



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** DAMIÃO CLOVES DA SILVA, brasileiro, casado, carpinteiro, portador da Cédula de Identidade nº 36.039.009-2, SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 020.050.634-01, residente e domiciliado na Rua Vereador Antônio Gonçalves, s/n, 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, 24 / Fevereiro / 2019

*X Damião Cloves da Silva*

OUTORGANTE

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



## DECLARAÇÃO

Eu, **DAMIÃO CLOVES DA SILVA**, brasileiro, casado, carpinteiro, portador da Cédula de Identidade nº 36.039.009-2, SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o nº 020.050.634-01, residente e domiciliado na Rua Vereador Antônio Gonçalves, s/n, 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, 14/ Fevereiro / 2019.

*Damião Cloves da Silva*  
Declarante



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 36.039.009-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/JUL/2006

NOME DAMIÃO CLOVES DA SILVA

FILIAÇÃO CLOVES JOSE DA SILVA  
E RITA CHAGAS DA SILVA

NATURALIDADE NOVA OLINDA -PB DATA DE NASCIMENTO 26/DEZ/1975

DOC ORIGEM PIANCO-PB  
NOVA OLINDA  
CN:LV.A3 /FLS.108 /N.001791  
CPF 020050634/01 PIS 12503096273

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

PROIBIDO PLASTIFICAR

*Damião cloves da Silva*

B410-034948

CARTEIRA DE IDENTIDADE





DAMIAO CLOVES DA SILVA  
RUA VEREADOR ANTONIO GONCALVES S/N - CENTRO  
NOVA OLINDA/PB CEP: 58759000 (A.D. 154)

Emissão: 11/07/2018 Referência: Jul / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25 - Crote Redentor - João Pessoa/PB - CEP 50071-880  
Roteiro: 4 - 158 - 430 - 3798 Nº medidor: 00008575827

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.096.183/0001-40 Ins. Est. 15.015.622-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.250.659  
Cód. par. Dtb. Automático: 00018022194

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	11/07/2018	10/08/2018	200.606.340-1 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1802219-4

Canal de contato

MENSAGEM TARIFA SOCIAL - ATENÇÃO!  
Seu benefício foi cancelado porque sua família não atualizou os dados no cadastro único. Para mais informações, ligue para o MDS - 0800 707 2003 - Motivo: Revisão cadastral 2018

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/06/18	1668	11/07/18	1627	1	65	30

Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Base Calc. (R\$)	Valor (R\$)
Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) KMS						
0801	Consumo em kWh	155,000	0,739000	118,77	118,77	27
0801	Adc. B. Vermelha	11,80	11,80	27	3,19	11,80
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB. ILLUM. PUBLICA	0,52	0,00	0	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 08/2018	0,29	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 08/2018	1,87	0,00	0	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,50	0,00	0	0,00	0,00





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

№. 302 / 2018.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA:** Acidente de Trânsito

**DATA DO FATO:** 18 / março / 2018 **HORAS:** 20h00

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

**Notificante/Válida:**

Damião Cloves da Silva, brasileiro, natural de Nova - Olinda/PB, Casado, Carpinteiro, nascido no dia 26/DEZ/1975, filho de Cloves José da Silva e Rita Chagas da Silva, RG 36.039.009-2 / SSP/SP e CPF 020.050.634-01, residente na R. Vereador Antonio Gonçalves s/n centro Nova Olinda -PB.

**HISTÓRICO DO FATO:**

HISTÓRICO DO FATO:  
O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas no Art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia 18/março/2018, por volta das 20h, circulava pela ruas de Nova Olinda, conduzindo a moto Honda/cg 160 titan ex, cor vermelha, ano 2016/17, placa QFT1285/PB e chassi 9C2KC221OHR006345, em nome de DAMIÃO VENCESLAU DA SILVA e ao passar pela Rua Av. Epitácio Pessoa (centro), em uma lombada perdeu o controle da moto, vindo a cair no calçamento, sendo então socorrido por familiares para o Hospital da cidade de Piancó/PB.

ITAPORANGA/PB, 11 DE maio DE 2018.

