

## PROCURAÇÃO

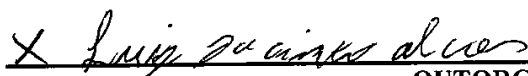
**OUTORGANTE:** LUIZ JACINTO ALVES, brasileiro, casado, agricultor, RG: 2.214.095 SSDS/PB, CPF: 025.502.354-52, residente e domiciliada na Rua Sitio Alagamar n.s/n Zona Rural- Mamanguape-PB, CEP: 58280-000.

pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu procurador

**OUTORGADO:** Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, ADVOGADO inscrito na OAB/PB 11086, Lilian Maria Duarte Souto, brasileira, solteira, ADVOGADA OAB/PB 11490, Wellington Nóbrega Vilar, brasileiro, casado, Advogado, OAB/PB 15024, todos estabelecidos na Rua João Luiz 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 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, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa 14 de Julho de 2017.



OUTORGANTE

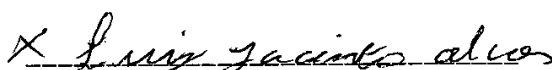


## DECLARAÇÃO

LUIZ IACINTO ALVES, brasileiro, casado, agricultor, RG: 2.214.095 SSDS/PB, CPF: 025.502.354-52, residente e domiciliada na Rua Sitio Alagamar n.s/n Zona Rural- Mamanguape-PB, CEP: 58280-000. pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seus procuradores. Declara ser pobre da Lei (art. 1º, da Lei nº 7.115/93) para o fim de obtenção do benefício da necessidade na forma da lei, e que sua situação econômica não lhe permite pagar custas processuais e honorários de advogados sem prejuízo do sustento próprio e de sua família.

Declara ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2º da supracitada lei), caso o presente documento não porte a verdade.

João Pessoa, 14 de Julho de 2017.

  
Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237



*Luiz Jacinto Alves*

CARTEIRA DE IDENTIDADE



IVAN CONRADO  
SIT ALACAMAR, SN - AREA RURAL  
SANTA RITA / PB CEP. 58300-000 (AG 1)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Cidade Redonda - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B220, Km 25 - Cidade Redonda - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
Roteiro: 8 - 8 - 892 - 8940 Referência: Jun / 2017 CNPJ 08.055.180/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-40  
Nº medidor: 00008422449 Emissão: 13/06/2017 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.596.458  
Código para Dúvida Automático: 00010971679

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1097167-9

Jun / 2017

Canal de contato

Apresentação

13/06/2017

Data prevista da próxima leitura

14/07/2017

Prezado Cliente  
O Proteção Fácil que garante tranquilidade sem complicação e protege você, sua família e sua residência, foi reajustado no mês de abril/2017 em R\$ 0,23 (vinte e três centavos), conforme condições de contratação. As importâncias seguradas de todas as coberturas do seu Seguro também foram reajustadas na mesma proporção. Por exemplo: a importância assegurada para cobertura de incêndio ou explosão passou de R\$ 75.409,17 para R\$ 78.787,57. Dúvidas ligue: 0800 771 0520.

CPF/CNPJ/RANI

49938932453

Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
15/05/17	11532	13/06/17	11648	1
				116
				29

Faturas em atraso

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	116	0,43487	50,44
Adic. B. Vermeba			1,92
ICMS			21,02
PIB			0,63
COFINS			3,83
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			2,08
PROTEÇÃO FÁCIL 06/2017			6,41

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	148
Abr/17	118
Mai/17	151
Jun/17	128
Jul/17	140
Out/16	140
Nov/16	142
Dez/16	143
Jan/17	130
Fev/17	135
Mar/17	130
Jun/17	142

Média dos últimos meses

137

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	77,87	27,00	21,02
PIB	77,87	1,0318	0,80
COFINS	77,87	4,7425	3,69

VENCIMENTO 26/07/2017 TOTAL A PAGAR R\$ 86,37

ENVIO AO FISCO

f5e1.494e.53f1.5aa7.c3b7.a292.7adf.4ebd.

