

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Outorgante(s):

Jose Ferreira Sobrinho

brasileiro(a),

estado civil: casado, profissão: Balcamista

documento de identificação: 1262941

CPF: 967.887.204-00 Endereço: R. Domingos

Alfama, 51 Ne, Angelim

Cidade: Souza Estado PB

CEP: _____

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, advogado, inscrito na OAB/RJ nº 57069 com escritório profissional na Avenida Miguel Couto 251, sala 605, Centro, CEP: 58.010-770, João Pessoa - PB.

Poderes:

Os da cláusula *ad judicium et extra*, inclusive com os especiais poderes para patrocinar, defender, em todos os seus termos, atos e incidentes, os direitos e interesses do (a) outorgante, em qualquer processo, ação ou medida em que o mesmo seja parte autora, ré, oponente ou assistente. Conferindo para tanto, o poder geral para o foro, conforme dispõe o artigo 28 do CPC, podendo ainda requerer, alegar, assinar, quando mister, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito que se funda a ação, receber e dar quitação em juízo ou fora dele, firmar compromisso, levantar importância em juízo ou fora dele, endossar cheques, recorrer de despachos e sentença, arrolar e inquirir testemunhas, juntar documentos, apelar para instâncias superiores, fazer acordos, enfim, praticar todos os demais atos necessários e em direito admissíveis, inclusive o de substabelecer, **especialmente para atuar em AÇÃO DE COBRANÇA em virtude do acidente de trânsito experimentado pelo (a) outorgante e em razão das lesões por ele (a) sofridas.**

_____, 01 de FEVEREIRO de 2016

Jose Ferreira Sobrinho

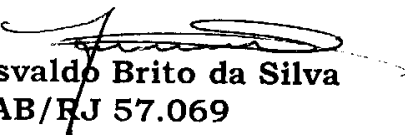
OUTORGANTE



SUBSTABELECIMENTO

EU, DR. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RJ sob o nº. 57.069, com escritório estabelecido na Avenida Rio Branco nº. 257 sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro – RJ. CEP: 20.040-009, SUBSTABELEÇO SEM RESERVAS, os poderes a mim conferidos por JOSE FERREIRA SOBRINHO, ao advogado DR. DOMINGOS SÁVIO BREGALDA GUSSEN OAB/RJ 127.405 com escritório estabelecido na Avenida Rio Branco nº. 257, sala 1.806, Centro – Rio de Janeiro – RJ, para que o substabelecimento produza seus devidos e legais efeitos.

João Pessoa, 01 de fevereiro de 2016.


Jose Orisvaldo Brito da Silva
OAB/RJ 57.069



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Jose Ferreira Sabrinho
brasileiro(a), estado
civil: casado, profissão: Balconista,
documento de identificação: 1262941,
CPF: 961.887.204-00, Endereço: R. Domín-
gon Afonso, 5/Nº Angelim,
Cidade: Solima, Estado: PI,
CEP: _____

DECLARA, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo Cível, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA** em **AÇÃO DE COBRANÇA** a ser proposta contra quem de direito, em razão de acidente de trânsito sofrido pelo(a) declarante.

Não serão cobrados honorários advocatícios nesta oportunidade, ressalvando-se o direito em caso de mudança na situação econômica do declarante.

