

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**Outorgante(s):**

JOSE LUCIVANIO DOS SANTOS  
\_\_\_\_\_  
brasileiro(a),  
estado civil: CAVALO, profissão: VEREADOR,  
documento de identificação: R26.598,  
CPF: 049.066.474-91, Endereço: 12 CROTONE  
BERDE, N° 1441,  
Cidade: Santa Rosa, 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.**

\_\_\_\_\_, 20 de ABRIL de 2016

\_\_\_\_\_  
**OUTORGANTE**

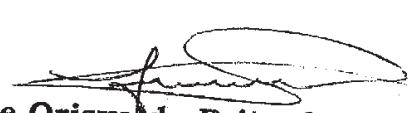


## SUBSTABELECIMENTO

**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 LUCIVALDO DOS SANTOS  
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, 20 de ABRIL de 2016.

  
**Jose Orisvaldo Brito da Silva**  
**OAB/RJ 57.069**





ESTADO DA PARANÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E CRIMINALÍSTICA  
RUA DO COMENDADOR JOSÉ DE SANTOS, 598  
33010-000 - SÃO CARLOS - SP  
NOME: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN  
DATA DE NASCIMENTO: 27.12.1981  
CPF: 02.611.724-1  
Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 11/07/2016 11:48:36  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16071111474830700000004286232  
Número do documento: 16071111474830700000004286232



01/07/2016

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

**BRASIL**

**Acesso à informação Barra GovBr**

**(HTTP://BRASIL.GOV.BR)**



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **279.066.474-91**

Nome da Pessoa Física: **JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **27/12/1961**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:37:41** do dia **01/07/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **4ECB.8541.E60B.6F36**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



Num. 4353442 - Pág. 3



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

JOSÉ LUCINALDO DOS SANTOS

\_\_\_\_\_, brasileiro(a), estado  
civil: CASADO, profissão: VEZUNHEIRO,  
documento de identificação: 826 598,  
CPF: 079.066.479-91, Endereço: R. CEOT. 100  
SERAPIM - 144,  
Cidade: Senza, Estado: AB,  
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.

\_\_\_\_\_, 20 de ABRIL de 2016



\_\_\_\_\_  
**DECLARANTE**





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 POLÍCIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

## **BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº540/2015**

**Verendo Sobre:** Acidente de Transito;

**Local do Ocorrido:** Rua Maria Marques, Próximo a Faculdade, Sousa-PB.

**Data e Hora do Fato:** 01.05.2015, por volta das 16:h,00:min.

**Data em que a Delegacia tomou conhecimento:** 05/08/2015.

**O(A) Comunicante:** JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS, brasileiro, casado, verdureiro, com 54 anos de idade, filho de Ariamino Rodrigues dos Santos e de Izabel Maria da Conceição, portador do RG nº 826598-SSP/SP, CPF nº 279066474-91, residente na Rua Erotilde Serfim nº 144, Bairro Jardim Sorrilandia I, Sousa-PB.

**Vítima:** O Comunicante.

**HISTÓRICO:** O comunicante compareceu a esta DP munido de documentos medico hospitalar para registrar que no dia 01 de maio de 2015, sofreu um acidente de transito na Rua Maria Marques, Próximo a Faculdade, quando vinha do seu trabalho, sentido Estação, conduzindo uma bicicleta e ao chegar ao local acima descrito, foi atropelado por uma moto e motorista não identificado; Que ao ser atropelado caiu ao solo, sofrendo trauma pelo corpo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu atendimento médico.

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

**Autoridade Policial:** Dr. Vicente Honorio Filho.  
**Procedência Adotada:** Lavratura do BO.

**Comunicante:** \_\_\_\_\_

OSMARINO SOUTO MUNIZ  
ESCRIVÃO AD-HOC  
MAT 603783-1







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

Sousa, 04 de Agosto de 2015.

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 03 de Agosto de 2015 passa a informar o que seque:

**Nº da ocorrência: 0026**  
**Vitima: Jose Sinval dos Santos**  
**Sexo: Masculino**  
**Data: 01/05/15**  
**Local da Ocorrência: Rua Maria Marques**  
**Médico Intervencionista: Dr Augusto**  
**Viatura: USB02**  
**Condutor : Junior**  
**Téc. Enfermagem: Keilha**  
**Enfermeiro: Anne Milane**

**Natureza da Ocorrência:** USB02 acionada para atendimento a vítima queda de bicicleta. No local vítima em consciente, orientado, alcoolizado, apresentando corte contuso no queixo. Imobilizado em prancha rígida e membros, colar cervical mais AVP com SRL e encaminhado a HRS, sob- regulação medica para avaliação.