Indicadores de Qualidade 4/2017 - Set

Limites do ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	12,35	3,57	NOMINAL	20,14	29,31
DIC TRIMESTRAL	24,71			22,57	27,29
DIC ANUAL	49,42			1,38	1,60
FIC MENSAL	7,82	1,00	CONTRATADA	7,27	8,42
FIC TRIMESTRAL	15,64		IMPOSTOS, DEDUÇÕES E ENCARGOS	27,80	31,96
FIC ANUAL	31,28		Outros Serviços	6,41	7,42
DICQ	6,78	3,57			
DICR	16,50				
Total				86,37	100,00

Valor do EUSD (Ref. 4/2017) R\$ 27,80



Num. 12496833 - Pág. 1



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 008/2016

Ocorrência nº. 2219/2016

Aos DOZE dias de DEZEMBRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **MARCOS PAULO SALES DE CASTRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) **Ludecy Freire Ayres Barbosa**, aí, por volta 09h:37min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**LUIZ JACINTO ALVES**, conhecido por \_\_\_\_\_, Identidade nº 2214095-SSP/PB, CPF nº \_\_\_\_\_, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: trabalhador rural, filho(a) de João Inácio Alves E De Maria Pedro Jacinto, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 24/12/1978 (38 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Alagamar, Zona Rural De Mamanguape/Pb, tendo como ponto de referência: \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, fone(s) para contato: (83) 99320-8113.

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

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO

2) DATA DO FATO: 06/08/2016, sábado;

3) HORÁRIO: 05h:0min;

4) LOCAL: ESTRADA VICINAL SÍTIO ALAGAMAR, ZONA RURAL DE MAMANGUAPE/PB.

5) DESCRIÇÃO DO VEÍCULO FURTADO/ROUBADO:

TIPO: \_\_\_\_\_; MARCA: \_\_\_\_\_; MODELO: \_\_\_\_\_; PLACA: \_\_\_\_\_;

CHASSI: \_\_\_\_\_; COR: \_\_\_\_\_; ANO/MODELO: \_\_\_\_\_;

LICENCIADO EM NOME DE: \_\_\_\_\_

6) Indica e descreve a(s) pessoa(s) a seguir como suspeita(s) do crime:

7) BREVE RESUMO DO FATO:

Que em data, hora e local acima citado, foi vítima de acidente de trânsito, quando vinha no carona da motocicleta, marca honda cg 150 Titan ES, de cor preta, placa- KFZ-8595/PB, ano/modelo 2007, a qual no momento era pilotada por JULIANO FERREIRA DOS SANTOS, devidamente habilitado, tendo este, perdido o controle da referida moto, tendo o noticiante caído da moto, sendo socorrido por terceiros, para o hospital de Trauma de João Pessoa/PB, que segundo o Laudo Médico, o noticiante sofreu Traumatismo craniano com HED temporal, conforme laudo em anexo.

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

*Lui Jacinto Alves*

LUIZ JACINTO ALVES

Comunicante

*Ludecy Freire Ayres Barbosa*

Ludecy Freire Ayres Barbosa  
Escrivã Ad Hoc Matrícula nº 61.186-7



**SINISTRO 3170149047 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** LUIZ JACINTO ALVES**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB**BENEFICIÁRIO** LUIZ JACINTO ALVES**CPF/CNPJ:** 02550235452**Posição em 10-07-2017 07:41:36**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.531,25

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
10/07/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25





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 Luiz Jacinto Alves  
DATA DE NASCIMENTO 24/12/78  
NOME DA MÃE Maria Pedro Jacinto

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 96790  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 938557  
DATA DO ATENDIMENTO 06/08/16  
HORA DO ATENDIMENTO 06:42  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Trauma craniano, com HED temporal  
CID 10 S06.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando trauma craniano, apresentando perda da consciência e vômito, cefaléia, glasgow 15, sem déficit motor. Avaliado pela Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX face, cervical  
TC de crânio.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: sem anormalidades  
TC: HED Temporal posterior direito

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador

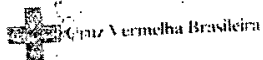
ALTA HOSPITALAR: 21/08/16  
DATA DA EMISSÃO: 25/11/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 938557



