

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Outorgante(s):

JOSÉ LUCIVALDO DOS SANTOS

brasileiro(a),
estado civil: casado, profissão: vereador,
documento de identificação: R2G 598,
CPF: 049.066.474-91, Endereço: 12 GROTINHO
SERIDIM - N° 144,
Cidade: Santa, 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 judicia e 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



S U B S T A B E L E C I M E N T O

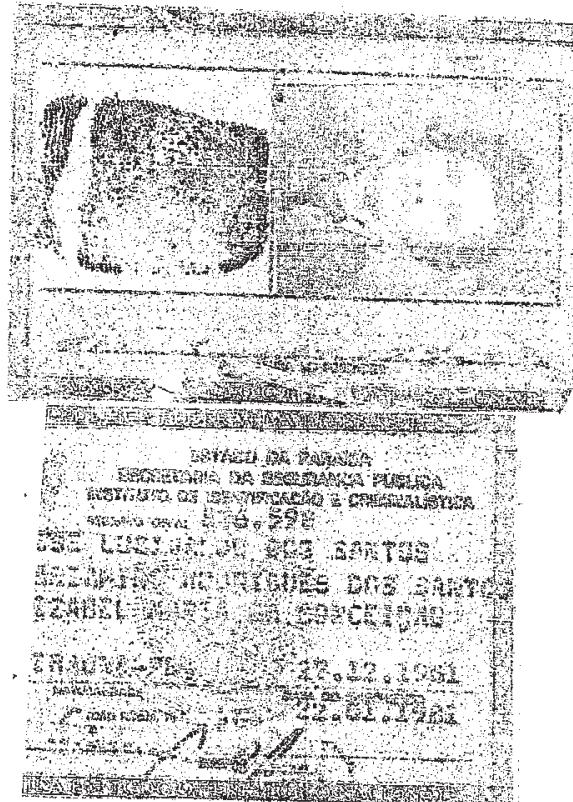
EU, DR. JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/RJ sob o nº. 57.069, com escritório estabelecido na Avenida Rio Branco nº. 257 sala 1.806, Centro, Rio de Janeiro - RJ. CEP: 20.040-009, substabeleço sem reservas os poderes a mim conferidos por,

Jose Luciano 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, 10 de Abril de 2016.


Jose Orisvaldo Brito da Silva
OAB/RJ 57.069





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

Acesso à informação Barra GovBr



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**

Dígito 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/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFauteentic.asp>)



AVANILDA GOMES DA SILVA
RUA BROTELO DE SERAFIM, 144 - Lote 002 LARDA
Sousa/PB CEP 59900-000 (AG 77)

Classe/Subsíl: RESIDENCIAL - RES. CEN. ALVORADA
Rôteiro: 2 - 177 - 180 - 5841
Nº Medidor: 000001111662

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 Suas contas,
são de nossa conta!

Conta referente a CDC (Código do Ca

Abr / 2015

Apresentação

14/04/2015

Data prevista da
próxima leitura

14/05/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

1849982473

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 09/04/2015 PAGAS
OBRIGADO!

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/15 91
Fev/15 76
Jan/15 86
Dez/14 88
Nov/14 88
Out/14 92
Set/14 94
Ago/14 69
Jul/14 81
Jun/14 72
May/14 45
Abr/14 64

Media dos últimos meses
68 kWh

Indicadores de Qualidade 2/2015 - Sousa

il.com.br

Suas contas,
são de nossa conta!

Cálculo

Anterior Atual

Data Leitura Data Leitura

16/03/15 81 00 14/04/15 81 29

Demonstrativo

Consumo em kWh Quantidade

Adc. B Vermelha 81 0,37856 30,74

4,45

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS 0,81

COFINS 3,75

REFOSSEMOBRA 0,00

VLR 0,07

CMF 1,10

CMS (Base de Cálculo R\$ 51,00) Ajuste 0,00

13,25

VENCIMENTO

22/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 54,17





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

Num. 4353442 - Pág. 4

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

José lucinaldo dos santos

brasileiro(a), estado
civil: CASADO, profissão: REGULADOR,
documento de identificação: 826 598,
CPF: 079.066.679-01, Endereço: R. CRIST. 106,
SEPTEN. 144,
Cidade: Salvador, Estado BA,
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 AGOSTO de 2016



DECLARANTE





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº540/2015

Verbalizado 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 Serrim nº 144, Bairro Jardim Sorrilândia I, Sousa-PB.

Vítima: O Comunicante.

HISTÓRICOS: O comunicante compareceu a esta DP munido de documentos médico 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, colidindo 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 encorrido 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.

Assinatura de Policial: Dr. Vicente Honório Filho.

Prática Administrativa Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante: _____

OSMARINO SOUTO MUNIZ
ESCRIVÃO AD-HOC
MAT 603780-1





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 vitima queda de bicicleta. No local vitima 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.

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read 'Renata Soares Virgínia'.

Renata Soares Virgínia
Coordenadora Administrativa *Renata Soares Virgínia*
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: C8

TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA	OCORRÊNCIA N°	Paciente / Usuário	Idade	Sexo
04/05/15	0026	<u>José Silvâo dos Santos</u>	48	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local de Ocorrência		Bairro	Médico Regulador	
<u>Rua Maria Marques</u>				
Atividade no Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro				

DESTINO

Local: <u>HRS</u>	RESPONSÁVEL: <u></u>	OBS: <u></u>	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
-------------------	----------------------	--------------	---