**Renata Soares Virgínio**  
**Coordenadora Administrativa**

**Renata Soares Virgínio**  
Diretora Administrativa





**SAMU  
192**

**Prefeitura Municipal de Sousa**

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



AGORA É A VEZ DE TODOS

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA. C2

**TRAUMA**

**IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA**

Data: <u>02/05/15</u>	Ocorrência nº: <u>0026</u>	Paciente / Usuário: <u>João Subal dos Santos</u>	Idade: <u>48</u>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Local da Ocorrência: <u>Rua Maria Marques</u>		Bairro: _____	Médico Regulador: _____	
Aconteceu 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"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				

**DESTINO**

Local: HRS RESPONSÁVEL: [assinatura] OBS: \_\_\_\_\_ ☐ SIM ☐ NÃO

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

**CINEMÁTICA / CAUSA**

☐ QUEDA < 5m ☐ QUEDA > 5m ☐ QUEDA PRÓPRIA ALTURA ☐ QUEDA DE MOJO ☐ SEM CAPACETE NO INCIDENTE ☐ CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO

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

☐ MOTO X MOTO ☐ CARRO X ÔNIBUS ☐ CAPOTAMENTO ☐ SEM CINTO DE SEGURANÇA ☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

☐ NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: \_\_\_\_\_ OU DENTRO DO VEÍCULO: \_\_\_\_\_ AIR BAG NÃO ACIONADO ☐ DIR ☐ EGO

☐ AFOGAMENTO GRAU: \_\_\_\_\_ ☐ QUEIMADURA GRAU: \_\_\_\_\_ ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ DESABAMENTO ☐ FIB ☐ FAF

☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ Agressão Física Queda de Bicicleta

☐ INTOXICAÇÃO EXOGENA PICADA DE ☐ ESCORPIÃO ☐ ABELHA ☐ COBRA ☐ ARANHA

☐ ENVENENAMENTO POR: \_\_\_\_\_

**EXAME FÍSICO MÉDICO**

ENCONTRADO: ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DORSAL ☐ VENTRAL ☐ SENTADO ☐ DENTRO DE VEÍCULO ☐ FORA DE VEÍCULO ☐ DEAMBULANDO

EM CIMA DE: \_\_\_\_\_ OUTRO: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: ☐ CONSCIENTE ☐ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ HÁLITO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO

☐ INCONSCIENTE ☐ AGITADO ☐ COMA ☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

Queixa: ☐ DOR / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ PARESTESIA / LOCAL: \_\_\_\_\_ ☐ OUTRA: \_\_\_\_\_

LESÕES APRESENTADAS

<input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> CÁMBRIA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL: _____
<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____	<input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL: _____
		<input type="checkbox"/> OUTRO: _____

**DADOS VITAIS**

V.V.A.A.: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO. FR INICIAL: \_\_\_\_\_ /rpm Final: \_\_\_\_\_ /rpm / PULSO RADIAL: ☐ PRESIDENTE ☐ AUSENTE

FC INICIAL: 103 bpm FC Final: \_\_\_\_\_ bpm + PAS (mm Hg): 120/80 mm Hg ☐ 95 %

PADRÃO RESPIRATÓRIO: ☐ REGULAR ☐ IRREGULAR-PERFUSÃO MM55 ☐ < 2 SEGUNDOS - MMII ☐ < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Diagnósticos de Enfermagem:	<input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE	<input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA	<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVAA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DUREZA EXATILITONOMA	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

☐ COLAR CERVICAL TAM: \_\_\_\_\_ / ☐ ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA: ☐ TIRANTES: ☐ PRANCHAS RÍGIDAS: ☐ KED: ☐ TALAS DE EXTREMIDADES

☐ A.V.P. COM ABOCATH Nº: \_\_\_\_\_ MSE MSD: \_\_\_\_\_ SRI: \_\_\_\_\_ m SF 0.9%: \_\_\_\_\_ SG: \_\_\_\_\_ m MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

☐ 021MIN: \_\_\_\_\_ MASCARA COM RESER: ☐ CATETER NASAL: ☐ IMOBILIZAÇÃO: ☐ MSE: ☐ MSD: ☐ MIE: ☐ MID: ☐ MACA VÁCUO: \_\_\_\_\_

☐ IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO: ☐ EXTRICAÇÃO: ☐ CURATIVO: ☐ COMPRESSIVO: ☐ COMPRESSIVO: ☐ SIMPLES: ☐ RIGIDAÇÃO OCULAR / LOCAL: ☐ OLHO E