GOVERNO  
DA PARAÍBA



### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1067152	LUIZ JACINTO ALES	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
24/12/1978	37 anos 7 meses 13 dias	CASADO(A)
Mãe	Religião	Prontuário
MARIA PEDRO JACINTO		
Escolaridade	Pai	Responsável (Parentesco)
DDD Móvel	NAO INFORMADO	
Fone Móvel	Responsible (Parentesco)	DDD Fixo
88723390		Fone Fixo
Tipo documento	Nº Cns	
Número documento		
Local de procedência	Tipo	UF
SANTA RITA	MUNICIPIO	PB
Email	CBO/R	

### Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58280000	MAMANGUAPE	PB	ALARGAMENTO
Número	Complemento		Bairro
SN			ZONA RURAL

### Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
06/08/2016 06:42:00	5783914	SUS
Especialidade	Clinica	
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente	
	RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
URGENCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

### Indicadores e Transporte

Cabe polícial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

### Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

TOMOGRAFIA
crânio
DATA: 20/08/16

Diagnóstico

Atendido por  
ALEXANDRA DUARTE SANTOS

Imprimir

TOMOGRAFIA
crânio
DATA: 20/08/16

Tempo  
11h 23min 29seg

TOMOGRAFIA
CRÂNIO
DATA: 20/08/16

06/08/2016 18:05



Assinado eletronicamente por: MARTINHO CUNHA MELO FILHO - 08/02/2018 16:29:29

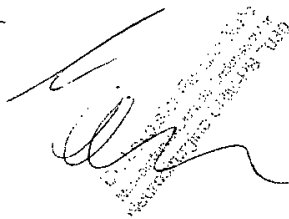
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18020816273800100000012215278

Número do documento: 18020816273800100000012215278

06/08/16 # NCA #  
10H20'

Paciente com queixa  
de insuportável dor  
sem caráter traumático  
+ 1.º EC 19/16  
Apresenta episódio de VEM.  
Rx cervical:  
Aumentado,  
sintomas  
semelhança.

Dr. Dr. Marçay  
Tc de crânio



06/08/16 # NCA #  
17H30'

Paciente primária em observação  
hospitalar, agora mais silenciosa. Refere que o  
trauma foi aproximadamente 5h da  
manhã. Realizou TC de crânio 19h  
após o TCE devido a TC ser primária  
e não mais no Hospital. Até o atual  
momento. Está sem déficit motor.  
NIFR. ECG: 15 bat. TC de crânio NEG  
temporal posterior.  
em internação: 12/11/2016



06/08/16 # NCX #  
10H20'

Paciente com queixa  
de dor no abdômen inferior,  
sem febre, náusea ou vômito.  
+ 1.0 ECG 17/1/16  
Ampliação típica de V6 e V7.  
Rx com Cal.  
Alimentado  
geralmente  
comalício.

C. O. Dr. Marly  
Teodoro



06/08/16 # NCX #  
17H30

Paciente permaneceu no Hospital,  
agora mais tranquilo. Refere que o  
trauma foi aproximadamente 5H da  
manhã. Realizou TC de crânio 17H  
após o TCE onde se TC foi normal  
e o paciente no Hospital até o presen-  
te momento. Está sem déficit motor.  
NPIFR ECG: IS Pt. TC de crânio HEG  
temporal posterior  
ed. de intensificação de imagens.





# Primeiro Atendimento Médico

RECEBUE

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Pol. de trauma de Acet. em  
Alco. + reflexo de no. de  
te e n.º 10/10

Carlos W.  
CRM 292

### AME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pêrvias ☐ Obstruídas

AÉREAS ☐ Sim ☐ Não

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO: ☐ Sim ☐ Não

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTE ☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

### RUIDOS

HTD ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

HTE ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

imp

SaO<sub>2</sub> %

### CIRCULAÇÃO

CORPO PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Plefônica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4

☐ Sim ☐ Não

FC: bpm

PA: X

mmHg

T: °C

ECG:

ABDOMEN:

Sup. e inf.