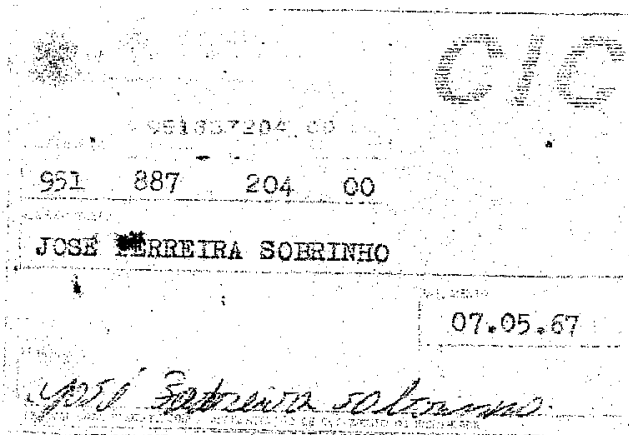
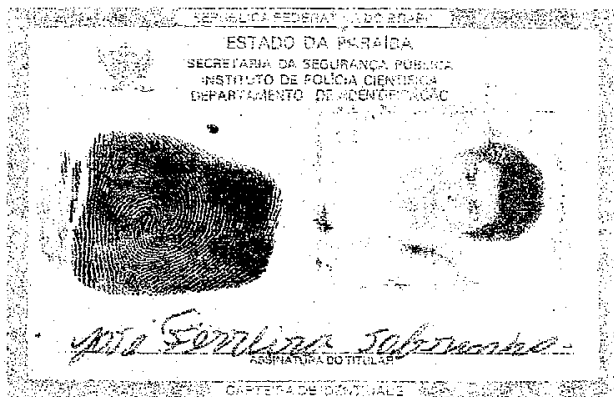
Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade acerca da declaração prestada.

_____, 01 de Febrero, 2016

Jose Ferreira Sabrinho

DECLARANTE





ELIZABETH NEVES DE ALMEIDA
RUA DOMINGOS AFONSO, S/N - ANSELMO
SOUSA/PB CEP: 58900000 (43 177)

Class/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDAMENTO MONOFÁSICO
Roteiro: 14 - 177 - 280 - 1840
Nº medidor: 00001145587

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 25 - Centro Habitacional - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.086.189/0001-40 - Insc Est 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 009 064
Código para Débito Automático: 00010754273

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

8b7a 39d5 c6fa 845c d07a 2195 f260 2411

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1075427-3**

Abr / 2015

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (Credenciada Lei nº 10.436, de 26 de junho de 2002)

Apresentação

24/04/2015

Data prevista da próxima leitura

22/05/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
85198720400

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
24/03/15	13718	24/04/15	13852	31

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 18/04/2015 PAGAS.
OBRIGADO!

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,12052	3,62
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70	0,22427	15,69
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	34	0,35840	12,18
Adic. R. Vermecha			4,57

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIB	0,85
COFINS	3,92
JUROS DE MORA 02/2015	0,47
JUROS DE MORA 03/2015	0,38
MULTA 02/2015	1,18
MULTA 03/2015	1,34
ICMS (Base de Cálculo R\$ 86,26 / Alíquota 27,00%)	23,29

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/15	145
Fev/15	141
Jan/15	151
Dez/14	185
Nov/14	189
Out/14	95
Set/14	98
Ago/14	107
Jul/14	131
Jun/14	138
Mai/14	138
Abr/14	136

Média dos últimos meses
134 kWh

VENCIMENTO
04/05/2015

TOTAL A PAGAR
R\$ 67,02

Indicadores de Qualidade

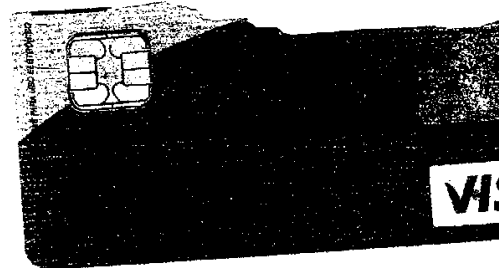
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	7,70	
DIC TRIMESTRAL	15,32	
DIC ANUAL	50,85	
FIC MENSAL	3,80	
FIC TRIMESTRAL	7,72	
FIC ANUAL	15,45	
DMC	4,31	
DICRI	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	14,07	20,95
Compra de Energia	17,21	25,69
Serviço de Transmissão	1,18	1,78
Encargos Setoriais	3,14	4,69
Impostos Diretos e Encargos	31,41	46,97
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	67,02	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 2/2015) R\$ 17,88

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$22,51
Requisite Extraordinário-Vigência: 02/09/2015-Res. ANEEL Nº 1 859-Efeito médio 3,82%