☐ OLHO D: ☐ VELPEAU: LOCAL: \_\_\_\_\_ VENTILAÇÃO COM AMBU: ASPIRAÇÃO DAS VVAA: OUTROS: \_\_\_\_\_

☐ CATETER DE QUEDEL Nº: \_\_\_\_\_ CATETER NASAL: \_\_\_\_\_ /mm: \_\_\_\_\_ MASCARA COM RESERVATÓRIO: \_\_\_\_\_ /mm: \_\_\_\_\_ TRAQUEAL Nº: \_\_\_\_\_ M. LARINGEA Nº: \_\_\_\_\_

☐ CÂVULA DE QUEDEL Nº: \_\_\_\_\_ CATETER NASAL: \_\_\_\_\_ /mm: \_\_\_\_\_ MASCARA COM RESERVATÓRIO: \_\_\_\_\_ /mm: \_\_\_\_\_ TRAQUEAL Nº: \_\_\_\_\_ M. LARINGEA Nº: \_\_\_\_\_

☐ V. MECÂNICA: ☐ CRICO: ☐ PUNÇÃO: ☐ CIRÚRGICA: ☐ TORACOCENTESE: ☐ E: ☐ D: ☐ DRENAGEM TORÁCICA: ☐ E: ☐ D: ☐ PERICARDIOTOMIA

MONITORIZAÇÃO: ☐ ECG: ☐ ETCO<sub>2</sub>: ☐ RCP: ☐ MANUAL: ☐ AUTOPULSE: ☐ DESFIBRILAÇÃO: ☐ AUTOMÁTICO: ☐ MEDICAMENTOS EM AMPOLAS

FRASCOS EV: ☐ FENTANIL: \_\_\_\_\_ mg ☐ SUCCINILCOLINA: \_\_\_\_\_ mg ☐ MIDAZOLAM: \_\_\_\_\_ mg ☐ DIAZEPAM: \_\_\_\_\_ mg ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)**

ENFERMEIRO: [assinatura] COREN: \_\_\_\_\_ TÉCNICO DE ENFERMAGEM: [assinatura] COREN: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: [assinatura] SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (VISTO): \_\_\_\_\_ MÉDICO (VISTO): \_\_\_\_\_

**RECUSA**

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_



DOCUMENTOS PESSOAIS RG CPF TÍTULO DE ELEITOR HABILITAÇÃO PASSAPORTE OUTROS

CELULAR: QUANTIDADE: MARCA: MODELO: MARCA: MODELO:

CARTÕES DE CRÉDITO MASTER CARD VISA AMERICAN EXPRESS HIPER CARD OUTRO:

CARTÕES DE BANCO 1 2 3 NOMES DO BANCO:

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$

CALÇADO (MARCA): RELOGIO (MARCA): ANÊS (QUANTIDADE):

BRINCOS (QUANTIDADE): PULSEIRAS (QUANTIDADE): OUTRO:

**DADOS DO RECEBEDOR**

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU OS PERTENCES:

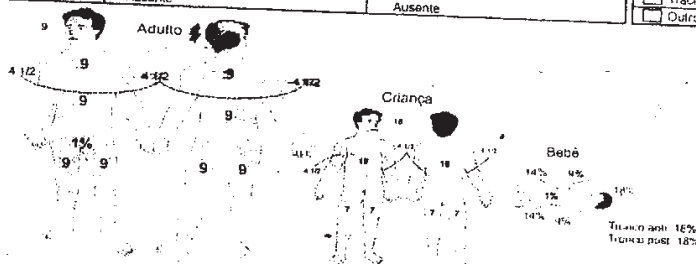
SETOR: FUNÇÃO:

ASSINATURA DO RECEBEDOR CARIMBO DO RECEBEDOR

MEDICAMENTOS		QUANT.	MATERIAIS		QUANT.
AAS 100 mg			ALCOOL (PINCETA 250 ml)		
ADRENALINA			ALGODÃO (PACOTE)		
ÁGUA DESTILADA 10 ML			ATADURA DE CREPON 15 cm		
AMIODARONA			CATETER TIPO OCULOS		
ATROPINA			EQUIPO MACROGOTAS		
CAPTOPRIL 25 mg			EQUIPO MACROGOTAS		
DICLOFENACO 75 mg			ESPARADRAPO		
DIPIRONA 1g			FITA DE GLICEMIA CAPILAR (SÓDIO Nº)		
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)			GARROTE		
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)			GAZE ESTÉRIL (PACOTE)		
FENOTEROL GOTAS			GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100 unid.)		
FUROSEMIDA			JELCO Nº		
GLICOSE 50%			LANÇOL DESCARTÁVEL		
HIDROCORTISONA 100 mg			LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO		
HIDROCORTISONA 500 mg			LUVA ESTÉRIL Nº		
IPRATROPIA GOTAS			MÁSCARA DESCARTÁVEL		
ISORDIL 5 mg			SCALP Nº		
METOCLOPRAMIDA			SERINGA Nº		
PARACETAMOL GOTAS			SONDA DE TAÇÃO Nº		
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%			OUTROS		
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO					
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO					
TERBUTALINA					
OUTROS					

EVOLUÇÃO MÉDICA: Atendimento a paciente vítima de queda de bicicleta consciente, orientada, alcoolizada apresentando corte contuso no queixo. Foi imobilizado e encaminhado ao HR.