### DEFICIT NEUROLÓGICO

Paralisadas ☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = mm)

### Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

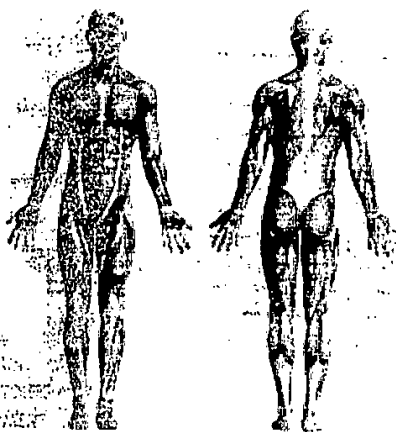
F(NG).CC.001-1

## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número  
correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Grepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efísma subcutâneo    | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinoirragia                  |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS: \_\_\_\_\_

## QUEIMADURA

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias ☐ Lavado peritonal  
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial  
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

Solicito parecer da

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A revália☐ Desistência☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ JIML☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

PACIENTE: LUIZ JACINTO ALVES BE 941466 ENFERMARIA: 04/02

21.08.16

*mta*

1. DIETA PASTOSA COM ASSISTENCIA	CIENTE			
2. SF 0.9 % 2000ML EV 24H	16	22	04	10
3. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H S/N	16	22	04	10
4. OMEPRAZOL 40MG VO MANHA	04			
5. TRAMADOL 50MG 1CP VO 6/6H S/N	SN			
6. NAUSEDON 4MG + AD EV 8/8H S/N	SN			
7. TILATIL 20MG VO 12/12H S/N	22	10		
8. HIDANTAL 100MG VO 8/8H	16	24	08	
9. PA 8/8H → ANOTAR	ATT			
10. CCGG+ SSVV	ATT			

HD: HEDA TEMPORAL

ECG 15

MOBILIZANDO OS 4MM

SEM INTERCORRENCIAS

TC COM HED TEMPORAL DIREITO EM ABSORÇÃO. LINH AMEDIA CENTRADA E CISTERNAS DA BASE LIVRES.

-CD: SUPORTE CLINICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

ALTA HOSPITALAR PRA ACOMPANHAR NO HTOP

*Dr. Jose Lopes de Sousa Filho*  
Neurocirurgia  
CRM/RN - 6676



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: LUIZ JACINTO ALVES BE: 96790 DATA: 14 /08/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA PASTOSA COM ASSISTENCIA. *ATENÇÃO*
2. RINGER LACTATO 2000ML EV 24H *1º 500 2º 500 3º 500 4º 500*
3. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV 1X/DIA *de*
4. TILATIL 20MG EV 12/12H *de 04*
5. TRAMAL 100+ SF 100 EV 8/8H *SE DOR*
6. DIPIRONA 2ML + AD EV 6/6H *de 22 04 10*
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H *(S/N)*
8. DECUBITO ELEVADO 45%
9. PA + HGT 6/6H
10. CCGG + SSVV

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA : TCE - HEDA TEMPORAL

ECG 15 SEM DEFICIT MOTOR, MANTÉM QUEIXAS DE CEFALÉIA HOLOCRAIANA

TC CRANIO 10/08 - HEDA COM 1.6 x6

CONDUTA: CONTROLE TOMOGRÁFICO/ SEGUE CUIDADOS CLÍNICOS

*Dr. George A. C. Mendes*  
Neurocirurgião  
Neurologista  
Neuropsiquiatra



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: LUIZ JACINTO ALVES

BE: 96790

DATA: 13 /08/2016

Lado B.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA PASTOSA COM ASSISTENCIA.

2. RINGER LACTATO 2000ML EV 24H

3. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV 1X/DIA

4. TILATIL 20MG EV 12/12H

5. TRAMAL 100+ SF 100 EV 8/8H SE DOR

6. DIPIRONA 2ML + AD EV 6/6H

7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N

8. DECUBITO ELEVADO 45%

9. PA + HGT 6/6H

10. CCGG + SSVV

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA : TCE - HEDA TEMPORAL

ECG 15 SEM DEFICIT MOTOR

CEFALEIA NEGA

TC CRANIO 10/08 - HEDA COM 1.6 x6

CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA

Dr. George A. C. Mendes  
Neurocirurgia / Neuromatologia  
Intervencionista  
CRM 22.248





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: LUIZ JACINTO ALVES

BE: 96790

DATA: 09/08/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA PASTOSA COM ASSISTENCIA.