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

CINEMÁTICA / CAUSA	
<input type="checkbox"/> QUEDA < 5m <input type="checkbox"/> QUEDA > 5m <input type="checkbox"/> QUEDA PRÓPRIA ALTURA <input type="checkbox"/> QUEDA DE MOJO <input type="checkbox"/> SEM CAPACETE NO INCIDENTE <input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO <input type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL <input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL <input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> CARRO <input type="checkbox"/> MOTO <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> CARRO X MOTO <input type="checkbox"/> MOTO X MOTO <input type="checkbox"/> CARRO X ÔNIBUS <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> SEM CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> NÚMERO DE VITIMAS NO LOCAL _____ OU DENTRO DO VEÍCULO _____ AIR BAG NÃO AÇÃO NADO <input type="checkbox"/> DIR <input type="checkbox"/> ESG <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO GRAU _____ <input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU _____ <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> DESABAMENTO <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> OUTRO _____ <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE ESPORTE <input type="checkbox"/> AGRESSÃO FÍSICA <u>Queda de bicicleta</u> <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA PICADA DE <input type="checkbox"/> ESCORPIÃO <input type="checkbox"/> ABELHA <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> ARANHA <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO POR:	

EXAME FÍSICO MÉDICO	
ENCONTRADO: <input type="checkbox"/> DECUBITO LATERAL <input type="checkbox"/> DORSAL <input type="checkbox"/> VENTRAL <input type="checkbox"/> SENTADO <input type="checkbox"/> DENTRO DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> FORA DE VEÍCULO <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO	
EM CIMA DE: <u>OUTRO</u>	
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> HALITO ETILICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> OUTRO	
Queixa: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> PARESTESIA / LOCAL: _____ <input type="checkbox"/> 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"/> CÂIMBRA / 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 VITIAIS	
VVA.A.: <input type="checkbox"/> LIVRE <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: _____ bpm Final: _____ bpm / PULSO RADIAL: <input type="checkbox"/> PRESIDENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE	
FC INICIAL: <u>103</u> bpm FC Final: _____ bpm + PAS (mm Hg): <input type="checkbox"/> > 90 <input type="checkbox"/> < 90 <u>120x85 mm Hg</u> <input type="checkbox"/> %	
PADRÃO REPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR-PERFUSÃO MM55 <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - MMII <input type="checkbox"/> < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: <u>95</u> %	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
Diagnósticos de Enfermagem: <input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE <input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUIDA <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVMA <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA <input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA <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 CARDIÁCO DIMINUIDO <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS	
<input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL "AM" _____ / <input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA: <input type="checkbox"/> TIRANTES / <input type="checkbox"/> PRANCHAS RÍGIDAS / <input type="checkbox"/> KED / <input type="checkbox"/> TALAS DE EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> A. V. P. COM BAGUETE N° _____ / <input type="checkbox"/> MSE / <input type="checkbox"/> MSD / <input type="checkbox"/> SH / <input type="checkbox"/> SF 0,9% / <input type="checkbox"/> SG / <input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> C21/NIN _____ / <input type="checkbox"/> MASCARA COM RESER / <input type="checkbox"/> CATETER NASAL / <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO / <input type="checkbox"/> MSE / <input type="checkbox"/> MSD / <input type="checkbox"/> MIE / <input type="checkbox"/> MID / <input type="checkbox"/> MACA A VACUO / E <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO / <input type="checkbox"/> EXTRICAÇÃO / <input type="checkbox"/> CURATIVO / <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO / <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO / <input type="checkbox"/> SIMPLES / <input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL / <input type="checkbox"/> OLHO E <input type="checkbox"/> CILHO / <input type="checkbox"/> VELVÉT / LOCAL: _____ / VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVA / OUTROS <input type="checkbox"/> CÁNULA DE QUEDEL N° _____ / <input type="checkbox"/> CATETER NASAL: _____ / <input type="checkbox"/> MASCARA OXIGENADOR / RESERVATÓRIO: _____ / <input type="checkbox"/> mmHg / <input type="checkbox"/> TRAQUEAL N° _____ / <input type="checkbox"/> M. LARINGEAN N° _____ <input type="checkbox"/> V. MECÂNICA / <input type="checkbox"/> CRICO. / <input type="checkbox"/> PUNÇÃO / <input type="checkbox"/> CIRÚRGICA / <input type="checkbox"/> TORACOCENTESIS / <input type="checkbox"/> E / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> DRENAGEM TORACICA / <input type="checkbox"/> E / <input type="checkbox"/> D / <input type="checkbox"/> PERICARDIOCENTES <input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO / <input type="checkbox"/> E.C.G. / <input type="checkbox"/> ETCO ₂ / <input type="checkbox"/> RCP / <input type="checkbox"/> MANUAL / <input type="checkbox"/> AUTOPULSE / <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO / <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICO / <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS EM AMPOLAS <input type="checkbox"/> FRASCO EV / <input type="checkbox"/> FENTANIL _____ mg / <input type="checkbox"/> SUCCINILCOLINA _____ mg / <input type="checkbox"/> MIDAZOLAM _____ mg / <input type="checkbox"/> DIAZEPAN _____ mg / <input type="checkbox"/> OUTROS: <input type="checkbox"/> OUTROS:	

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)	
ENFERMEIRO: <u>Leanne Milani</u>	COREN: _____
CONDUTOR: <u>Leanne</u>	TECNICO DE ENFERMAGEM: <u>Kelitha</u>
SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): _____	
MÉDICO (VISTO): _____	

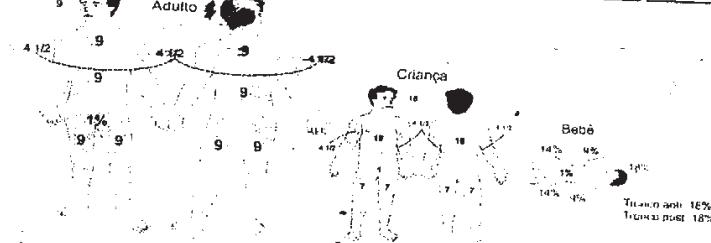
RECUSA	
Nome: _____	RG: _____
Assinatura: _____	
TESTEMUNHA: _____	TESTEMUNHA: _____



