB

NOVO PB 9C2HB0210FR030183

PAÍS/MOTOCICLE/MARCA APPLIC SASOLINA

HONDA/POP100 ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT. cil. 2 P/97 /CI CATEGORIA PARTIC VERMELHA

COTA UNICA 00/00/0000 VENC. COTA UNICA 1º VENC / COIAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 PARCELAMENTO / COIAS 2º 3º

PREMIO TOTAL (R\$) 25/04/2018 DATA DE PAGAMENTO

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

PATOS-PB LOCAL 26/04/2018 DATA

36838 16501

DEPARTAMENTO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA E PESSOAS
TRANSPORTADAS QUANDO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930645393 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 80522041434 CPF / CNPJ PLACA QFK9575/PB

RENAVAM 10519333584 HONDA/POP100 MARCA / MODELO

ANO FAB. 2015 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2HB0210FR030183

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$) 25/04/2018 DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO P A G O

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.349.808/0001-04

16501-1546057-20180426

CONTRAN

DENATRAN





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Ribamar Ferreira Martins, brasileiro, solteiro, jornalista, inscrito no CPF 805.220.944-34 e RG nº 2.621.853, residente e domiciliado na Rua Três Irmãos, 211, Bairro Mutirão, Município de Patos - PB.

OUTORGADA: WALDEY LEITE LEANDRO, brasileiro, casado, ADVOGADO, com Inscrição na OAB-PB sob o número 13.958, FERNANDA DE LUCENA SANTOS, ADVOGADA, inscrita na OAB-PB sob o número 24.547, EDMAR ARAÚJO, ADVOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 23.270 e YURE PEREIRA GOMES, ADVOGADO, inscrito na OAB-PB sob o número 20.152, todos com escritório profissional a Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos - PB.

PODERES: Por este Instrumento Particular de procuração o OUTORGANTE nomeia e constitui seu(a) bastante procurador(a), o outorgado(a), a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula ad judicia et extra, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-lo nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, podendo o dito(a) procurador(a) praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do mandato ora outorgado, tais como: Contestar, ingressar com ação que julgar conveniente e necessária, recorrer em qualquer fórum ou instância, transigir, concordar, discordar, desistir, firmar compromissos (NÃO POSSUI PODERES PARA RECEBER DINHEIRO/PECUNIA OU DAR QUITAÇÃO EM NOME DO OUTORGANTE), agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer no presente mandato, com ou sem reserva de poderes, em especial para representá-lo e defendê-lo perante QUALQUER ORGÃO DO PODER JUDICIÁRIO, EM QUALQUER ORGÃO ADMINISTRATIVO COMO INSS, PBPREV, DNOCS, IBGE, _____, movido a favor do outorgante, do qual a mesma se compromete a levar as testemunhas para os atos processuais independentemente de intimações (nos termos do §2, do art. 455, do NCPC).

Patos - PB, 30 de Novembro de 2020.

X José Ribamar Ferreira Martins

Outorgante

ISENTO DE RECONHECIMENTO DE FIRMA, FACE A LEI No. 8.952/94, QUE DA NOVA REDAÇÃO AO ART. 38 DO CPC.

Dr. Waldey Leite Leandro.

Rua Jarbas Moura, 46, Belo Horizonte, Patos - Pb.

Fone: (83) 8808-3805

E-MAIL e MSN: waldeyleite@hotmail.com

Digitalizado com CamScanner



SINISTRO 3200396596 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO JG TORRESEG
CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO JOSE RIBAMAR FERREIRA MARTINS

CPF/CNPJ: 80522041434

Posição em 02-12-2020 11:49:04

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/11/2020	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00





PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO JOSE DO BONFIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: ψ

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA 9/11/18	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO Jose Roberto F. Monteiro	IDADE 48	SEXO <input type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA 15-261		BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> ACRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO: _____

Jr. Antonio Segundo Neto CRM 4881

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Queda de moto

DADOS VITAIS:

VVAA: LIVRE OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO >30rpm <30rpm / PULSO RADIAL: Presente Ausente / PAS: >90mm Hg <90mm Hg

P.A: *80 x 100* FC: *80* TEMP: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: *98* SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaca Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVAA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz Perfusão Tissular Renal Ineficaz Termorregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náuseas Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interação Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros: _____

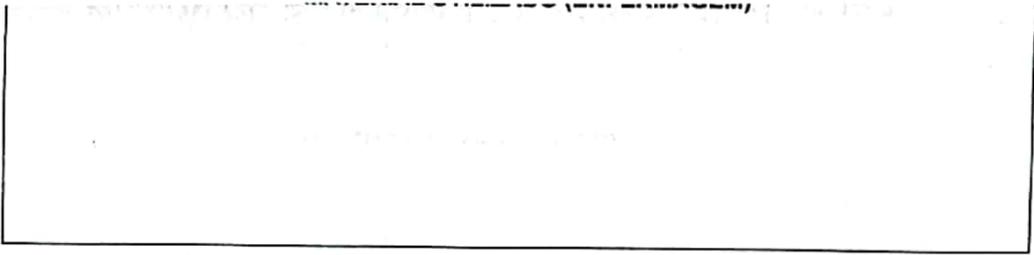
INTERVENÇÕES:

SSU + Transporte

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

pac. consciente, orientado, vitais de queda de moto apresentando escoriações pelo corpo e suspeito de fratura no MED sob RM para mobilização, curativo e encaminhado ao HUP





E.C.G.:

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

AGITAÇÃO SONOLÊNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL CÂNULA OROFARÍNGEA CRICOTIREIDOSTOMIA
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") RESPIRADOR INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) DRENAGEM TORÁCICA
 MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO CONTROLE DE HEMORRAGIA CURATIVO
 PUNÇÃO VENOSA Sonda GÁSTRICA Sonda VESICAL SEDAÇÃO IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS COLAR CERVICAL
 TALAS/TRAÇÃO OROTRAQUEAL OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R. G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Ana Carolina COREN: 492.583 MAT.: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: Raysa COREN: _____ MAT.: _____

CONDUTOR: Daniel MAT.: _____





PODER JUDICIÁRIO

ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA DA COMARCA DE PATOS

Processo n. 0811896-41.2020.8.15.0251

DESPACHO

Vistos etc.

É de conhecimento desta magistrada que a seguradora demandada somente formaliza acordos após submissão do autor à perícia médica. Por este motivo, deixo de agendar a audiência de conciliação descrita no art. 334 do Novo CPC.

Assim, cite-se a parte ré para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*).

Se a parte ré não ofertar contestação, será considerada revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte autora (CPC, art. 344), ressalvados direitos indisponíveis.

Defiro a gratuidade processual à parte autora.



Cumpra-se.

Patos/PB, data e assinatura eletrônicas.

Vanessa Moura Pereira de Cavalcante

Juíza de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Patos
AV DOUTOR PEDRO FIRMINO, S/N, - até 199/200, CENTRO, PATOS - PB - CEP: 58700-071
PATOS()

Nº do processo: 0811896-41.2020.8.15.0251
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 4ª Vara Mista de Patos manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Endereço: Edifício Citibank_**, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904 para apresentar contestação, no prazo legal de 15 (quinze) dias (CPC, art. 335, *caput*).. 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.

PATOS, em 10 de dezembro de 2020.

De ordem, MARIA DAS NEVES RUFINO DE LUCENA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

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

XXXXXXXXXXXXXX