2. RINGER LACTATO 2000ML EV 24H

3. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV 1X/DIA

4. TILATIL 20MG EV 12/12H

5. TRAMAL 100+ SF 100 EV 8/8H SE DOR

6. DIPIRONA 2ML + AD EV 6/6H

7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N

8. DECUBITO ELEVADO 45%

9. PA + HGT 6/6H

10. CCGG + SSVV

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA : TCE - HEDA TEMPORAL

ECG 15 SEM DEFICIT MOTOR

CEFALEIA

SOLICITO TC CRANIO CONTROLE

CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: LUIZ JACINTO ALVES

BE: 96790

DATA: 08/08/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA PASTOSA COM ASSISTENCIA.
2. RINGER LACTATO 2000ML EV 24H
3. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV 1X/DIA
4. TILATIL 20MG EV 12/12H
5. TRAMAL 100+ SF 100 EV 8/8H SE DOR
6. DIPIRONA 2ML + AD EV 6/6H
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N
8. DECUBITO ELEVADO 45%
9. PA + HGT 6/6H
10. CCGG + SSVV

Handwritten notes and calculations:  
2/3 4  
16 24 04 10  
T.C.  
Fr.  
14x5/121  
30x80  
22 04 10

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA : TCE - HEDA TEMPORAL

ECG 15 SEM DEFICIT MOTOR

CEFALEIA

CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO E OBSREVAÇÃO NEUROLÓGICA

Handwritten signature



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: LUIZ JACINTO ALVES

BE: 96790

DATA: 06/08/2016

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA PASTOSA COM ASSISTENCIA. *Atenc!*
2. RINGER LACTATO 2000ML EV 24H 1<sup>o</sup> ( ) 2<sup>o</sup> ( ) 3<sup>o</sup> ( ) 4<sup>o</sup> ( )
3. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV 1X/DIA 04 -
4. TILATIL 20MG EV 12/12H (16) (04) (ALTA)
5. TRAMAL 100+ SF 100 EV 8/8H SE DOR SN
6. DIPIRONA 2ML + AD EV 6/6H 16 22 04
7. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N SN
8. DECUBITO ELEVADO 45% *Atenc!*
9. PA + HGT 6/6H 16 ( ) 22 ( ) 04 ( ) 10 ( )
10. CCGG + SSVV *Atenc!*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA : TCE - HEDA TEMPORAL

EKG 15 SEM DEFICIT MOTOR

CEFALEIA

CONDUTA: SUPORTE CLÍNICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

PACIENTE: LUIZ JACINTO ALVES BE 96790

1. DIETA PASTOSA COM ASSISTENCIA

2. SF 0.9 % 2000ML EV 24H

3. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H

4. OMEPRAZOL 40MG VO MANHA

5. TRAMADOL 50MG 1CP VO 6/6H S/N

6. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N

7. TILATIL 20MG VO 12/12H

8. HIDANTAL 100MG VO 8/8H

9. PA 8/8H → ANOTAR

10. CCGG+ SSVV

HD: TCE = HEDA TEMPORAL

ECG 15

MOBILIZANDO OS 4MM

SEM INTERCORRENCIAS

-CD: SUPORTE CLINICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA = TC CRANIO CONTROLE

DR. EMERSON MAGNO  
NEUROCIRURGO  
Neurocirurgia Funcional - Dor  
CRM-PR 6215



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

PACIENTE: LUIZ JACINTO ALVES BE 96790 ENFERMARIA; 04/04

1. DIETA PASTOSA COM ASSISTENCIA	CIENTE			
2. SF 0.9 % 2000ML EV 24H	<del>16</del>	<del>22</del>	<del>04</del>	(10)
3. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H	<del>16</del>	<del>22</del>	<del>04</del>	<del>18</del>
4. OMEPRAZOL 40MG VO MANHA	(04)			
5. TRAMADOL 50MG 1CP VO 6/6H S/N	SN			
6. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N	SN			
7. TILATIL 20MG VO 12/12H	(22)	(10)		
8. HIDANTAL 100MG VO 8/8H	<del>16</del>	<del>24</del>	<del>08</del>	
9. PA 8/8H → ANOTAR	ATT			
10. CCGG+ SSVV	ATT			