DOCUMENTOS PESSOAIS	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABILITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS
CELULAR: QUANTIDADE		MARCA		MODELO		
CARTÕES DE CRÉDITO	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPER CARD	MARCA	MODELO
CARTÕES DE BANCO	1	2	3 NOME DO BANCO:		OUTRO:	
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$						
CALÇADO (MARCA)				RELOJÓ (MARCA)		
BRINCOS (QUANTIDADE)				PULSEIRAS (QUANTIDADE)	ANÉS (QUANTIDADE)	
DADOS DO RECEBEDOR						
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEL OS PERTENCES:						
SETOR	FUNÇÃO:					
ASINATURA DO RECEBEDOR						
CARIMBO DO RECEBEDOR						

MEDICAMENTOS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.
AAS 100 mg		ÁLCOOL (PINCETA 250 ml)	
ADRENALINA		ALGODÃO (PACOTE)	
ÁGUA DESTILADA 10 ML		ATADOURA DE CREPON 15 cm	
AMIODARONA		CAIETER TIPO OCULOS	
ATROFINA		EQUIPO MACROGOTAS	
CAPTOPRIL 25 mg		EQUIPO MACROGOTAS	
DICLOFENACO 75 mg		ESPARADRAPO	
DIPIRONA 1g		FITA DE GLICEMIA CAPILAR (SÓDIGO N° _____)	
ESCOPOLAMINA (HIOSCINA)		GARROTE	
ESCOPOLAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)		GAZE ESTÉRIL (PACOTE)	
FENOTEROL GOTAS		GASE NAO ESTERIL (PACOTE COM 100 unid.)	
FUROSEMIDA		JELCO N°	
GLICOSE 50%		LANCOL DESCARTÁVEL	
HIDROCORTISONA 100 mg		LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
HIDROCORTISONA 500 mg		LUVA ESTÉRIL N°	
IPRATROPIC GOTAS		MÁSCARA DESCARTÁVEL	
ISORDIL 5 mg		SCALP N°	
MT TOCOLPAMIDA		SERINGA N°	
PARACETAMOL GOTAS		SONDA DE TACAO N°	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%		OUTROS	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO			
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO			
TERBUTALINA			
OUTROS			

EVOLUÇÃO MÉDICA: Atendimento a paciente intenso de guarda de leucocitose convidente, portador alcoolizado, apresentando corte contuso no queixo. Foi imobilizado e encaminhado ao IMA.



AVALIAÇÃO DAS PUPILAS	
	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 () IOCÓRICAS	
	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 () MIDRIASE	
	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 () MIOSE	
	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 () ANISOCÓRICAS	



Assinado eletronicamente por: DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN - 11/07/2016 11:48:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16071111475879400000004286235>
Número do documento: 16071111475879400000004286235

Num. 4353445 - Pág. 5



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 nosocomio 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 Araujo
Apoliana Ferreira Araujo
Diretora Geral
Mat. 182922-0

Apoliana Ferreira de Araujo
Diretora Geral

CNPJ: 08.778.268/0027-08 FONES: (83)3522.2774 - 3522-2776
R. José Facundo de Lira, S/N CEP 58802-180 - Sousa - PB



