



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ORLANDO DAVID DE SOUSA, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da Cédula de Identidade nº 1.131.137, SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 488.512.644-49, residente e domiciliado na Rua Dr. João Lucio, s/n, Mariz, 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 judicia et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-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, 25 / Fevereiro / 2019

X Orlando David de Souza.

OUTORGANTE

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



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 30/08/2019 10:28:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083010281618200000023236183>
Número do documento: 19083010281618200000023236183

Num. 23988117 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ORLANDO DAVID DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, funcionário público, portador da Cédula de Identidade nº 1.131.137, SSP/PB, inscrita no CPF/MF sob o nº 488.512.644-49, residente e domiciliado na Rua Dr. João Lucio, s/n, Mariz, 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, 25 de Fevereiro de 2018.

Orlando David de Sousa.

Declarante





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
488.512.644-49

Nome

ORLANDO DAVID DE SOUSA

Nascimento
12/04/1969

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

3FB3.4E78.EB81.61AA

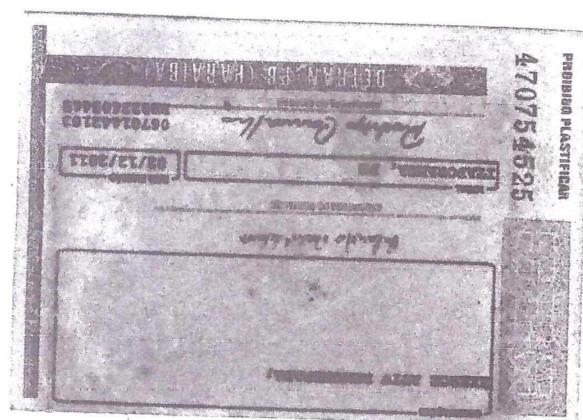
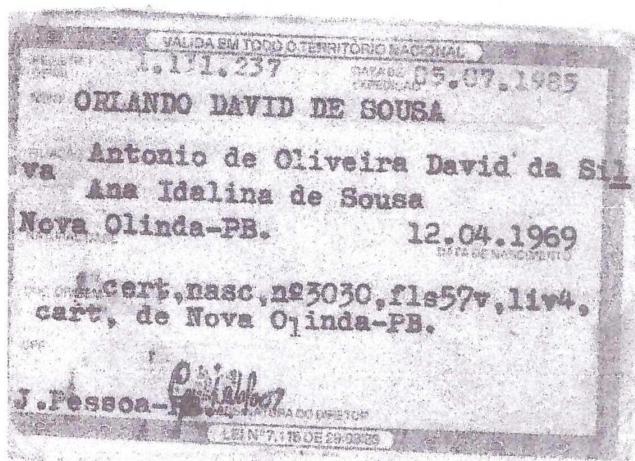
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:02:59 do dia 03/05/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



JOANA MARIANO DA SILVA
RUA DR JOAO LUCIO, S/N - MARIZ
NOVA OLINCA / PB CEP: 58729000 (AG. 154)

Emissao: 05/02/2019 Referencia: Feb / 2019
Classe/Subs: RESIDENCIAL / BAIXA REDE MONOFÁSICO Br20,0m²- Conta Residencial - João Pessoa/PB - CEP:58014-000
Roteiro: 3- 156- 400- 720 N° medidor: 00005412365



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ:08.055.188/0001-40 insc Est:16.016.529-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°019.078.332
Cód. para Déb. Automático: 00013222070

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Feb / 2019	05/02/2019	07/03/2019	090.665.404-19 Insc Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1322207-0

Canal de contato

ATENÇÃO - REVISÃO CADASTRAL 2019.
Procure a prefeitura de sua cidade até 18/10/2019 para atualizar seu cadastro no Cadastro Único e evite a perda da Tarifa Social da Energia. Para mais informações ligue para o NICS-0800 707.2003.

Abusos recadastramento no CRAS entrem em contato conosco pelo 0800 085 0198.

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Ao perceber luzes descoloridas acesas durante o dia ou suas escuras à noite, informe à prefeitura da sua cidade, cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de todo cidadão.