HD: TCE = HEDA TEMPORAL

ECG 15

MOBILIZANDO OS 4MM

SEM INTERCORRENCIAS

-CD: SUPORTE CLINICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA = TC CRANIO CONTROLE

Dra. THAISE ADRIANA  
NEUROCIRURGIA  
CRM 75247



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

PACIENTE: LUIZ JACINTO ALVES BE 96790 ENFERMARIA; 04/04

1. DIETA PASTOSA COM ASSISTENCIA	CIENTE			
2. SF 0.9 % 2000ML EV 24H	16	22	04	10
3. DIPIRONA 1G + AD EV 6/6H	16	22	04	10
4. OMEPRAZOL 40MG VO MANHA	04			
5. TRAMADOL 50MG 1CP VO 6/6H S/N	SN	24:30		
6. NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N	SN			
7. TILATIL 20MG VO 12/12H	22	10		
8. HIDANTAL 100MG VO 8/8H	16	24	08	
9. PA 8/8H → ANOTAR	ATT			
10. CCGG+ SSVV	ATT			

HD: TCE = HEDA TEMPORAL

ECG 15

MOBILIZANDO OS 4MM

SEM INTERCORRENCIAS

-CD: SUPORTE CLINICO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA = TC CRANIO CONTROLE





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEETSHL

B

NOME DO PACIENTE:		B.E. / PRONTUÁRIO		DATA:
SETOR:	ENFERMEIRA	ARMAZENAMENTO	QUANTIDADE	OBSERVAÇÃO
MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO				
1) Omeprazol 20mg			20 (10)	
2) Fomeprazol 20mg			20 (10)	
3) Fomeprazol 20mg			20 (10)	
4) Omeprazol 20mg			20 (10)	
5) Fomeprazol 20mg			20 (10)	
6) Fomeprazol 20mg			20 (10)	
7) Fomeprazol 20mg			20 (10)	
8) Fomeprazol 20mg			20 (10)	
9) Fomeprazol 20mg			20 (10)	
10) Fomeprazol 20mg			20 (10)	
11) Fomeprazol 20mg			20 (10)	
12) Fomeprazol 20mg			20 (10)	

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO E CARIMBO

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO E CARIMBO

REC-101-1

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Levy Jacinto Alves


DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
06/03/16	12:33	# BUF #
		Paciente vítima de acidente de moto, chega vítima e demora
		No momento consciente, orientado e em BEG. Ao exame
		face apresenta abertura em região de supercílio ① + ausência de
		visual preservada, assim como movimentos oculares, presença de
		dores em região pré-auricular ② + abertura bucal e occlusão
		dentária normal. Sem sinais físicos de fraturas na face
		CD. ① Orientações
		② Alter. BUF
		③ Aos Cuidados da NCB