SUS		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL					
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		ESTADO DA PARAÍBA					
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (U.P.S.): CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL G. DE ABREU		SECRETARIA DE SAÚDE CNPJ/CPF 08.778.268/0027-08 ENDERECO: Rua José Facundo de Lima, 433 CEP: 58.802-180 MUNICÍPIO SOUSA ESTADO: Paraíba UF: 25					
PACIENTE: NOME: <i>José Sávio de Oliveira</i> SEXO: M IDADE: 41 DOCUMENTO: 898004506405449 END: <i>Manoel Góes</i> MUNICÍPIO: <i>Sousa</i> CÓDIGO DO MUNICÍPIO: <i>251620</i> DATA DO ATENDIMENTO: 01/06/16		DATA DE NASCIMENTO: 11/12/161 PROFISSÃO: <i>Vendedor</i> UF: <i>PI</i> CEP: <i>58.802-180</i>					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMMÁRIO:							
<p><i>Exame físico: Bem. Sintomas: Dor no lado esquerdo. Exames: Só exames de rotina.</i></p>							
<p>EXAMES RELEVANTES E/OU UNICÓNS:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">EXAMES</td> <td style="width: 50%;">TIPOS</td> </tr> <tr> <td><i>Exames de rotina</i></td> <td><i>Exames de rotina</i></td> </tr> </table>				EXAMES	TIPOS	<i>Exames de rotina</i>	<i>Exames de rotina</i>
EXAMES	TIPOS						
<i>Exames de rotina</i>	<i>Exames de rotina</i>						
<p>TIPO DE ATENDIMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA; <input type="checkbox"/> 02 - PRIMEIRA CONSULTA; <input type="checkbox"/> 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE; <input type="checkbox"/> 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE; <input type="checkbox"/> 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA; <input type="checkbox"/> 06 - VACINAÇÃO DE BLOCOJETO (SUTTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES); <input type="checkbox"/> 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA; <input type="checkbox"/> 08 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE; <input type="checkbox"/> 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;</p>							
<p>PROCEDIMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> <i>01 - PRESCRITA</i> <input type="checkbox"/> <i>02 - OUTRO HOSPITAL</i> <input type="checkbox"/> <i>03 - OUTRO</i></p> <p><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> OUTRO</p> <p>ENCARTE/INFORMAÇÕES</p> <p><input type="checkbox"/> 01 - APLICADA <input type="checkbox"/> 02 - APLICADA <input type="checkbox"/> 03 - APLICADA <input type="checkbox"/> 04 - APLICADA <input type="checkbox"/> 05 - APLICADA <input type="checkbox"/> 06 - APLICADA <input type="checkbox"/> 07 - APLICADA <input type="checkbox"/> 08 - APLICADA <input type="checkbox"/> 09 - APLICADA <input type="checkbox"/> 10 - APLICADA <input type="checkbox"/> 11 - APLICADA <input type="checkbox"/> 12 - APLICADA <input type="checkbox"/> 13 - APLICADA <input type="checkbox"/> 14 - APLICADA <input type="checkbox"/> 15 - APLICADA <input type="checkbox"/> 16 - APLICADA <input type="checkbox"/> 17 - APLICADA <input type="checkbox"/> 18 - APLICADA <input type="checkbox"/> 19 - APLICADA <input type="checkbox"/> 20 - APLICADA <input type="checkbox"/> 21 - APLICADA <input type="checkbox"/> 22 - APLICADA <input type="checkbox"/> 23 - APLICADA <input type="checkbox"/> 24 - APLICADA <input type="checkbox"/> 25 - APLICADA <input type="checkbox"/> 26 - APLICADA <input type="checkbox"/> 27 - APLICADA <input type="checkbox"/> 28 - APLICADA <input type="checkbox"/> 29 - APLICADA <input type="checkbox"/> 30 - APLICADA <input type="checkbox"/> 31 - APLICADA <input type="checkbox"/> 32 - APLICADA <input type="checkbox"/> 33 - APLICADA <input type="checkbox"/> 34 - APLICADA <input type="checkbox"/> 35 - APLICADA <input type="checkbox"/> 36 - APLICADA <input type="checkbox"/> 37 - APLICADA <input type="checkbox"/> 38 - APLICADA <input type="checkbox"/> 39 - APLICADA <input type="checkbox"/> 40 - APLICADA <input type="checkbox"/> 41 - APLICADA <input type="checkbox"/> 42 - APLICADA <input type="checkbox"/> 43 - APLICADA <input type="checkbox"/> 44 - APLICADA <input type="checkbox"/> 45 - APLICADA <input type="checkbox"/> 46 - APLICADA <input type="checkbox"/> 47 - APLICADA <input type="checkbox"/> 48 - APLICADA <input type="checkbox"/> 49 - APLICADA <input type="checkbox"/> 50 - APLICADA <input type="checkbox"/> 51 - APLICADA <input type="checkbox"/> 52 - APLICADA <input type="checkbox"/> 53 - APLICADA <input type="checkbox"/> 54 - APLICADA <input type="checkbox"/> 55 - APLICADA <input type="checkbox"/> 56 - APLICADA <input type="checkbox"/> 57 - APLICADA <input type="checkbox"/> 58 - APLICADA <input type="checkbox"/> 59 - APLICADA <input type="checkbox"/> 60 - APLICADA <input type="checkbox"/> 61 - APLICADA <input type="checkbox"/> 62 - APLICADA <input type="checkbox"/> 63 - APLICADA <input type="checkbox"/> 64 - APLICADA <input type="checkbox"/> 65 - APLICADA <input type="checkbox"/> 66 - APLICADA <input type="checkbox"/> 67 - APLICADA <input type="checkbox"/> 68 - APLICADA <input type="checkbox"/> 69 - APLICADA <input type="checkbox"/> 70 - APLICADA <input type="checkbox"/> 71 - APLICADA <input type="checkbox"/> 72 - APLICADA <input type="checkbox"/> 73 - APLICADA <input type="checkbox"/> 74 - APLICADA <input type="checkbox"/> 75 - APLICADA <input type="checkbox"/> 76 - APLICADA <input type="checkbox"/> 77 - APLICADA <input type="checkbox"/> 78 - APLICADA <input type="checkbox"/> 79 - APLICADA <input type="checkbox"/> 80 - APLICADA <input type="checkbox"/> 81 - APLICADA <input type="checkbox"/> 82 - APLICADA <input type="checkbox"/> 83 - APLICADA <input type="checkbox"/> 84 - APLICADA <input type="checkbox"/> 85 - APLICADA <input type="checkbox"/> 86 - APLICADA <input type="checkbox"/> 87 - APLICADA <input type="checkbox"/> 88 - APLICADA <input type="checkbox"/> 89 - APLICADA <input type="checkbox"/> 90 - APLICADA <input type="checkbox"/> 91 - APLICADA <input type="checkbox"/> 92 - APLICADA <input type="checkbox"/> 93 - APLICADA <input type="checkbox"/> 94 - APLICADA <input type="checkbox"/> 95 - APLICADA <input type="checkbox"/> 96 - APLICADA <input type="checkbox"/> 97 - APLICADA <input type="checkbox"/> 98 - APLICADA <input type="checkbox"/> 99 - APLICADA <input type="checkbox"/> 100 - APLICADA <input type="checkbox"/> 101 - APLICADA <input type="checkbox"/> 102 - APLICADA <input type="checkbox"/> 103 - APLICADA <input type="checkbox"/> 104 - APLICADA <input type="checkbox"/> 105 - APLICADA <input type="checkbox"/> 106 - APLICADA <input type="checkbox"/> 107 - APLICADA <input type="checkbox"/> 108 - APLICADA <input type="checkbox"/> 109 - APLICADA <input type="checkbox"/> 110 - APLICADA <input type="checkbox"/> 111 - APLICADA <input type="checkbox"/> 112 - APLICADA <input type="checkbox"/> 113 - APLICADA <input type="checkbox"/> 114 - APLICADA <input type="checkbox"/> 115 - APLICADA <input type="checkbox"/> 116 - APLICADA <input type="checkbox"/> 117 - APLICADA <input type="checkbox"/> 118 - APLICADA <input type="checkbox"/> 119 - APLICADA <input type="checkbox"/> 120 - APLICADA <input type="checkbox"/> 121 - APLICADA <input type="checkbox"/> 122 - APLICADA <input type="checkbox"/> 123 - APLICADA <input type="checkbox"/> 124 - APLICADA <input type="checkbox"/> 125 - APLICADA <input type="checkbox"/> 126 - APLICADA <input type="checkbox"/> 127 - APLICADA <input type="checkbox"/> 128 - APLICADA <input type="checkbox"/> 129 - APLICADA <input type="checkbox"/> 130 - APLICADA <input type="checkbox"/> 131 - APLICADA <input type="checkbox"/> 132 - APLICADA <input type="checkbox"/> 133 - APLICADA <input type="checkbox"/> 134 - APLICADA <input type="checkbox"/> 135 - APLICADA <input type="checkbox"/> 136 - APLICADA <input type="checkbox"/> 137 - APLICADA <input type="checkbox"/> 138 - APLICADA <input type="checkbox"/> 139 - APLICADA <input type="checkbox"/> 140 - APLICADA <input type="checkbox"/> 141 - APLICADA <input type="checkbox"/> 142 - APLICADA <input type="checkbox"/> 143 - APLICADA <input type="checkbox"/> 144 - APLICADA <input type="checkbox"/> 145 - APLICADA <input type="checkbox"/> 146 - APLICADA <input type="checkbox"/> 147 - APLICADA <input type="checkbox"/> 148 - APLICADA <input type="checkbox"/> 149 - APLICADA <input type="checkbox"/> 150 - APLICADA <input type="checkbox"/> 151 - APLICADA <input type="checkbox"/> 152 - APLICADA <input type="checkbox"/> 153 - APLICADA <input type="checkbox"/> 154 - APLICADA <input type="checkbox"/> 155 - APLICADA <input type="checkbox"/> 156 - APLICADA <input type="checkbox"/> 157 - APLICADA <input type="checkbox"/> 158 - APLICADA <input type="checkbox"/> 159 - APLICADA <input type="checkbox"/> 160 - APLICADA <input type="checkbox"/> 161 - APLICADA <input type="checkbox"/> 162 - APLICADA <input type="checkbox"/> 163 - APLICADA <input type="checkbox"/> 164 - APLICADA <input type="checkbox"/> 165 - APLICADA <input type="checkbox"/> 166 - APLICADA <input type="checkbox"/> 167 - APLICADA <input type="checkbox"/> 168 - APLICADA <input type="checkbox"/> 169 - APLICADA <input type="checkbox"/> 170 - APLICADA <input type="checkbox"/> 171 - APLICADA <input type="checkbox"/> 172 - APLICADA <input type="checkbox"/> 173 - APLICADA <input type="checkbox"/> 174 - APLICADA <input type="checkbox"/> 175 - APLICADA <input type="checkbox"/> 176 - APLICADA <input type="checkbox"/> 177 - APLICADA <input type="checkbox"/> 178 - APLICADA <input type="checkbox"/> 179 - APLICADA <input type="checkbox"/> 180 - APLICADA <input type="checkbox"/> 181 - APLICADA <input type="checkbox"/> 182 - APLICADA <input type="checkbox"/> 183 - APLICADA <input type="checkbox"/> 184 - APLICADA <input type="checkbox"/> 185 - APLICADA <input type="checkbox"/> 186 - APLICADA <input type="checkbox"/> 187 - APLICADA <input type="checkbox"/> 188 - APLICADA <input type="checkbox"/> 189 - APLICADA <input type="checkbox"/> 190 - APLICADA <input type="checkbox"/> 191 - APLICADA <input type="checkbox"/> 192 - APLICADA <input type="checkbox"/> 193 - APLICADA <input type="checkbox"/> 194 - APLICADA <input type="checkbox"/> 195 - APLICADA <input type="checkbox"/> 196 - APLICADA <input type="checkbox"/> 197 - APLICADA <input type="checkbox"/> 198 - APLICADA <input type="checkbox"/> 199 - APLICADA <input type="checkbox"/> 200 - APLICADA <input type="checkbox"/> 201 - APLICADA <input type="checkbox"/> 