NOTIFICANTE/VÍTIMA

**ESCRIVÃO PLANTONISTA:**

100-312400-100  
COG. POLICIA / 100-30285-5  
CHEFE DE CARFORD



**SINISTRO 3180384546 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** DAMIAO CLOVES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

**BENEFICIÁRIO** DAMIAO CLOVES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 02005063401**Posição em 16-01-2019 15:41:40**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/10/2018	R\$ 2.025,00	R\$ 0,00	R\$ 2.025,00







## FICHA DE ATENDIMENTO

NOME: <i>Domício Clóvis de Silva</i>	REGISTRO:
DATA: <i>11.03.18</i>	HORA:
SEXO: <i>M</i>	IDADE: <i>42</i>
QUEIXA PRINCIPAL: <i>Trauma, edema e dor em MMSS</i>	
HISTÓRIA BREVE: <i>Acidente motocicleta</i>	
OBSERVAÇÃO OBJETIVA:	

DADOS VITAIS:	PA: <i>120x80</i>	T:	SPO <sub>2</sub> :	PULSO:	DOR:
---------------	-------------------	----	--------------------	--------	------



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHA	AMARELA	VERDE	AZUL
----------	---------	-------	------

DROGAS: ALERGIAS: <i>Ø</i>
DOENÇAS PREEXISTENTES: <i>—</i>
CONDUTA INICIAL: <i>consulta médica</i>
REAValiação:                      HORA:
NOME DO ENFERMEIRO: <i>Eduardo</i>



PESO: \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_ UNIF.: \_\_\_\_\_

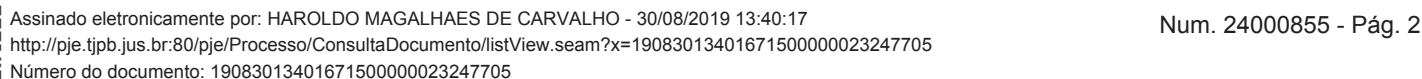
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Pati apresentando edema e dor em membros inferiores desde os membros inferiores desde a morte há 5 hs (sic)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Rx dos membros

RESULTADOS







ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANACÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-E)

Lusivaldo Queiroz de Lima  
Téc. em Radiologia  
CRTR 02432T

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES  
CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 CNPJ: 08.778.268/0031-86  
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIÑO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000  
MUNICÍPIO: PIANCÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Damião Alves de Sousa IDADE: 42a  
PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
DATA DO NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ DATA DO ATENDIMENTO: 18/08/19  
CARÁTER DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_ SEXO: M

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx dos mto

02/04/04/06/09/11 (3)


CID - 10 \_\_\_\_\_

PROFISSIONAL

CBO

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

225125

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO





GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

11. *Amor Amor.*

12. *F. Lancox 500 — ora*

*Tomar ora 12/12/25*

21. *Vilém (F) — ora*

*Tomar ora 4/4/25*  
*o aluno*

20/05/19.

Dr. Claudemir Mendes de S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
C.R.O. 12.159

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2761 - Patos - PB.







**HRP**  
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SUS  Sistema Único de Saúde

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)  
Sr.(a) Raimon Clóvis do Silva portador(a) da  
identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi  
atendido(a) por mim no dia de hoje, às \_\_\_\_\_ horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S63.8, devendo permanecer  
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30  
(Trinta) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 20/03/19

Dr. Gaudencio Mendes de S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7519

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 08.778.288/0001-60  
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE  
PATOS - PARAÍBA





# HOSPITAL REGIONAL DE PATOS JANDUHY CARNEIRO

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

PATOS

PARAIBA

(83)3423-2741

Cód. Intern. 29328

Prontuario: 85092

Data/Hora 20/3/2018 08:29:42

Ocorrência: DOR NA MAO

Classif. Risco: VERDE

Transporte: VEICULO PROPRIO

Origem: PROPRIA RESIDENCIA

Reg: N Enc: N

Servidor do Dr.:

Paciente DAMIAO CLOVES DA SILVA

Idade: 42 Gênero HOMEM CIS

Filiação

Filiação I RITA CHAGAS DA SILVA

Filiação II CLOVES JOSE DA SILVA

Endereço

Cidade NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204

Endereço: VEREADOR ANTONIO GONCALVES

Bairro: CENTRO

Naturalidade: NOVA OLINDA - PB

Fone: (83)9969-9304

Documentos

CNS: 702-1007-0939-2591

Identidade: 360390092 SSP=PB

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 26/12/1975

Cor: BRANCA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: ENCARREGADO DE OBRA

Responsável:

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

*Exatidão relatada de trauma em  
mão @ e E*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

*For + deformidade no 4º DDD e 4º DDE*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Ralo X, laboratórios)

Diagnóstico:

*Lesão interdigital do 4º DDD e DDE*

DADOS DA SAÍDA

Data:

Hora: H Min

Motivo: ( ) Alta Curado ( ) Alta Melhorado ( ) Alta a pedido ( ) Transfência ( ) Evasão ( ) Óbito

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho

Ortopedia e Traumatologia

Médico/CRM

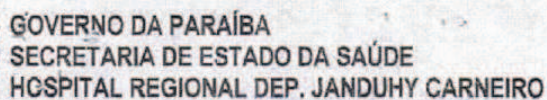
CRM-PB 7519

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)

Norma



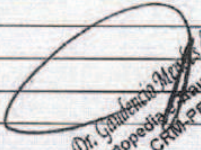


**PACIENTE:**

7 am to 8 am

**LEITO:**

REG.:

DATA	HORA
20/07/18	
LE CI Linacris interfalangear do:	
4º DDD e 4º LPE. com ulcero de	
97% da coroa fura	
em: Infecção hospitalar	
	
Dr. Gabriela Mendes de S. Filho Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 7619	

Dr. Gaudêncio Mendes de S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7619





08



SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO  
PATOS - PARAÍBA

ATENDIMENTO COM ACOULHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	08/08	Hora		Idade	42	Gênero*	HC	Nome/Nome Social	Domingos Gouveia	
Origem*										
Regulado?	( ) S (X) N									
Encaminhado?	( ) S (X) N									
Queixa Principal/História Atual da doença/ Início dos sintomas:										
Arrebu nos dedos.										
Motivo do atendimento*: Dor nos dedos										
Cidade:	Patos - Paraíba									
Transporte:	Avião									
Uso de Medicação?	(X) N ( ) S									
Alergia?	(X) N ( ) S									
Doença Prévia?	(X) N ( ) S									
Tempo:	eC	Pulso:	bpm	Resp.:	irpm	SpO <sub>2</sub>	% PA:	mmHg	HGT:	mg/DL
Dor:										
Classificação de Risco:										
( ) Vermelho (X) Verde										
( ) Amarelo ( ) Azul										
Especialidade Médica: Obstetra										
Acompanhante: ( ) S/ Acomp. (Setor Crítico) ( ) S/ Acomp. (pcte consciente, orientado e capaz de autocuidado)										
( ) Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 (X) Acomp. p/ pcte com cond. clínica limitadora										

\* Consultar tabela para preencher

ENFERMEIRO/CARIMBO

*Domingos*







### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Janduí Alves da Silva</i>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <i>20/03/18</i>	Enf.	Leito
Cirurgião <i>Dr. Janduí Alves da Silva</i>	1º Auxiliar <i>Dr. João Manoel</i>	
Anestesiista <i>Dr. Janduí</i>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Lesão intersticial do 4º QOD</i>		
Tipo de Cirurgia <i>4º QDE</i> <i>Procurado</i>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
<i>1. acesso em gna rel anterior / Anestesia + campo</i> <i>Wundt / Pedicula muscular + fenda peritoneal</i> <i>11 por 20' / Cavales +</i>

*[Assinatura]*  
Dr. Gildberto Mendes de S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7519





N.º DE SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE <i>Carneiro Cláudio da Silva</i>		GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE		
QT.	LEITO	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>42</i>	REGISTRO <i>85092</i>
CIRURGIA <i>Tratamento do 4.º dedo</i>		CIRURGIÃO <i>Dr. Gaudêncio</i>		
ANESTESIA <i>Sedação</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Távora</i>		
INSTRUMENTADORA <i>Silvana</i>	DATA <i>22/03/18</i>	INÍCIO <i>10:05</i>	FIM	



HOSPITAL REGIONAL  
DEP. JANDUHY CARNEIRO

### MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
2	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	L	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
2	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
2	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
2	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	L	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	L	Seringa 20 ml
2	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocaína	L	Atadura de Crepom 10cm
L	Halotano <i>Propofol</i>		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelcín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
X	Xilocalina a 2%	2	Esparradrapo
	Etodimide		Xilocalina Gel
	Ketalar	2	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	2	PVPI Tintura
	Dimorf	2	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	1	Agulha descartável
L	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19g <i>Levofloxacina</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
L	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20, e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		







**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: 0800425-48.2019.8.15.1161**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: DAMIAO CLOVES DA SILVA

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.

**Joscileide Ferreira de Lira**

Juíza de Direito em Substituição

Portaria Gapre nº 1.995/2019

(assinado mediante certificado digital)