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL – PATOS/PB
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL – SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 389/2015

Versando Sobre: *Acidente de Transito*

Local do Ocorrido: *BR 230, Proximo ao IBAMA, Sousa-PB.*

Data do Fato; *19.05.2015, por volta das 06:h,00:min.*

Data em que a Delegacia tomou conhecimento: *20/06/2015.*

O(A) Comunicante: JOSE FERREIRA SOBRINHO, brasileiro, casado, balconista, com 48 anos de idade, filho de Manoel Luiz de Moura e de Maria Ferreira de Souza, portador do RG 1262941-SSP/PB, CPF 951887204-00, residente na Rua Antonio Martins S/Nº, Angelim Sousa-PB.

VITIMA: O Comunicante.

HISTORICO: Que conforme documentos apresentados o noticiante declara que no dia 19 de maio de 2015, sofreu um acidente de Transito na BR 230, Proximo ao IBAMA, quando vinha do Posto Chabocão, sentido sua residencia na MOTO HONDA/CG 125 TITAN, COR AZUL, ANO E MODELO 1999, PLACA CKS6751/PB, CHASSI 9C2CJC2500XR141528, licenciada em nome de Luana Moreira Queiroga e ao chegar no local acima um cachorro atravessou a pista e nisto veio a atropelalo, caindo em seguida, sofrendo trauma pelo corpo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu atendimento medico.

O Comunicante esta cientificada das imputações culminadas nos Artigos 299 e 340 do CPB - Falso Testemunho e Comunicação Falsa de Crime.

Autoridade Policial: Francisco Claudio Beserra.

Providencias Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante: Jose Ferreira Sobrinho

OSMARINO SOUTO MUNIZ
ESCRIVAO AD-HOC
MAT 603780-1



192

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Sousa, 26 Maio de 2015.

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 25 de Maio de 2015 passa a informar o que segue:

Nº da ocorrência: 0002

Vítima: Jose Ferreira Sobrinho

Sexo: Masculino

Data: 19/05/15

Local da Ocorrência: BR 230

Médico Intervencionista: Dr Antônio Neto

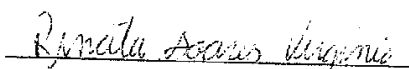
Viatura: USB01

Condutor: Anderson

Téc. Enfermagem: Ana Claudia

Enfermeiro: Rivanaldo

Natureza da Ocorrência: USB01 acionada para atendimento a vítima queda de moto .
No local vítima consciente, orientado , com escoriações MMII e sinais evidentes de fratura de clavícula D . Imobilizado em prancha rígida e membros, colar cervical mais AVP com SRL e encaminhado a HRS, sob- regulação medica para avaliação.



Renata Soares Virginio
Coordenadora Administrativa

Renata Soares Virginio
Diretora Administrativa





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Samu192 Regional Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 03

TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO: OCORRÊNCIA									
DATA 04/05/2008	OCORRÊNCIA COCOA	MACRO-OCORRÊNCIA SISTEMA DE TRANSPORTE	GRUPO 113	SOMA <input type="checkbox"/> ALIAS <input type="checkbox"/> FOLIO					
BR 250/PRIMEIRO PRAMA			Barro	Válida Regular					
Ações em Labor: <input checked="" type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> Recarga Bombas <input type="checkbox"/> Recarga PRE <input type="checkbox"/> OPRAND <input type="checkbox"/> STIRACK <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outros									

Local: LACS RESPONSÁVEL: [assinatura] OBS: [assinatura] ☐ SIM ☐ NÃO

TIPO DE RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE RESGATE - Nº _____ AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CENÁRIO: CAUSA

☐ COLISÃO - TR ☐ COLISÃO - CM ☐ COLISÃO PRÓPRIA ALTURA ☐ COLISÃO DE MOTO ☐ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☒ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO

☐ COLISÃO FRONTAL ☐ COLISÃO LATERAL ☐ COLISÃO FRASERA ☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ CARRO X MOTO