202 - APLICADA <input type="checkbox"/> 203 - APLICADA <input type="checkbox"/> 204 - APLICADA <input type="checkbox"/> 205 - APLICADA <input type="checkbox"/> 206 - APLICADA <input type="checkbox"/> 207 - APLICADA <input type="checkbox"/> 208 - APLICADA <input type="checkbox"/> 209 - APLICADA <input type="checkbox"/> 210 - APLICADA <input type="checkbox"/> 211 - APLICADA <input type="checkbox"/> 212 - APLICADA <input type="checkbox"/> 213 - APLICADA <input type="checkbox"/> 214 - APLICADA <input type="checkbox"/> 215 - APLICADA <input type="checkbox"/> 216 - APLICADA <input type="checkbox"/> 217 - APLICADA <input type="checkbox"/> 218 - APLICADA <input type="checkbox"/> 219 - APLICADA <input type="checkbox"/> 220 - APLICADA <input type="checkbox"/> 221 - APLICADA <input type="checkbox"/> 222 - APLICADA <input type="checkbox"/> 223 - APLICADA <input type="checkbox"/> 224 - APLICADA <input type="checkbox"/> 225 - APLICADA <input type="checkbox"/> 226 - APLICADA <input type="checkbox"/> 227 - APLICADA <input type="checkbox"/> 228 - APLICADA <input type="checkbox"/> 229 - APLICADA <input type="checkbox"/> 230 - APLICADA <input type="checkbox"/> 231 - APLICADA <input type="checkbox"/> 232 - APLICADA <input type="checkbox"/> 233 - APLICADA <input type="checkbox"/> 234 - APLICADA <input type="checkbox"/> 235 - APLICADA <input type="checkbox"/> 236 - APLICADA <input type="checkbox"/> 237 - APLICADA <input type="checkbox"/> 238 - APLICADA <input type="checkbox"/> 239 - APLICADA <input type="checkbox"/> 240 - APLICADA <input type="checkbox"/> 241 - APLICADA <input type="checkbox"/> 242 - APLICADA <input type="checkbox"/> 243 - APLICADA <input type="checkbox"/> 244 - APLICADA <input type="checkbox"/> 245 - APLICADA <input type="checkbox"/> 246 - APLICADA <input type="checkbox"/> 247 - APLICADA <input type="checkbox"/> 248 - APLICADA <input type="checkbox"/> 249 - APLICADA <input type="checkbox"/> 250 - APLICADA <input type="checkbox"/> 251 - APLICADA <input type="checkbox"/> 252 - APLICADA <input type="checkbox"/> 253 - APLICADA <input type="checkbox"/> 254 - APLICADA <input type="checkbox"/> 255 - APLICADA <input type="checkbox"/> 256 - APLICADA <input type="checkbox"/> 257 - APLICADA <input type="checkbox"/> 258 - APLICADA <input type="checkbox"/> 259 - APLICADA <input type="checkbox"/> 260 - APLICADA <input type="checkbox"/> 261 - APLICADA <input type="checkbox"/> 262 - APLICADA <input type="checkbox"/> 263 - APLICADA <input type="checkbox"/> 264 - APLICADA <input type="checkbox"/> 265 - APLICADA <input type="checkbox"/> 266 - APLICADA <input type="checkbox"/> 267 - APLICADA <input type="checkbox"/> 268 - APLICADA <input type="checkbox"/> 269 - APLICADA <input type="checkbox"/> 270 - APLICADA <input type="checkbox"/> 271 - APLICADA <input type="checkbox"/> 272 - APLICADA <input type="checkbox"/> 273 - APLICADA <input type="checkbox"/> 274 - APLICADA <input type="checkbox"/> 275 - APLICADA <input type="checkbox"/> 276 - APLICADA <input type="checkbox"/> 277 - APLICADA <input type="checkbox"/> 278 - APLICADA <input type="checkbox"/> 279 - APLICADA <input type="checkbox"/> 280 - APLICADA <input type="checkbox"/> 281 - APLICADA <input type="checkbox"/> 282 - APLICADA <input type="checkbox"/> 283 - APLICADA <input type="checkbox"/> 284 - APLICADA <input type="checkbox"/> 285 - APLICADA <input type="checkbox"/> 286 - APLICADA <input type="checkbox"/> 287 - APLICADA <input type="checkbox"/> 288 - APLICADA <input type="checkbox"/> 289 - APLICADA <input type="checkbox"/> 290 - APLICADA <input type="checkbox"/> 291 - APLICADA <input type="checkbox"/> 292 - APLICADA <input type="checkbox"/> 293 - APLICADA <input type="checkbox"/> 294 - APLICADA <input type="checkbox"/> 295 - APLICADA <input type="checkbox"/> 296 - APLICADA <input type="checkbox"/> 297 - APLICADA <input type="checkbox"/> 298 - APLICADA <input type="checkbox"/> 299 - APLICADA <input type="checkbox"/> 300 - APLICADA <input type="checkbox"/> 301 - APLICADA <input type="checkbox"/> 302 - APLICADA <input type="checkbox"/> 303 - APLICADA <input type="checkbox"/> 304 - APLICADA <input type="checkbox"/> 305 - APLICADA <input type="checkbox"/> 306 - APLICADA <input type="checkbox"/> 307 - APLICADA <input type="checkbox"/> 308 - APLICADA <input type="checkbox"/> 309 - APLICADA <input type="checkbox"/> 310 - APLICADA <input type="checkbox"/> 311 - APLICADA <input type="checkbox"/> 312 - APLICADA <input type="checkbox"/> 313 - APLICADA <input type="checkbox"/> 314 - APLICADA <input type="checkbox"/> 315 - APLICADA <input type="checkbox"/> 316 - APLICADA <input type="checkbox"/> 317 - APLICADA <input type="checkbox"/> 318 - APLICADA <input type="checkbox"/> 319 - APLICADA <input type="checkbox"/> 320 - APLICADA <input type="checkbox"/> 321 - APLICADA <input type="checkbox"/> 322 - APLICADA <input type="checkbox"/> 323 - APLICADA <input type="checkbox"/> 324 - APLICADA <input type="checkbox"/> 325 - APLICADA <input type="checkbox"/> 326 - APLICADA <input type="checkbox"/> 327 - APLICADA <input type="checkbox"/> 328 - APLICADA <input type="checkbox"/> 329 - APLICADA <input type="checkbox"/> 