ESCALA DE GLASGOW			RELAÇÃO DE MATERIAIS DEIXADOS NO HOSPITAL	
Score	RESPOSTA	RESPOSTA MODIFICADA PARA LACTENTES	Materiais	Quantidade
4	Esponânea	Abertura Ocular	<input type="checkbox"/> Ambu	
3	Ao estímulo verbal	Esponânea	<input type="checkbox"/> Base do Estabilizador Lateral de Cabeça	
2	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo verbal	<input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	
1	Ausente	Ao estímulo doloroso	<input type="checkbox"/> Colar cervical tamanho	
		Ausente	<input type="checkbox"/> Estabilizador Lateral de Cabeça	
			<input type="checkbox"/> Ked ( ) Adulto ( ) Infantil	
6	Obedece comando	Melhor resposta motora	<input type="checkbox"/> Maca	
5	Localiza dor	Movimentação espontânea	<input type="checkbox"/> Maca a Vácuo	
4	Rotura ao estímulo doloroso	Localiza dor (retirada ao toque)	<input type="checkbox"/> Máscara com Reservatório	
3	Flexão ao estímulo doloroso (postura decortizada)	Retirada ao estímulo doloroso	<input type="checkbox"/> Máscara sem Reservatório	
2	Extensão ao estímulo doloroso (postura decortizada)	Flexão ao estímulo doloroso (postura decortizada)	<input type="checkbox"/> Máscara de Nebulização	
1	Ausente	Extensão ao estímulo doloroso (postura decortizada)	<input type="checkbox"/> Prancha Rígida	
		Ausente	<input type="checkbox"/> Tala tamanho	
			<input type="checkbox"/> Tórax Aranha	
5	Orientado	Melhor resposta verbal	<input type="checkbox"/> Torpedo de O	
4	Confuso	Balbuza	<input type="checkbox"/> Tractionador de Fêmur	
3	Palavra inapropriadas sons inespecíficos	Choro à irritado	<input type="checkbox"/> Outros	
2	Ausente	Choro à dor		
1		Gemido à dor		
		Ausente		



**AVALIÇÃO DAS PUPILAS**

1 ( ) IOCÓRICAS

2 ( ) MIDRIASE

3 ( ) MIOSE

4 ( ) ANISOCÓRICAS







ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

2613476

CNPJ/CPF 08.778.268/0027-08

CÓDIGO DA UNIDADE:

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL G. DE ABRANTES

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

MUNICÍPIO: SOUSA

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

PACIENTE:

NOME: *Isabel*

SEXO: *F*

IDADE: *48*

DATA DE NASCIMENTO: *27.11.1964*

DOCUMENTO: *838004506405449*

PROFISSÃO: *Vendedora*

END: *rua Maria Moura*

MUNICÍPIO: *Soares*

UF: *PB*

CEP: *58800-000*

DATA DO ATENDIMENTO: *01/06/18*

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: *251620*

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMARIZADOS:

EXAMES REALIZADOS NA CONSULTA: TIPOS

RESULTADOS

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

DIAGNÓSTICO / 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

☐ OUTRO

ENCAMINHAMENTO

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

DATA

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S): *Domíngos Savio Bregalda Gusen*

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito que o paciente **JOSÉ LUCIVALDO DOS SANTOS**, portador do CPF: **279.066.474-91**, o mesmo realizou atendimento neste nosocômio no dia **01 DE JUNHO DE 2015**, onde ocorreu erro de escrita na ficha ambulatorial.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

*Sousa PB 10 de agosto de 2015*

*Apoliana Ferreira Araújo*  
Diretora Geral  
Mat. 182922-0

**Apoliana Ferreira de Araujo**  
**Diretora Geral**

---

CNPJ: 08.778.268/0027-08 FONES: (83)3522.2774 - 3522-2778  
R. José Faundo de Lira, S/N CEP 58802-180 - SOUSA - PB





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 (SUÍTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);

07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;

08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;

09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

ENCABIMAMENTO

01 - PRESCRITA

02 - APLICADA

SERVIÇOS REALIZADOS:

CODIGO PROCEDIMENTO

01 - OBSERVAÇÃO

02 - RESIDÊNCIA

03 - OUTRO HOSPITAL

04 - OUTRO

05 - OUTRO

06 - OUTRO

07 - OUTRO

08 - OUTRO

09 - OUTRO

10 - OUTRO

11 - OUTRO

12 - OUTRO

13 - OUTRO

14 - OUTRO

15 - OUTRO

16 - OUTRO

17 - OUTRO

18 - OUTRO

19 - OUTRO

20 - OUTRO

21 - OUTRO

22 - OUTRO

23 - OUTRO

24 - OUTRO

25 - OUTRO

26 - OUTRO

27 - OUTRO

28 - OUTRO

29 - OUTRO

30 - OUTRO

31 - OUTRO

32 - OUTRO

33 - OUTRO

34 - OUTRO

35 - OUTRO

36 - OUTRO

37 - OUTRO

38 - OUTRO

39 - OUTRO

40 - OUTRO

41 - OUTRO

42 - OUTRO

43 - OUTRO

44 - OUTRO

45 - OUTRO

46 - OUTRO

47 - OUTRO

48 - OUTRO

49 - OUTRO

50 - OUTRO

51 - OUTRO

52 - OUTRO

53 - OUTRO

54 - OUTRO

55 - OUTRO

56 - OUTRO

57 - OUTRO

58 - OUTRO

59 - OUTRO

60 - OUTRO

61 - OUTRO

62 - OUTRO

63 - OUTRO

64 - OUTRO

65 - OUTRO

66 - OUTRO

67 - OUTRO

68 - OUTRO

69 - OUTRO

70 - OUTRO

71 - OUTRO

72 - OUTRO

73 - OUTRO

74 - OUTRO

75 - OUTRO

76 - OUTRO

77 - OUTRO

78 - OUTRO

79 - OUTRO

80 - OUTRO

81 - OUTRO

82 - OUTRO

83 - OUTRO

84 - OUTRO

85 - OUTRO

86 - OUTRO

87 - OUTRO

88 - OUTRO

89 - OUTRO

90 - OUTRO

91 - OUTRO

92 - OUTRO

93 - OUTRO

94 - OUTRO

95 - OUTRO

96 - OUTRO

97 - OUTRO

98 - OUTRO

99 - OUTRO

100 - OUTRO

101 - OUTRO

102 - OUTRO

103 - OUTRO

104 - OUTRO

105 - OUTRO

106 - OUTRO

107 - OUTRO

108 - OUTRO

109 - OUTRO

110 - OUTRO

111 - OUTRO

112 - OUTRO

113 - OUTRO

114 - OUTRO

115 - OUTRO

116 - OUTRO

117 - OUTRO

118 - OUTRO

119 - OUTRO

120 - OUTRO

121 - OUTRO

122 - OUTRO

123 - OUTRO

124 - OUTRO

125 - OUTRO

126 - OUTRO

127 - OUTRO

128 - OUTRO

129 - OUTRO

130 - OUTRO

131 - OUTRO

132 - OUTRO

133 - OUTRO

134 - OUTRO

135 - OUTRO

136 - OUTRO

137 - OUTRO

138 - OUTRO

139 - OUTRO

140 - OUTRO

141 - OUTRO

142 - OUTRO

143 - OUTRO

144 - OUTRO

145 - OUTRO

146 - OUTRO

147 - OUTRO

148 - OUTRO

149 - OUTRO

150 - OUTRO

151 - OUTRO

152 - OUTRO

153 - OUTRO

154 - OUTRO

155 - OUTRO

156 - OUTRO

157 - OUTRO

158 - OUTRO

159 - OUTRO

160 - OUTRO

161 - OUTRO

162 - OUTRO

163 - OUTRO

164 - OUTRO

165 - OUTRO

166 - OUTRO

167 - OUTRO

168 - OUTRO

169 - OUTRO

170 - OUTRO

171 - OUTRO

172 - OUTRO

173 - OUTRO

174 - OUTRO

175 - OUTRO

176 - OUTRO

177 - OUTRO

178 - OUTRO

179 - OUTRO

180 - OUTRO

181 - OUTRO

182 - OUTRO

183 - OUTRO

184 - OUTRO

185 - OUTRO