☐ VEH X MOTO ☐ CARRO X CINEUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☒ OUTRO *motociclista*

☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NOTICIAIS _____ OU DENTRO DO VEÍCULO _____ AIR BAG NÃO AÇIONADO ☐ DR ☐ ESC

☐ APOCALIPMENTO CNAH _____ ☐ QUEBRACURA GRAU _____ ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FAS ☐ FAF

☐ QUESO _____

☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☒ AGRESSÃO FÍSICA

☐ INFORMAÇÃO ENDOGENA PROPRÍADE ☐ ESCORRÃO ☐ HOLLIA ☐ COSTA ☐ ARMAZIA

☐ ENVENENAMENTO POR _____

[illegible]

CAUÇU VITAL

WVA: ☒ LIVRE ☐ GESTIONADA (RESPIRAÇÃO: PRECISA: _____ bpm) (PULSO: RAÇAL: ☐ PRESIDENTE ☐ AUSENTE

CO: RAÇAL: _____ (PULSO: RAÇAL: ☐ PRESIDENTE ☐ AUSENTE

RAÇAL: RESPIRAÇÃO: ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR (RESPIRAÇÃO: RAÇAL: ☐ PRESIDENTE ☐ AUSENTE

RAÇAL: RESPIRAÇÃO: ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR (RESPIRAÇÃO: RAÇAL: ☐ PRESIDENTE ☐ AUSENTE

SITUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		
<input type="checkbox"/> 1. AVALIAÇÃO ALTA RISCO PARA A VIDA <input type="checkbox"/> 2. RISCO ALTO PARA A VIDA <input type="checkbox"/> 3. RISCO MODERADO PARA A VIDA <input type="checkbox"/> 4. RISCO BAIXO PARA A VIDA <input type="checkbox"/> 5. RISCO ZERO PARA A VIDA	<input type="checkbox"/> 6. RISCO PARA O FIM DE VIDA <input type="checkbox"/> 7. RISCO PARA O FIM DE VIDA <input type="checkbox"/> 8. RISCO PARA O FIM DE VIDA <input type="checkbox"/> 9. RISCO PARA O FIM DE VIDA <input type="checkbox"/> 10. RISCO PARA O FIM DE VIDA	<input type="checkbox"/> 11. RISCO PARA O FIM DE VIDA <input type="checkbox"/> 12. RISCO PARA O FIM DE VIDA <input type="checkbox"/> 13. RISCO PARA O FIM DE VIDA <input type="checkbox"/> 14. RISCO PARA O FIM DE VIDA <input type="checkbox"/> 15. RISCO PARA O FIM DE VIDA

[illegible]

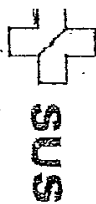
IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENTRETERNO: RAFAEL DATA: 20/12/2013 LOCAL: FLA COREIA: FLA

ALMOÇO: ALMOÇO HORARIO: 12h VALOR: 10,00

RECUBA	
BUN	
DISCARTIDA	
DISCARTIDA	ESTE DURING





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476

CNPJ/CPF: 08.778.268/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL G. DE ABRANTES

ENDEREÇO: Rua José Facundo de Lira, 433 CEP: 58.802-180

MUNICÍPIO: SOUSA

ESTADO: Paraíba

UF: 25

ACENTE:

NOME:

SEXO:

DOCUMENTO:

IND:

MUNICÍPIO:

DATA DO ATENDIMENTO:

NOME E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

NAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS

RESULTADOS

ATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

IDENTIFICADOR / CID:

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA;

☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;

☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;

☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA

☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);

☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;

☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;

☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;

MEDICAÇÃO

☐ 01 - PRESCRITA

☐ 02 - APLICADA

☐ OBSERVAÇÃO

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÔBITO

☐ INTERNO

☐ OUTRO

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - Carimbo(s)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU PROLEBARI DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A

ENDEREÇO Avenida Santos Dumont, 304 - Sala 707, Centro, Fortaleza - 6, CEP: 60150-160