330 - APLICADA <input type="checkbox"/> 331 - APLICADA <input type="checkbox"/> 332 - APLICADA <input type="checkbox"/> 333 - APLICADA <input type="checkbox"/> 334 - APLICADA <input type="checkbox"/> 335 - APLICADA <input type="checkbox"/> 336 - APLICADA <input type="checkbox"/> 337 - APLICADA <input type="checkbox"/> 338 - APLICADA <input type="checkbox"/> 339 - APLICADA <input type="checkbox"/> 340 - APLICADA <input type="checkbox"/> 341 - APLICADA <input type="checkbox"/> 342 - APLICADA <input type="checkbox"/> 343 - APLICADA <input type="checkbox"/> 344 - APLICADA <input type="checkbox"/> 345 - APLICADA <input type="checkbox"/> 346 - APLICADA <input type="checkbox"/> 347 - APLICADA <input type="checkbox"/> 348 - APLICADA <input type="checkbox"/> 349 - APLICADA <input type="checkbox"/> 350 - APLICADA <input type="checkbox"/> 351 - APLICADA <input type="checkbox"/> 352 - APLICADA <input type="checkbox"/> 353 - APLICADA <input type="checkbox"/> 354 - APLICADA <input type="checkbox"/> 355 - APLICADA <input type="checkbox"/> 356 - APLICADA <input type="checkbox"/> 357 - APLICADA <input type="checkbox"/> 358 - APLICADA <input type="checkbox"/> 359 - APLICADA <input type="checkbox"/> 360 - APLICADA <input type="checkbox"/> 361 - APLICADA <input type="checkbox"/> 362 - APLICADA <input type="checkbox"/> 363 - APLICADA <input type="checkbox"/> 364 - APLICADA <input type="checkbox"/> 365 - APLICADA <input type="checkbox"/> 366 - APLICADA <input type="checkbox"/> 367 - APLICADA <input type="checkbox"/> 368 - APLICADA <input type="checkbox"/> 369 - APLICADA <input type="checkbox"/> 370 - APLICADA <input type="checkbox"/> 371 - APLICADA <input type="checkbox"/> 372 - APLICADA <input type="checkbox"/> 373 - APLICADA <input type="checkbox"/> 374 - APLICADA <input type="checkbox"/> 375 - APLICADA <input type="checkbox"/> 376 - APLICADA <input type="checkbox"/> 377 - APLICADA <input type="checkbox"/> 378 - APLICADA <input type="checkbox"/> 379 - APLICADA <input type="checkbox"/> 380 - APLICADA <input type="checkbox"/> 381 - APLICADA <input type="checkbox"/> 382 - APLICADA <input type="checkbox"/> 383 - APLICADA <input type="checkbox"/> 384 - APLICADA <input type="checkbox"/> 385 - APLICADA <input type="checkbox"/> 386 - APLICADA <input type="checkbox"/> 387 - APLICADA <input type="checkbox"/> 388 - APLICADA <input type="checkbox"/> 389 - APLICADA <input type="checkbox"/> 390 - APLICADA <input type="checkbox"/> 391 - APLICADA <input type="checkbox"/> 392 - APLICADA <input type="checkbox"/> 393 - APLICADA <input type="checkbox"/> 394 - APLICADA <input type="checkbox"/> 395 - APLICADA <input type="checkbox"/> 396 - APLICADA <input type="checkbox"/> 397 - APLICADA <input type="checkbox"/> 398 - APLICADA <input type="checkbox"/> 399 - APLICADA <input type="checkbox"/> 400 - APLICADA <input type="checkbox"/> 401 - APLICADA <input type="checkbox"/> 402 - APLICADA <input type="checkbox"/> 403 - APLICADA <input type="checkbox"/> 404 - APLICADA <input type="checkbox"/> 405 - APLICADA <input type="checkbox"/> 406 - APLICADA <input type="checkbox"/> 407 - APLICADA <input type="checkbox"/> 408 - APLICADA <input type="checkbox"/> 409 - APLICADA <input type="checkbox"/> 410 - APLICADA <input type="checkbox"/> 411 - APLICADA <input type="checkbox"/> 412 - APLICADA <input type="checkbox"/> 413 - APLICADA <input type="checkbox"/> 414 - APLICADA <input type="checkbox"/> 415 - APLICADA <input type="checkbox"/> 416 - APLICADA <input type="checkbox"/> 417 - APLICADA <input type="checkbox"/> 418 - APLICADA <input type="checkbox"/> 419 - APLICADA <input type="checkbox"/> 420 - APLICADA <input type="checkbox"/> 421 - APLICADA <input type="checkbox"/> 422 - APLICADA <input type="checkbox"/> 423 - APLICADA <input type="checkbox"/> 424 - APLICADA <input type="checkbox"/> 425 - APLICADA <input type="checkbox"/> 426 - APLICADA <input type="checkbox"/> 427 - APLICADA <input type="checkbox"/> 428 - APLICADA <input type="checkbox"/> 429 - APLICADA <input type="checkbox"/> 430 - APLICADA <input type="checkbox"/> 431 - APLICADA <input type="checkbox"/> 432 - APLICADA <input type="checkbox"/> 433 - APLICADA <input type="checkbox"/> 434 - APLICADA <input type="checkbox"/> 435 - APLICADA <input type="checkbox"/> 436 - APLICADA <input type="checkbox"/> 437 - APLICADA <input type="checkbox"/> 438 - APLICADA <input type="checkbox"/> 439 - APLICADA <input type="checkbox"/> 440 - APLICADA <input type="checkbox"/> 441 - APLICADA <input type="checkbox"/> 442 - APLICADA <input type="checkbox"/> 443 - APLICADA <input type="checkbox"/> 444 - APLICADA <input type="checkbox"/> 445 - APLICADA <input type="checkbox"/> 446 - APLICADA <input type="checkbox"/> 447 - APLICADA <input type="checkbox"/> 448 - APLICADA <input type="checkbox"/> 449 - APLICADA <input type="checkbox"/> 450 - APLICADA <input type="checkbox"/> 451 - APLICADA <input type="checkbox"/> 452 - APLICADA <input type="checkbox"/> 453 - APLICADA <input type="checkbox"/> 454 - APLICADA <input type="checkbox"/> 455 - APLICADA <input type="checkbox"/> 456 - APLICADA <input type="checkbox"/> 457 - APLICADA <input type="checkbox"/> 