



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSEPH AMANCIO DE SOUSA, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 3.903.067, SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 106.640.714-22, residente e domiciliado na Rua João Inácio de Oliveira, nº 25, Centro, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

**OUTORGADO:** HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56 com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

**PODERES:** a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Itaporanga/PB, 13 / Fevereiro / 2019.

X Joseph Amancio de Sousa

OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmc.advocacia@gmail.com



### DECLARAÇÃO

Eu, **JOSEPH AMANCIO DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 3.903.067, SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 106.640.714-22, residente e domiciliado na Rua João Inácio de Oliveira, nº 25, Centro, Nova Olinda/PB, CEP: 58.798-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Itaporanga/PB, 13 / Fevereiro / 2019.

X Joseph Amancio de Sousa  
Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**PB**

**NOME**  
JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

**DOC IDENTIDADE / CIBS EMISSOR**  
3903067 SSDS PB

**CPF**  
106.640.714-22

**DATA NASCIMENTO**  
27/06/1998

**FILIAÇÃO**  
JOSE AMANCIO DA SILVA  
DAMIANA ALVES DE SOUSA  
AMANCIO

**PERMISSÃO**  
AB

**NCC**  
AB

**CALHAS**  
AB

**Nº REGISTRO**  
06773811812

**VALIDADE**  
29/08/2021

**1ª HABILITAÇÃO**  
06/01/2017

**OBSERVAÇÕES**

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

**LOCAL**  
JOAO PESSOA, PB

**DATA EMISSÃO**  
29/01/2018

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
44088406030  
PB036176516

**PARAÍBA**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
1633600843

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
1633600843





JOSE ISMAL DA SILVA  
RUA JOAO INACIO DE OLIVEIRA, 25 - CENTRO  
NOVA OLINDA / PB CEP: 58796000 (AG. 154)

Emissão: 07/03/2018 Referência: Mar / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br200, km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-900  
Roteiro: 2 - 156 - 420 - 3800 Nº medidor: 00008227401

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.095.185/0001-40 Ins. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 003 079 581  
Cód. para Débito Automático: 0000860071

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	07/03/2018	06/04/2018	37403265491 Proc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/868057-1

#### Canal de contato

- Furtos de energia é a maior roubada. Pode provocar acidentes graves, além de ser crime e dar cadeia. E ainda prejudica até quem não faz: o furto prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.  
- Chame os vizinhos e amigos e entre no comitê ao município transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde  
- Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
02/02/18	9045	07/03/18	9152	1	107	33
Demonstrativo						
CCI Descrição		Quantidade	Tarifa U	Valor Base Calc.	Avg	Consumo (R\$)
				Valor Base Calc.	Avg	Consumo (R\$)
				Valor Base Calc.	Avg	Consumo (R\$)
0801	Consumo em kWh	107,000	0,714720	75,47	27	20,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB. ILLUM. PUBLICA			8,52	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2018			0,74	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2018			2,25	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,54	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 89,82 76,47 20,84 76,47 0,61 2,38

Média últimos meses (kWh) 137  
**VENCIMENTO 14/03/2018**  
**TOTAL A PAGAR R\$ 89,62**

#### Histórico de Consumo (kWh)

150 | 127 | 138 | 136 | 134 | 140 | 121 | 127 | 158 | 138 | 152 | 114  
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

f55f.dc57.f3f0.327f.791e.bf35.6c48.da2b.

#### Indicadores de Qualidade

1/2018 - Resoluções

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,47	3,85	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,04		
DIC ANUAL	25,09		
FIC MENSAL	3,48	1,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC TRIMESTRAL	5,27		
FIC ANUAL	13,95		
DMC	3,85	3,85	
DICRI	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PE	20,26	22,60
Carga de Energia	22,26	24,74
Serviço de Transmissão	3,11	3,47
Encargos Setoriais	5,61	6,26
Impostos Diretos e Encargos	38,99	43,50
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	89,82	100,00

Valor do EUSO (Ref. 1/2018) R\$ 40,29

#### ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 22/03/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de dívida suspensa do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere essa mensagem.  
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.  
- Leitura confirmada

#### Faturas em atraso

Fev/18 100,71





**BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL**

Nº. 192 / 2018.