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data	Leratura	Data	Leratura	
09/01/19 9995 09/02/19 10082					
Demonstrativo					
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifas	Valor Base Calc.	Alta. Icms(R\$) Base Calc. Pid(R\$) Cofins(R\$)
			Tributos Total(R\$) ICMs(R\$) IOMS	Pai(Cofins(R\$)) (5,980%) (4,5624%)	
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,285840	8,59	8,58 27 2,31 3,98 0,06 0,28
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,489880	34,27	34,27 27 8,25 34,27 0,35 1,53
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	17.000	0,734520	12,48	12,48 27 3,27 12,48 0,12 0,57
0810	Suporte	43,87	43,87 27	11,84	43,87 0,43 1,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0907	CONTRIBUÍLUM PÚBLICA			11,01	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0908	Devolução Subsídio			-29,59	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 80,60 98,18 28,77 39,16 0,96 4,52

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

110 12/02/2019 R\$ 80,60
Histórico de Consumo (kWh)

104 | 113 | 119 | 102 | 107 | 111 | 95 | 98 | 103 | 111 | 102 | 120
Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19

RESERVADO AO FOLHADO

fe5e_aa98_c95e_7a83_716f_f536_11b9_bc91.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,47	0,00
DIC TRIMESTRAL	12,94	NOMINAL
DIVAR	25,29	220
FIC MENSAL	8,48	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,97	CONTRATADA
FIC ANUAL	13,95	LIMITE INFERIOR
DMIC	3,88	0,00
DICRI	12,22	LIMITE SUPERIOR

Composição da Conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PE	13,24	16,42
Correção de Entraçado	10,69	23,44
Serviço de Transmissão	5,05	2,58
Encargos Setoriais	3,13	3,88
Impostos Diretos e Encargos	43,25	53,70
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,60	100,00

Votor na EUED (Ref. 12/2018) R\$ 10,28

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um débito de R\$29,58

ATENÇÃO



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - RISP
17ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - AISP - ITAPORANGA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº 433 /2016

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 06 / ABRIL / 2016.

HORAS: 18h15mi

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: JOSE PEREIRA DE SOUSA

Notificante / Vítima:

ORLANDO DAVID DE SOUSA, natural de Nova Olinda/PB, Solteiro, Funcionario Publico, nascido no dia 12.04.69, filho de Antonic de Oliveira David da Silva e Ana Idalina de Sousa, RG 1.131.237/PB e CPF 480.512.644-49, residente na R. Dr. João Lucio s/n CJ. Mariz Nova Olinda/PB.

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Queno dia e horas acima citadas, dirigia-se de Santana dos Garrotes pra Piancó, pela BR 426, conduzindo o veículo GM/CELTA 2P LIFE, cor Preta, ano 2006/07, placa KPGJ3829SP e chassi 9BGRZ08907G169177, em nome de DANIEL ROSADO DE SOUSA e após passar pelo Lixão de Santana dos Garrotes/PB, um animal(jumento) atravessou a BR e ao tentar desviar do mesmo capotou o veiculo, sendo então socorrido pelo SAMU.

Itaporanga, 24 / Jun./2016.

Orlando David de Souza
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 60.265-5



SINISTRO 3160658999 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ORLANDO DAVID DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MARCOS AURELIO (BLOQUEADO)

VIDAL CORRETAGEM DE SEGUROS EIRELI - ME

BENEFICIÁRIO ORLANDO DAVID DE SOUSA

CPF/CNPJ: 48851264449

Posição em 29-11-2016 12:08:36

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

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
28/11/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

« »





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DOS GARROTES
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USO-14



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 05/04/2016	OCORRÊNCIA N° 28	PACIENTE / USUÁRIO Orlando Dani de sao paulo	IDADE 46	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> F
LOCAL DA OCORRÊNCIA Av. 426		BAIRRO Fazenda Poco	MÉDICO REGULADOR Dr. Caco	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRADO

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

ANTECEDENTES

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

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: Dr. Franco

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO: médico

MOTIVO DE TRANSPORTE

APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE TRANSFERÊNCIA SIMPLES
 OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Algas em MSE + lesão Local / Olho esquerdo Local.