*[Handwritten signature]*

FINGENF018-1





 GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA - SENADOR HUMBERTO LUCENA		<b>LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA</b>	
NOME <b>LUIZ JACINTO ALVES</b>		REGISTRO <b>938557</b>	
SEXO <b>MASCULINO</b>	COR	CLÍNICA <b>NEUROCIRURGIA</b>	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>06/08/2016</b>	DATA DE NEUROCIRURGIA <b>21/08/2016</b>	TERMO DE PERMANÊNCIA	
PRINCIPAL DIAGNÓSTICO <b>TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO MODERADO - HEMATOMA EPIDURAL LAMINAR TEMPORAL</b>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS <b>TRAUMA FACE</b>			
PRINCIPAIS EXAMES <b>TOMOGRAFIA DE CRÂNIO: 10-08 16-08 20-08</b>			
EXATIDÃO REALIZADA - DATA E EQUIPE <b>TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO MODERADO - HEMATOMA EPIDURAL LAMINAR TEMPORAL DIREITA EM ABSORÇÃO. MELHORA. NEUROLÓGICA PROGRESSIVA. DEVERÁ RETORNAR PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL NO HTOP EM 30 DIAS.</b>			
NÃO			
INFERIÇÃO DO X	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	OUTROS DE AVALIAÇÃO
INFERIÇÃO DO X	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
INFERIÇÃO DO X	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input checked="" type="checkbox"/> REMOVIDO	A PEDIDO
INFERIÇÃO DO X	<input checked="" type="checkbox"/> CURADO	<input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO	
RACIONALIDADE DO EXAME, HISTÓRIA, FÍSICA E TERAPIA DE CONTINUAÇÃO			
ECG 15, ISSO E REATIVAS, SEM DEFICITS FOCAIS E-OU RADICULARES.			
PROGRAMA DE REABILITAÇÃO - FISIOTERAPIA MOTORA			
DEVERÁ TER ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DA NEUROCIRURGIA EM 30 DIAS - REPETIR TC DE CONTROLE TAR			
<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b>			
DIETA:	<b>LIVRE</b>		
REPOUSO:	Relativo em casa por <b>30</b> dias.		
	Retorno às atividades sem esforço físico em <b>30</b> dias.		
	Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>30</b> dias e com esforço maior em <b>30</b> dias		
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sen. Humberto Lucena			
MEDICAÇÕES PARA CASA: <b>Em anexo.</b>			
RETORNO: <b>AO HTOP, AMBULATORIO DA NEUROCIRURGIA (LIGAR PARA AGENDAR = 3214-2911)</b>			
21/08/2016		DR. JOSÉ LOPES FILHO - CRM 6676	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			

Dr. José Lopes Filho  
Neurocirurgia  
CRM 6676





propanos devidos fús,  
n Luiz Jacinto Abreu  
214095 - PB) e  
de CID H 90.3  
n Traivália -  
ndo tratamento clínico  
za de pelo período de  
ento) dias, para cura  
ida de

Jus - 07.11.2016

LEITO A UM RETORNO NO PERÍODO DE ATÉ 15 DIAS A PARTIR DA CONSULTA  
isco Manoel, 77 - Jaguaribe - Fones: (81) 2106.8585/2106.8586/2106.8569  
hospsaoluiz@bol.com.br





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

PROCEDIMENTO COMUM (7)0808294-98.2018.8.15.2001

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 Dpvt 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) **GEORGE KENNEDY DANTAS ROCHA** 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](mailto:pauloleite@seguradoralider.com.br) [philipe.rocha@seguradoralider.com.br](mailto:philipe.rocha@seguradoralider.com.br) telefone (21) 38614600, cientificada 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, 1 de março de 2018

MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO

Juiz de Direito



Segue certidão e despacho (Substituição de perito)





**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DA CAPITAL  
12.<sup>a</sup> VARA CÍVEL**

**CERTIDÃO**

Certifico que em despacho anterior foi determinado por este Juízo a designação de perícia médica na parte autora, com a nomeação de perito. Ocorre que, por diversas vezes esta escrivania tentou, por telefone, entrar em contato com o perito designado, no entanto, não obteve êxito, seja por não conseguir falar com o perito, seja por este ter informado não ter mais interesse em realizar a perícia. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa, 12/03/2019.

  
Téc. Judiciária  
mat.473.041-1

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Considerando o teor da certidão retro, nomeio o médico **Dr. LUCIANO JOSÉ LIRA MENDES**, fone: (83) 99984-8151, perito Judicial para atuar nos presentes autos.

Ato contínuo, cumpra-se nos termos do despacho anterior.

P.I.

João Pessoa, 12/03/2019.

  
Manuel Maria Antunes de Melo  
Juiz de Direito





Poder Judiciário da Paraíba  
12ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número	do	Processo:	0808294-98.2018.8.15.2001
Classe:		PROCEDIMENTO	COMUM (7)
Assunto:			[ S E G U R O ]
Polo ativo:	AUTOR:	LUIZ	JACINTO ALVES
Polo passivo:	RÉU:	MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A	

### CERTIDÃO

*Certifico e dou fé que fica designado dia 15/05/2019, pelas 14:40 horas, na sala de audiências da 12ª Vara Cível, para realização de audiência de conciliação/mediação.*

JOÃO PESSOA, 11 de abril de 2019  
AVANY GALDINO DA SILVA



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**12ª Vara Cível da Capital**  
**AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**  
**( )**