**NATUREZA DA Ocorrência:** Acidente de Trânsito

**DATA DO FATO:** 17 / Janeiro / 2018 **HORAS:** 21h20min.

**SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL.** RENATO ANDERSON DE OLIVEIRA

**Notificante/Vítima:**

JOSÉ AMANCIO DA SILVA, natural de Nova Olinda/PB, Casado, Aposentado, nascido no dia 01.02.1967, filho de Francisco Amancio da Silva e Maria José da Silva, RG 1.242.633/SSP/PB e CPF 640.382.974-20, residente na R. João Inacio de Oliveira, 25-centro Nova Olinda/PB.

**HISTÓRICO DO FATO:**  
O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia e horas acima citados, seu filho 'JOSEPH AMANCIO DE SOUSA', nascido no dia 27/06/1998, portador do RG 3.903.067/SSP / PB E CPF Nº. 106.640.714-22, trafegava pela Rodovia que liga Santana dos Garrotes à Nova Olinda/PB, conduzindo a moto HONDA/CG150 FAN ESDI, cor Vermelha, Ano 2013/14, Placa OGG2697/PB e chassi Nº 9C2KC1680ER468619, em nome de JOSE YAN BARREIRO DA SILVA e já nas proximidades de Nova Olinda/PB, deparou-se com alguns animais (Jumentos) e ao tentar desviar colidiu com um deles. Foi socorrido pela SAMU para atendimento Hospitalar.

ITAPORANGA/PB, 23 DE Março DE 2018.

x José Amancio da Silva  
NOTIFICANTE/VÍTIMA

ESCRIVÃO PLANTONISTA:

Pte. Silva Rodrigues  
SSC. POLICIA / INT. 50055  
CHEFE DE PARTIDO





**SINISTRO 3180224685 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JOSEPH AMANCIO DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** JOSEPH AMANCIO DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 10664071422**Posição em 25-06-2018 17:12:39**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.

Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/06/2018	R\$ 8.437,50	R\$ 0,00	R\$ 8.437,50





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA OLINDA  
: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ.: 11.268.720/0001-59  
SAMU 192 -UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO

**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO**

05-16

EVOLUÇÃO CLÍNICA

parte, importante, a natureza de valores entre modo e, segundo aqui, o contexto no qual o sujeito se encontra. Por isso, o modo de ser e de agir do sujeito não pode ser entendido sem a análise da sua evolução clínica.

## DESTINO DO PACIENTE



LOCAL DO DESTINO

PROFESSOR(A) QUE RECEBEU O PROPOSTO

Associação de Defesa do Meio Ambiente - ADMA

MEDICO

EX-12-0300

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO ATENDIMENTO DESPONSIBILIZADO PELO SAMU 192 REGIONAL DE PIANÓ, NESTA OPORTUNIDADE.

### Assinatura do Paciente ou Responsável

FIG

TRANSPORTE SECUNDARIO

## Discussion

## FACTORIO DO TRANSPORTE

☐ New ☐ Remastered ☐ Special Edition ☐ Anniversary Edition

— **Auto**

**Appendix**

## IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Year	Population (Millions)
1980	18
1990	22
2000	28
2020	38

ENFENHRO Selbstföhr CSM MAY

TÍT. DE ENFERMEIRA *Wendine L.* CRM:

COLLEGE SOCIETY *K. P. On 2/10* NEW

[illegible]

### AVALIACÃO PRIMÁRIA

[illegible]

### SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

[illegible]





PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA OLINDA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ.: 11.268.720/0001-59  
SAMU 192 -UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO



## FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO

[illegible]

MATERIAL UTILIZADO	
1 Quilômetro	1 litro de gasolina

MATERIAL UTILIZADO

**INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO**

☐ RESOLVOU ATENDIMENTO ☐ RESOLVOU TRANSPORTE ☐ ACIDENTES DE TRÁFEGO ☐ OUTROS

☐ QUAL O CAUSAL ACIDENTO ☐ PROBLEMA COM ALGUM JORNAL ☐ OUTROS



## Ficha de Acolhimento

Nome:	Joseph Amadio de Sousa		
End:	27-5-98	Bairro:	Nova Almeida
Data de Nascimento:	27-5-98	Documento de Identificação:	
Queixa:	ACIDENTE		
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	
Data do Atendimento:	18-5-18	Hora:	3:15
Documento:			

## Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom	( ) Regular	( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo	( ) Fáceis de dor	( ) Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:							
Dosagem de HGT:							
Deambulação:	( ) Livre	( ) Cadeira de rodas	( ) Maca	Mucosas:	( ) Normocorada	( ) Pálida	

MOD. 110

## Estratificação

- ☒ Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas  
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

BRUNA MULLER DA  
FERREIRA

Assinatura e carimbo do profissional







## EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

196: In Alameda:

$CD = 100V$  containing 100

[illegible]

Umsatz

Dr. Carlos A. Figueroa Filho  
CNPJ 07.537.919  
Endoscopia e montagem digital

B.B. Painter Sand and into  
Chiquas 3, estabed, color coral, granular.  
encovigos in Sun, no exam a TC  
nido expato F-Sun en Face.

case  $\Delta K, B_{\text{old}}$

② our customer do not

Dr. Alfredo Lucas Neto  
Cirurgião e Especialista  
Bd-1808-350  
3094 PB

DESTINO DO PACIENTE	/	as	:	hs.
	/	as	:	hs.

( ) Centro cirúrgico

Centro cirúrgico \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) JA revela  
Internação (setor) \_\_\_\_\_ ( ) Decisão Médica

(Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL) \_\_\_\_\_

Jobito

Ass. do paciente ou responsável quando necessário

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

148/projetohlca/impreurgencia.php?contar=1582143

22

Wahl 04:25

POI, noising

Te de Cuentas

lines

cd: autran redagf  
avliac p/ferenp p/dermane

Alvarado, Marcelito  
CRM-2265-74  
DPT 012-42204-23



Data da internação: 18/01/2018 Hora: 08:33:38

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>2 - CNES</b>	
<b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
<b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				<b>4 - CNES</b> 2362856	
<b>Identificação do Paciente</b>				<b>6 - N° DO PRONTUÁRIO</b>	
<b>5 - NOME DO PACIENTE</b> JOSEPH AMANCIO SOUSA				1582294	
<b>7 - CARTÃO DO SUS</b> 898000408679281		<b>8 - DATA DE NASCIMENTO</b> 27/06/1998		<b>9 - SEXO</b> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
<b>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL</b> DAMIANA ALVES DE SOUSA AMANCIO				<b>11 - TELEFONE DE CONTATO</b> 83 98096049	
<b>12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</b> R PROJETADA, 0, CENTRO					
<b>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</b> Nova Olinda		<b>14 - CÓDIGO MUNICIPAL</b> 251020		<b>15 - UF</b> PB	
<b>16 - CEP</b> 58798000					
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
<b>17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS</b> Paciente vítima de acidente de moto e TCE TC de crânio: pequenos sangramentos visíveis do base enq.					
<b>18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b> Fratura do Membro					
<b>19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b> TC de Crânio					
<b>20 - DIAGNÓSTICO INICIAL</b> TCE		<b>21 - CID 10 PRINCIPAL</b>		<b>22 - CID 10 SECUNDÁRIO</b>	
<b>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>					
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
<b>24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO</b> Internação				<b>25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</b>	
<b>26 - CLÍNICA</b> NCE		<b>27 - CARATER DA INTERNAÇÃO</b> 02		<b>28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF</b> 980016285871707	
<b>29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> 980016285871707		<b>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE</b> VALBER THADEU DO VALE VITORINO			
<b>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO</b> 18/01/2018		<b>32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b> 			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
<b>33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>		<b>36 - CNPJ DA SEGURADORA</b>		<b>37 - N° DO BILHETE</b>	
<b>34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO</b>		<b>39 - CNPJ EMPRESA</b>		<b>40 - CNAE DA EMPRESA</b>	
<b>35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO</b>		<b>41 - CBOR</b>		<b>42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA</b> ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>					
<b>43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>44 - COD. ORGÃO EMISSOR</b>		<b>45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF</b>		<b>47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b>		<b>48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</b> / /	
<b>49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>		<b>50 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)</b>			





**RESUMO DE ALTA**  
**(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)**

NOME: Joseph Amancio Sane DN: \_\_\_\_\_ PRONT. Nº: 1582143  
NATURALIDADE: \_\_\_\_\_ PROCEDÊNCIA: \_\_\_\_\_  
ADMISSÃO: 18/01/2018 ALTA: 28/02/18

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Pct vítima de colisões moto + animal, sofreu  
Politrauma, el TCE grave (LAD + HSAT + H<sup>+</sup> com reserva de  
pela NCR), altera-ção leve da consciência e cefalé-  
Amesclando ainda ferimentos em face.