DADOS VITAIS

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

PA: 140 x 80 FC: 120 FR: 20 TEMP: 36 °C - GLICEMIA: mg/dl - E. Com a: SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM / TÉC. EM ENFERMAGEM:

- Ansiedade Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Comunicação Verbal Prejudicada Confusão Aguda Deambulação Prejudicada Débito Cardíaca Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Disreflexia Autônoma Dor Aguda Hipotermia Integridade da Pele Prejudicada Integridade Tissular Prejudicada Medo Intolerância a Atividade Mucosa Oral Prejudicada Padrão Respiratório Ineficaz Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz Perfusion Tissular Cardiopulmonar ineficaz Perfusion tisular Gastrointestinal Ineficaz Perfusion Tissular Renal Ineficaz Termorregulação Ineficaz Troca de Gases Prejudicada Ventilação Espontânea Prejudicada Volume de Líquidos Deficientes Volume Excessivo de Líquidos Náusea Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Intereração Social Prejudicada Incontinência Intestinal Eliminação Urinária Prejudicada Constipação Outros

INTERVENÇÕES

Aferição ssuv, resolução colar cervical e braço direito, comunicação médica reguladora, transferido para H.R. Franco/Fatima, conforme expedição médica

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO / TÉC. DE ENFERMAGEM:

Até o momento paciente com alterações de consciência, desorientado, vítima de acidente automobilístico, queixas no olho direito e clavicular, afiado, ceto, com comunicação médica regular, paciente evoluindo bem, evolução satisfatória.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

EPIC, jacos estériles, Abertura 15 cm.

E.C.G.

NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

AGITAÇÃO SONOLÉNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRÍASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

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

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

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

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABEÇA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

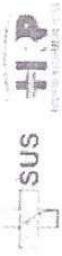
MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT.: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: *Lianeal* COREN: *3041009* MAT.: _____

IDUTOR: *Ind. Neto* MAT.: _____





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 30/08/2019 10:28:17
<http://pjeb.jpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19083010281727100000023236207>
Número do documento: 19083010281727100000023236207

Num. 23988141 - Pág. 3

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPEZ



AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

De: Hospital Regional de Pernambuco PB
Para: Hospital Regional de Pernambuco PB
Paciente: Orlando Dourado de Souza
Endereço:
Diagnóstico: Pac. com deformidade
em clavícula esquerda
após fratura contusa

Motivo da Transferência: avançada e ortopedia

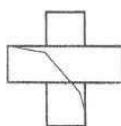
Veículo Recomendado: Superde ônibus

Data: 06/09/16

Drº Joana Diretora
CRM PB 5786

ASSINATURA DO MÉDICO





SUS



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANCÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 CNPJ: 08.778.268/0031-86

ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPINO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000

MUNICÍPIO: PIANCÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE

NOME: Edenice Soledade IDADE: 46PROFISSÃO: motorista DOCUMENTO:ENDERECO: José Bonifácio BAIRRO: CEP: MUNICÍPIO: Maria da Fé ESTADO: PB UF: CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: CNS: DATA DO NASCIMENTO: 27.04.1969 DATA DO ATENDIMENTO: CARÁTER DO ATENDIMENTO: RAÇA/COR: SEXO:

DADOS CLÍNICOS

Therma Cardoso

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de clavulano
segundo em AP
e perfil012011040060

CID - 10

PROFISSIONAL

CBO

Dr. Edna Durval F. B. Cardoso
29512
CRM-RN 8327

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





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: 0800420-26.2019.8.15.1161

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ORLANDO DAVID 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).



Assinado eletronicamente por: JOSCILEIDE FERREIRA DE LIRA - 24/09/2019 07:55:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092407550746300000023735684>
Número do documento: 19092407550746300000023735684

Num. 24517720 - Pág. 1

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, **FACÇA-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)



Assinado eletronicamente por: JOSCILEIDE FERREIRA DE LIRA - 24/09/2019 07:55:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092407550746300000023735684>
Número do documento: 19092407550746300000023735684

Num. 24517720 - Pág. 2