Nº DO PROCESSO: 0808294-98.2018.8.15.2001  
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

**AUTOR: LUIZ JACINTO ALVES**

**ENDEREÇO: SÍTIO ALAGAMAR, ZONA RURAL DE MAMANGUAPE-PB, CEP: 58280-000**

Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

,

**MANDADO DE INTIMAÇÃO**

**(PERÍCIA MÉDICA)**

O MM. Juiz de Direito do 12ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, INTIME **LUIZ JACINTO ALVES** (filho de João Inácio Alves e Maria Pedro Jacinto) *para comparecer a Audiência de Conciliação/Mediação designada para o dia 15/05/2019, pelas 14:40 horas, 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. Médico Perito: Luciano José Lira Mendes.*

**OBS: Boletim de Ocorrência no ID 12496847 para melhor diligência do oficial de justiça.**

**OBS2: Telefone para contato do autor: (83) 99320-8113**

JOÃO PESSOA, em 11 de abril de 2019

**AVANY GALDINO DA SILVA**  
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







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

---

PROCESSO Nº 0808294-98.2018.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM (7)  
[SEGURO]

AUTOR: LUIZ JACINTO ALVES  
RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

**INTIMAÇÃO**

Intimo a parte autora que *ficadesignadoo dia 15/05/2019, pelas 14:40 horas, na Sala de Audiências da 12ª Vara Cível, para realização de perícia médica.*

JOÃO PESSOA-PB, 11 de abril de 2019.

Analista/Técnico Judiciário



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**12ª Vara Cível da Capital**  
**AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**  
**JOÃO PESSOA**  
( )

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

**Nº DO PROCESSO:** 0808294-98.2018.8.15.2001  
**CLASSE DO PROCESSO:** PROCEDIMENTO COMUM (7)  
**ASSUNTO(S) DO PROCESSO:** [SEGURO]

**N o m e :** L U I Z J A C I N T O A L V E S  
**Endereço:** Rua Sítio Alagamar, SN, Zona Rural - Mamanguape, MAMANGUAPE - PB - CEP: 58280-000  
**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, 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 CITADO(A) **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, na pessoa de seu Representante Legal, por todos os atos do processo acima mencionado, e **INTIMADO(A)** para comparecer neste Juízo, no endereço supra, à audiência de: **Tipo: Conciliação Sala: Conciliação Data: 15/05/2019 Hora: 14:40**, 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 ID 12837145 e despacho ID 19796900 (designação de novo perito).**

AVANY GALDINO DA SILVA  
Servidor

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:** <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
**NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:** 18020816291618500000012215188



## **CERTIDÃO**

Certifico e dou fê que, em cumprimento ao mandado retro, diligenciei no endereço indicado (Sítio Alagamar) e, após as formalidades legais, INTIMEI LUIZ JACINTO ALVES, o(a) qual ficou ciente, assinou e aceitou a contrafé. O referido é verdade.

JOÃO PESSOA, 23 de abril de 2019

JOSE CARLOS ARAUJO SILVA





**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
12ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
( )

Nº DO PROCESSO: 0808294-98.2018.8.15.2001  
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

**AUTOR: LUIZ JACINTO ALVES**

**ENDEREÇO: SÍTIO ALAGAMAR, ZONA RURAL DE MAMANGUAPE-PB, CEP: 58280-000**

Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

**MANDADO DE INTIMAÇÃO**

**(PERÍCIA MÉDICA)**

O MM. Juiz de Direito do 12ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, INTIME LUIZ JACINTO ALVES (filho de João Inácio Alves e Maria Pedro Jacinto) *para comparecer a Audiência de Conciliação/Mediação designada para o dia 15/05/2019, pelas 14:40 horas, 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. Médico Perito: Luciano José Lira Mendes.*

**OBS:** Boletim de Ocorrência no ID 12496847 para melhor diligência do oficial de justiça.

**OBS2:** Telefone para contato do autor: (83) 99320-8113

JOÃO PESSOA, em 11 de abril de 2019

**AVANY GALDINO DA SILVA**  
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

*Luiz Jacinto Alves*

Scanned by CamScanner