BENEFICIÁRIO

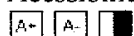
CPF/CNPJ: 95188720400

Posição em 04-09-2015 10:03:31

Indenização creditada em 20/08/2015, no valor de R\$ 1.687,50, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
20/08/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Acessibilidade



[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

Como dar entrada

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

Pague seguro

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

Acompanhe o Processo

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog Viver Seguro no Trânsito](#)



[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT

– Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora
Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de
Atendimento](#)
- [Fraude é crime
Denuncie aqui](#)
- [SAC
0800 0221204](#)
- [Auto
Atendimento](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150641555 - Resultado de consulta por beneficiário





Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0845087-07.2016.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

1. Defiro a justiça gratuita;
2. Recebo a inicial vez que presente os requisitos previstos no art. 319 e seguintes do CPC;
3. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, vez que se trata de ação de cobrança de DPVAT, onde a Seguradora somente concilia após realização de perícia, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação, nos termos do art. 139, IV do CPC/2015, Enunciado 35 da ENFAM e calcado direito fundamental constitucional à duração razoável do processo e dos meios que garantam sua celeridade de tramitação (art.5º, LXXVIII da CF);
4. Cite-se e intime-se (do item supra) a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis, advertindo-se que 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;
5. Decorrido o prazo para contestação, intime-se a parte autora para que no prazo de quinze dias úteis apresente manifestação (oportunidade em que: I – havendo revelia, deverá informar se quer produzir outras provas ou se deseja o julgamento antecipado; II – havendo contestação, deverá se manifestar em réplica, inclusive com contrariedade e apresentação de provas relacionadas a eventuais questões incidentais; III – em sendo formulada reconvenção com a contestação ou no seu prazo, deverá a parte autora apresentar resposta à reconvenção);
6. Via digitalmente assinada deste *decisum* poderá servir como mandado.

Citações e intimações necessárias. Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 11 de outubro de 2016.

Juiz(a) de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
11ª Vara Cível da Capital

PROCESSO Nº 0845087-07.2016.8.15.2001 - PROCEDIMENTO COMUM (7) -[SEGURO]

AUTOR: JOSE FERREIRA SOBRINHO

RÉU: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS, Rua João Bernardo de Albuquerque, 62, 105, Tambiá, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58020-565

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, **CITO: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**, por seu Representante legal, Endereço supra; para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias úteis, advertindo-se que a ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.

JOÃO PESSOA-PB, 6 de abril de 2017.

JOSINEIDE BARBOSA DE VASCONCELOS
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:16091415481174300000004960800 - Despacho: 16101409183111400000005241323



CERTIDÃO

Certifico que o Aviso de Recebimento (AR) foi devolvido e anexado ao Autos.

JOÃO PESSOA, 3 de setembro de 2018

JOSINEIDE BARBOSA DE VASCONCELOS



AR

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

DESTINATÁRIO DO OBJETO / DESTINATAIRE

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE

ENDEREÇO / ADRESSE

Proc. 0845087-07.2016.815.2001

A Sua Senhoria Sr.

Representante Legal do
PORTO SEGURO COMPANHIA DE
SEGUROS GERAIS

Rua João Bernardo de Albuquerque, 62,
105

Tambiá – João Pessoa/PB

CEP: 58020-565

CEP / CODE POSTAL

DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SL)

VIO / NATURE DE L'ENVOI
PRIA / PRIORITAIRE

DO / VALEUR DÉCLARÉ

NOME DO RECEBEDOR / NOM

NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISÍBLE DU RÉCEPTEUR

Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO
RECEBEDOR / ORGÃO EXPEDIDOR

RUBRICA E MAT. DO EMPREGADO /
SIGNATURE DE L'AGENT

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO

FC0463 / 16

114 x 186 mm





AVISO DE
RECEBIMENTO
AVIS CN07

AR

(CÓDIGO DE BARRAS OU Nº DE REGISTRO DO OBJETO)

JG 01951991 0 BR

DATA DE POSTAGEM / DATE DE DÉPÔT

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

ENDEREÇO PARA
DEVOLUÇÃO
RETOUR

NOME OU RA

ENDEREÇO P

CIDADE / LC

ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
JUÍZO DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL
FORUM DESEMBARGADOR MÁRIO
MOACYR PORTO
Av: João Machado, nº s/n – 4º Andar
Jaguaribe – João Pessoa - PB
Fone/Fax: 83-3208-2483

UF

BRASIL
BRÉSIL



DESPACHO:

Vistos etc.