186 - OUTRO

187 - OUTRO

188 - OUTRO

189 - OUTRO

190 - OUTRO

191 - OUTRO

192 - OUTRO

193 - OUTRO

194 - OUTRO

195 - OUTRO

196 - OUTRO

197 - OUTRO

198 - OUTRO

199 - OUTRO

200 - OUTRO

201 - OUTRO

202 - OUTRO

203 - OUTRO

204 - OUTRO

205 - OUTRO

206 - OUTRO

207 - OUTRO

208 - OUTRO

209 - OUTRO

210 - OUTRO

211 - OUTRO

212 - OUTRO

213 - OUTRO

214 - OUTRO

215 - OUTRO

216 - OUTRO

217 - OUTRO

218 - OUTRO

219 - OUTRO

220 - OUTRO

221 - OUTRO

222 - OUTRO

223 - OUTRO

224 - OUTRO

225 - OUTRO

226 - OUTRO

227 - OUTRO

228 - OUTRO

229 - OUTRO

230 - OUTRO

231 - OUTRO

232 - OUTRO

233 - OUTRO

234 - OUTRO

235 - OUTRO

236 - OUTRO

237 - OUTRO

238 - OUTRO

239 - OUTRO

240 - OUTRO

241 - OUTRO

242 - OUTRO

243 - OUTRO

244 - OUTRO

245 - OUTRO

246 - OUTRO

247 - OUTRO

248 - OUTRO

249 - OUTRO

250 - OUTRO

251 - OUTRO

252 - OUTRO

253 - OUTRO

254 - OUTRO

255 - OUTRO

256 - OUTRO

257 - OUTRO

258 - OUTRO

259 - OUTRO

260 - OUTRO

261 - OUTRO

262 - OUTRO

263 - OUTRO

264 - OUTRO

265 - OUTRO

266 - OUTRO

267 - OUTRO

268 - OUTRO

269 - OUTRO

270 - OUTRO

271 - OUTRO

272 - OUTRO

273 - OUTRO

274 - OUTRO

275 - OUTRO

276 - OUTRO

277 - OUTRO

278 - OUTRO

279 - OUTRO

280 - OUTRO

281 - OUTRO

282 - OUTRO

283 - OUTRO

284 - OUTRO

285 - OUTRO

286 - OUTRO

287 - OUTRO

288 - OUTRO

289 - OUTRO

290 - OUTRO

291 - OUTRO

292 - OUTRO

293 - OUTRO

294 - OUTRO

295 - OUTRO

296 - OUTRO

297 - OUTRO

298 - OUTRO

299 - OUTRO

300 - OUTRO

301 - OUTRO

302 - OUTRO

303 - OUTRO

304 - OUTRO

305 - OUTRO

306 - OUTRO

307 - OUTRO

308 - OUTRO

309 - OUTRO

310 - OUTRO

311 - OUTRO

312 - OUTRO

313 - OUTRO

314 - OUTRO

315 - OUTRO

316 - OUTRO

317 - OUTRO

318 - OUTRO

319 - OUTRO

320 - OUTRO

321 - OUTRO

322 - OUTRO

323 - OUTRO

324 - OUTRO

325 - OUTRO

326 - OUTRO

327 - OUTRO

328 - OUTRO

329 - OUTRO

330 - OUTRO

331 - OUTRO

332 - OUTRO

333 - OUTRO

334 - OUTRO

335 - OUTRO

336 - OUTRO

337 - OUTRO

338 - OUTRO

339 - OUTRO

340 - OUTRO

341 - OUTRO

342 - OUTRO

343 - OUTRO

344 - OUTRO

345 - OUTRO

346 - OUTRO

347 - OUTRO

348 - OUTRO

349 - OUTRO

350 - OUTRO

351 - OUTRO

352 - OUTRO

353 - OUTRO

354 - OUTRO



0178-0522



Processo: 13904 - Natureza: INVALIDEZ - Sinistro: 3151015782 - Nome: JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS

Data	Descrição	Assinatura
04/09/2015 12:04	PRÉ-CADASTRO NÃO ANALISADO	Chirlene Quadros
04/09/2015 16:48	PRÉ-CADASTRO COM RESTRIÇÕES: APRESENTAR DECLARACAO DO SAMU, CORRIGINDO O NOME DA VITIMA APRESENTAR DECLARACAO PUBLICA DE ENDEREÇO PARA A VITIMA APRESENTAR COMPROVANTE BANCARIO APRESENTAR DOCUMENTACAO MEDICA HOSPITALAR	Michelle Poletti
10/09/2015 09:24	PRÉ-CADASTRO COM RESTRIÇÕES: APRESENTAR DECLARACAO PUBLICA DE ENDEREÇO PARA A VITIMA APRESENTAR COMPROVANTE BANCARIO	Poliana Weidle
01/10/2015 16:21	PRÉ-CADASTRO COM RESTRIÇÕES: APRESENTAR COMPROVANTE BANCARIO	Poliana Weidle
09/10/2015 09:12	PRÉ CADASTRO ANALISADO E APROVADO	Poliana Weidle
13/10/2015 14:37	PRÉ-CADASTRO COM RESTRIÇÕES: APRESENTAR COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA PARA VITIMA JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS, TENDO EM VISTA QUE HÁ DIVERGÊNCIA NO COMPROVANTE APRESENTADO.	Thiago Ferreira Silva
13/10/2015 14:37	PRÉ-CADASTRO COM RESTRIÇÕES: APRESENTAR COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA PARA VITIMA JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS, TENDO EM VISTA QUE HÁ DIVERGÊNCIA NO COMPROVANTE APRESENTADO.	Thiago Ferreira Silva
26/10/2015 11:03	PRÉ CADASTRO ANALISADO E APROVADO	Poliana Weidle
26/10/2015 14:46	Processo enviado para análise da Seguradora Lider	Jessica Vieira
16/11/2015 11:09	DE ACORDO COM O PARECER EMITIDO O PELA SEGURADORA LÍDER, O PROCESSO FOI NEGADO, NÃO CABENDO VALORES A SEREM PAGOS	Giovana Rotava
08/12/2015 09:37	PROCESSO ENVIADO PARA REANALISE:	Poliana Weidle
18/12/2015 08:19	PROCESSO COM RESTRICAO: PARECER DA SEGURADORA LIDER - INFORMAMOS QUE, PARA REANÁLISE DO PROCESSO DEVERÁ SER APRESENTADA NOVA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA, ASSINADA POR MÉDICO E NÃO POR PARAMÉDICOS	Thiago Pereira Moraes
03/03/2016 14:16	PROCESSO REABERTO - ENVIADO PARA SEGURADORA LIDER:	Poliana Weidle
21/03/2016 11:57	PAGAMENTO PREVISTO PARA 22/03/2016 NO VALOR DE R\$ 2362.50. BANCO 104 / AGENCIA 0558 / CONTA 043859-2. BENEFICIÁRIO: JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS	Giovana Rotava

Imprimir Andamentos







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0833858-50.2016.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Cuida-se de ação de cobrança de complementação de seguro DPVAT movida por JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS em face de PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS.

Defiro a gratuidade judiciária ao autor. Quanto à citação da parte ré, remeta-se o feito ao Centro de Conciliação e Mediação deste Fórum Central para que proceda à realização de audiência de conciliação, observando-se os prazos ali previstos, bem como os atos necessários, oficiando-se também ao Coordenador do Centro de Conciliação informando da necessidade de disponibilização de pauta. Passados 30 (trinta) dias sem resposta do aprazamento, considerando o princípio da duração razoável do processo, bem como a impossibilidade deste juízo de avocar para si as audiências de conciliação sob pena de inviabilizar o funcionamento desta unidade judiciária, determino a citação da parte ré, nos exatos termos do art. 335 do NCPC. Intime-se e cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 12 de julho de 2016.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito





Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital

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

---

**Número do Processo:** 0833858-50.2016.8.15.2001  
**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM (7)  
**A s s u n t o :** [ S E G U R O ]  
**Polo ativo:** AUTOR: JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS  
**Polo passivo:** RÉU: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### **CERTIDÃO**

Certifico para os devidos fins, que deixo de cumprir a remessa ao Centro de Conciliação/Mediação para designação de audiência, uma vez que o CEJUS não recebe processos referentes a DPVAT, em razão de já haver mutirões DPVAT. Assim, faço os autos conclusos para as devidas providências. Dou fê.

JOÃO PESSOA, 21 de agosto de 2017  
WALESKA VIDAL LOPES





**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0833858-50.2016.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo. Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

**Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial.**

Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial. **Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.**

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das



lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intinem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 17 de fevereiro de 2020.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital

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

---

Número do Processo: 0833858-50.2016.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto: [ S E G U R O ]  
Polo ativo: AUTOR: JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS  
Polo passivo: RÉU: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### CERTIDÃO

Certifico que notifiquei o perito conforme se vê abaixo:

**Zimbra**

**jpa-vciv01@tjpb.jus.br**

---

#### PERICIA

---

De : 1ª VARA CÍVEL DE JOÃO PESSOA Sex, 21 de fev de 2020  
<jpa-vciv01@tjpb.jus.br> 08:17  
Assunto : PERICIA  
Para : antoniovituriano@outlook.com

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos do processo de nº 0833858-50.2016.8.15.2001 com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.

Fique intimado o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com



antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Juízo de Direito da 1º Vara Cível da Capital.

Dou fé.

JOÃO PESSOA, 21 de fevereiro de 2020  
GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS





**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
1ª Vara Cível da Capital**

---

PROCESSO Nº 0833858-50.2016.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[SEGURO]

AUTOR: JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS  
RÉU: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos do expediente do perito em anexo.

1ª Vara Cível da Capital-Pb, 4 de março de 2020.

GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS

Técnico Judiciário



João Pessoa, 02 de março de 2020.