2. Resultado dos principais exames

TC = resultado do item 1.

3. Evolução e complicações

Evolui grave na UTE el PNH aspirativa, úlcera  
paula, PAR (aureobactera sp); necessitou per torq  
ortomizado. Alta da UTE em 13.2.18, el Melhora-  
Decanulado dia 23/2/18 do quadro

4. Terapêutica realizada

Meopren  
Vaucomeni  
H claudal

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

TCE grave  
Politrauma

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

Emetico em escane

7. Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido


☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Transferido para: \_\_\_\_\_

Campina Grande, 28 de 02 de 18

  
Responsável pelo resumo

**Paciente:** JOSEPH AMANCIO DE SOUSA  
**Nº do Pedido:** 18207  
**Idade:** 19 Anos  
**Convênio:** PAF  
**Data:** 06/03/2018  
**Médico Solicitante:** NAO INFORMADO

**RAIO X DA CLAVÍCULA**

**ACHADOS**

**Fratura de terço médio da clavícula com cavalgamento.**

**Partes moles sem alterações.**

---

Emerson Claudino  
Médico Radiologista  
CRM: 8342





**Paciente:** JOSEPH AMANCIO DE SOUSA  
**Nº do Pedido:** 19474  
**Idade:** 19 Anos  
**Convênio:** PIAF  
**Data:** 25/04/2018  
**Médico Solicitante:** NAO INFORMADO

**RAIO X DO OMBRO DIREITO**

**ACHADOS**

Fratura completa de terço médio da clavícula com cavalgamento.

Corticais e interlinhas articulares conservadas.

Aspecto normal das partes moles periarticulares.

Emerson Claudino  
Médico Radiologista  
CRM: 8342





**Poder Judiciário do Estado da Paraíba**

**Vara Única da Comarca de Santana dos Garrotes**

Fórum Desembargador Mário Moacyr Porto – Rua Severino Teotônio, s/n

Santana dos Garrotes/PB – CEP 58.795-000 – Fone(Fax) (83) 3485-1030

---

**Processo: 0800424-63.2019.8.15.1161**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JOSEPH AMANCIO DE SOUSA

Advogado do(a) AUTOR: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - PE25252

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DECISÃO**

Vistos.

**DEFIRO** a gratuidade da justiça à parte autora.

Diante da improvável autocomposição nesta fase preliminar, deixo de designar audiência de conciliação.

**1) CITE-SE** a parte ré para contestar no prazo legal, sob pena de revelia. Deverá com a contestação juntar os documentos que instruíram o procedimento administrativo, apresentar quesitos e recolher os honorários periciais.

**2) Com a contestação, INTIME-SE** a parte autora para impugnar a contestação no prazo de 15 dias úteis.

**3) NOMEIO** a médica perita Rosana Bezerra Duarte de Paiva, CRM/PB n.4183, cadastrada no TJPB/Convênio, e **FIXO** honorários no valor de R\$200,00 (duzentos reais) a serem pagos pela parte ré (Convênio n.015/2014).

**4) OFICIE-SE** a médica perita para realizar perícia, em conjunto com outros processos, na parte interditanda, devendo ser designada data com prazo mínimo de 30 (trinta) dias, diante da necessidade de intimação da parte a ser periciada e as providências de seu deslocamento (art. 156, §5º do CPC/2015).





Conste o prazo de 15 (quinze) dias para encaminhar o relatório da perícia, a contar da sua realização. Anexem-se ao ofício os quesitos do Juízo e das partes.

Os quesitos do Juízo são os estabelecidos no Convênio.

**5)** Com a data da perícia, **INTIME-SE** pessoalmente a parte autora para realizá-la levando todos os exames, notas fiscais de remédios, atestados, documentos pessoais etc.

**6)** Com a entrega do laudo, **INTIMEM-SE** as partes.

**7)** Por fim, **FAÇA-SE** conclusão para Sentença.

Santana dos Garrotes/PB, data da assinatura digital.

**Joscilde Ferreira de Lira**

Juíza de Direito em Substituição

Portaria Gapre nº 1.995/2019

(assinado mediante certificado digital)