01 – Nos termos do art. 344 do NCPC, decrete a revelia da parte suplicada, contudo, como ela não constituiu advogado nos autos, deverá ser aplicado o art. 346 do NCPC para contagem de prazos.

Determino a realização de perícia, a fim de aquilatar o grau de debilidade da lesão do demandante.

02- Nomeio como perito o Sr. Heuder Romero Liberalino da Nóbrega

03 – Providencie a Escrivania a intimação do perito nomeado, para que o mesmo indique dia e hora para realização da perícia, encaminhando o laudo médico acostado a inicial.

04 - A perícia será realizada no presente Fórum em sala a ser designada pela Diretoria.

05 – Determino o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) para os honorários periciais. Intime-se a parte demandada para o depósito dos honorários, no prazo de 10 (dez) dias.

06 - Intimem-se as partes, através de advogados, para, querendo, apresentar assistentes técnicos e quesitos, no prazo de 15 (quinze dias), nos termos do art. 465, §1º do NCPC.

07 – Ainda, intime-se a parte autora para comparecer na data e local indicados para realização da perícia, após a indicação da data pelo perito.

08 - Após realização da Perícia, com a juntada do laudo, expeça-se Alvará para liberação dos honorários periciais e intimem-se as partes para manifestarem-se sobre o laudo respectivo no prazo de 15 (quinze) dias, conforme art. 477, §1º do NCPC.

09 - Por fim, voltem-me os autos conclusos.



DESPACHO:

Vistos etc.

01 – Nos termos do art. 344 do NCPC, decrete a revelia da parte suplicada, contudo, como ela não constituiu advogado nos autos, deverá ser aplicado o art. 346 do NCPC para contagem de prazos.

Determino a realização de perícia, a fim de aquilatar o grau de debilidade da lesão do demandante.

02- Nomeio como perito o Sr. Heuder Romero Liberalino da Nóbrega

03 – Providencie a Escrivania a intimação do perito nomeado, para que o mesmo indique dia e hora para realização da perícia, encaminhando o laudo médico acostado a inicial.

04 - A perícia será realizada no presente Fórum em sala a ser designada pela Diretoria.

05 – Determino o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) para os honorários periciais. Intime-se a parte demandada para o depósito dos honorários, no prazo de 10 (dez) dias.

06 - Intimem-se as partes, através de advogados, para, querendo, apresentar assistentes técnicos e quesitos, no prazo de 15 (quinze dias), nos termos do art. 465, §1º do NCPC.

07 – Ainda, intime-se a parte autora para comparecer na data e local indicados para realização da perícia, após a indicação da data pelo perito.

08 - Após realização da Perícia, com a juntada do laudo, expeça-se Alvará para liberação dos honorários periciais e intimem-se as partes para manifestarem-se sobre o laudo respectivo no prazo de 15 (quinze) dias, conforme art. 477, §1º do NCPC.

09 - Por fim, voltem-me os autos conclusos.





Poder Judiciário da Paraíba
11ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0845087-07.2016.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: JOSE FERREIRA SOBRINHO
Polo passivo: RÉU: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que os autos encontram-se aguardando a designação de data, pelo juízo, para a realização conjunta de perícia médica, determinada neste e outros processos, em observância ao princípio da economia processual, passando a figurar em lista específica para esse fim.

JOÃO PESSOA, 28 de agosto de 2019
SIMON ABRANTES PINHEIRO BARBOSA