**AO JUÍZO DA 1ª VARA CÍVEL DE JOÃO PESSOA – PB.**

**Referente ao Processo nº 0833858-50. 2016.8.15.2001**

**Assunto: Aceitação de encargo e designação de data de perícia**

Senhor Juiz,

Venho através deste, comunicar a Vossa Excelência a aceitação do encargo, bem como os honorários profissionais arbitrados, no valor de R\$200,00 (duzentos reais), conforme convênio entre o Tribunal de Justiça da Paraíba e a Seguradora Líder, referente aos processos que tramitam nesta Unidade Judiciária, relacionados aos pedidos de indenização do seguro obrigatório DPVAT, com as mesmas características realizadas no Mutirão DPVAT pelo Tribunal de Justiça da Paraíba e as Seguradoras integrantes do Consórcio. Aproveito a oportunidade para solicitar que seja intimada a seguradora ao pagamento antecipado dos honorários periciais.

Por oportuno, solicito que sejam intimadas as partes para irem realizar as perícias solicitadas, a partir das 14h30, do dia 06/05/2020, na Policlínica São Lucas, localizada na Avenida João da Mata, nº 520, Jaguaribe, munido de todos os atestados e exames complementares de dispõe.

Dados do perito: Antônio Vituriano de Abreu, CRM 2279 – PB, CPF nº 095.649.504-49, conta corrente no Banco do Brasil – Agência 3396/Conta Corrente 118901-8.

Atenciosamente,

  
**Antônio Vituriano de Abreu**  
**Médico Ortopedista – Traumatologista**  
**CRM: 2279**







**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA**

---

**1ª Vara Cível da Capital**  
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO  
JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

**ATO ORDINATÓRIO**

**Art.1º, XVI, f, Portaria nº 04/2019 -1ª Vara Cível**

**Processo nº 0833858-50.2016.8.15.2001**

Autor: AUTOR: JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS

Réu: RÉU: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

De acordo com as prescrições do Art. 1º, XVI, f, da Portaria nº 04/2019 -1ª Vara Cível, que delega a prática de atos de administração e de mera marcha processual, sem carga decisória, **COMUNICO a intimação das partes, por seus advogados, da data, hora e local da perícia (art. 474 do NCPC) a ser realizada no dia 06/05/2020, a partir das 14:30 horas, na Policlínica São Lucas, localizada na Avenida João da Mata, nº 520, Jaguaribe, devendo a parte comparecer munida de todos os atestados e exames de que dispõe, com a advertência de que a ausência da parte fará presumir-se dispensada a prova;**

João Pessoa, 4 de março de 2020

GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS

Técnico Judiciário





**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA**

---

**1ª Vara Cível da Capital**  
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO  
JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

**ATO ORDINATÓRIO**

**Art.1º, XVI, f, Portaria nº 04/2019 -1ª Vara Cível**

**Processo nº 0833858-50.2016.8.15.2001**

Autor: AUTOR: JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS

Réu: RÉU: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

De acordo com as prescrições do Art. 1º, XVI, f, da Portaria nº 04/2019 -1ª Vara Cível, que delega a prática de atos de administração e de mera marcha processual, sem carga decisória, **COMUNICO a intimação das partes, por seus advogados, da data, hora e local da perícia (art. 474 do NCPC) a ser realizada no dia 06/05/2020, a partir das 14:30 horas, na Policlínica São Lucas, localizada na Avenida João da Mata, nº 520, Jaguaribe, devendo a parte comparecer munida de todos os atestados e exames de que dispõe, com a advertência de que a ausência da parte fará presumir-se dispensada a prova;**

João Pessoa, 4 de março de 2020

GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS

Técnico Judiciário



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA**

**Juízo do(a) 1ª Vara Cível da Capital**

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

Tel.: (83) 3208-2463

---

**MANDADO DE INTIMAÇÃO**

**Processo nº 0833858-50.2016.8.15.2001**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[SEGURO]

AUTOR: JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS

RÉU: PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, **INTIME** a parte:  
**Nome: JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS, endereço: RUA EROTILO SERAFIM, 144, JARDIM SORRILANDIA 3, SOUSA - PB - CEP: 58800-000** para comparecer a **PERÍCIA MÉDICA designada para o dia 06/05/2020 a partir das 14:30 horas, na Policlínica São Lucas, localizada na Avenida João da Mata, nº 520, Jaguaribe**, devendo a parte interessada estar munida de todos os atestados e exames complementares de que dispõe, advertida de que a sua ausência fará presumir-se dispensada a prova;

João Pessoa, 4 de março de 2020.

De ordem, GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS

Servidor





# CERTIDÃO

Sousa, 13 de março de 2020  
VANILDA FERREIRA DA SILVA