458 - APLICADA <input type="checkbox"/> 459 - APLICADA <input type="checkbox"/> 460 - APLICADA <input type="checkbox"/> 461 - APLICADA <input type="checkbox"/> 462 - APLICADA <input type="checkbox"/> 463 - APLICADA <input type="checkbox"/> 464 - APLICADA <input type="checkbox"/> 465 - APLICADA <input type="checkbox"/> 466 - APLICADA <input type="checkbox"/> 467 - APLICADA <input type="checkbox"/> 468 - APLICADA <input type="checkbox"/> 469 - APLICADA <input type="checkbox"/> 470 - APLICADA <input type="checkbox"/> 471 - APLICADA <input type="checkbox"/> 472 - APLICADA <input type="checkbox"/> 473 - APLICADA <input type="checkbox"/> 474 - APLICADA <input type="checkbox"/> 475 - APLICADA <input type="checkbox"/> 476 - APLICADA <input type="checkbox"/> 477 - APLICADA <input type="checkbox"/> 478 - APLICADA <input type="checkbox"/> 479 - APLICADA <input type="checkbox"/> 480 - APLICADA <input type="checkbox"/> 481 - APLICADA <input type="checkbox"/> 482 - APLICADA <input type="checkbox"/> 483 - APLICADA <input type="checkbox"/> 484 - APLICADA <input type="checkbox"/> 485 - APLICADA <input type="checkbox"/> 486 - APLICADA <input type="checkbox"/> 487 - APLICADA <input type="checkbox"/> 488 - APLICADA <input type="checkbox"/> 489 - APLICADA <input type="checkbox"/> 490 - APLICADA <input type="checkbox"/> 491 - APLICADA <input type="checkbox"/> 492 - APLICADA <input type="checkbox"/> 493 - APLICADA <input type="checkbox"/> 494 - APLICADA <input type="checkbox"/> 495 - APLICADA <input type="checkbox"/> 496 - APLICADA <input type="checkbox"/> 497 - APLICADA <input type="checkbox"/> 498 - APLICADA <input type="checkbox"/> 499 - APLICADA <input type="checkbox"/> 500 - APLICADA <input type="checkbox"/> 501 - APLICADA <input type="checkbox"/> 502 - APLICADA <input type="checkbox"/> 503 - APLICADA <input type="checkbox"/> 504 - APLICADA <input type="checkbox"/> 505 - APLICADA <input type="checkbox"/> 506 - APLICADA <input type="checkbox"/> 507 - APLICADA <input type="checkbox"/> 508 - APLICADA <input type="checkbox"/> 509 - APLICADA <input type="checkbox"/> 510 - APLICADA <input type="checkbox"/> 511 - APLICADA <input type="checkbox"/> 512 - APLICADA <input type="checkbox"/> 513 - APLICADA <input type="checkbox"/> 514 - APLICADA <input type="checkbox"/> 515 - APLICADA <input type="checkbox"/> 516 - APLICADA <input type="checkbox"/> 517 - APLICADA <input type="checkbox"/> 518 - APLICADA <input type="checkbox"/> 519 - APLICADA <input type="checkbox"/> 520 - APLICADA <input type="checkbox"/> 521 - APLICADA <input type="checkbox"/> 522 - APLICADA <input type="checkbox"/> 523 - APLICADA <input type="checkbox"/> 524 - APLICADA <input type="checkbox"/> 525 - APLICADA <input type="checkbox"/> 526 - APLICADA <input type="checkbox"/> 527 - APLICADA <input type="checkbox"/> 528 - APLICADA <input type="checkbox"/> 529 - APLICADA <input type="checkbox"/> 530 - APLICADA <input type="checkbox"/> 531 - APLICADA <input type="checkbox"/> 532 - APLICADA <input type="checkbox"/> 533 - APLICADA <input type="checkbox"/> 534 - APLICADA <input type="checkbox"/> 535 - APLICADA <input type="checkbox"/> 536 - APLICADA <input type="checkbox"/> 537 - APLICADA <input type="checkbox"/> 538 - APLICADA <input type="checkbox"/> 539 - APLICADA <input type="checkbox"/> 540 - APLICADA <input type="checkbox"/> 541 - APLICADA <input type="checkbox"/> 542 - APLICADA <input type="checkbox"/> 543 - APLICADA <input type="checkbox"/> 544 - APLICADA <input type="checkbox"/> 545 - APLICADA <input type="checkbox"/> 546 - APLICADA <input type="checkbox"/> 547 - APLICADA <input type="checkbox"/> 548 - APLICADA <input type="checkbox"/> 549 - APLICADA <input type="checkbox"/> 550 - APLICADA <input type="checkbox"/> 551 - APLICADA <input type="checkbox"/> 552 - APLICADA <input type="checkbox"/> 553 - APLICADA <input type="checkbox"/> 554 - APLICADA <input type="checkbox"/> 555 - APLICADA <input type="checkbox"/> 556 - APLICADA <input type="checkbox"/> 557 - APLICADA <input type="checkbox"/> 558 - APLICADA <input type="checkbox"/> 559 - APLICADA <input type="checkbox"/> 560 - APLICADA <input type="checkbox"/> 561 - APLICADA <input type="checkbox"/> 562 - APLICADA <input type="checkbox"/> 563 - APLICADA <input type="checkbox"/> 564 - APLICADA <input type="checkbox"/> 565 - APLICADA <input type="checkbox"/> 566 - APLICADA <input type="checkbox"/> 567 - APLICADA <input type="checkbox"/> 568 - APLICADA <input type="checkbox"/> 569 - APLICADA <input type="checkbox"/> 570 - APLICADA <input type="checkbox"/> 571 - APLICADA <input type="checkbox"/> 572 - APLICADA <input type="checkbox"/> 573 - APLICADA <input type="checkbox"/> 574 - APLICADA <input type="checkbox"/> 575 - APLICADA <input type="checkbox"/> 576 - APLICADA <input type="checkbox"/> 577 - APLICADA <input type="checkbox"/> 578 - APLICADA <input type="checkbox"/> 579 - APLICADA <input type="checkbox"/> 580 - APLICADA <input type="checkbox"/> 581 - APLICADA <input type="checkbox"/> 582 - APLICADA <input type="checkbox"/> 583 - APLICADA <input type="checkbox"/> 584 - APLICADA <input type="checkbox"/> 585 - APLICADA <input type="checkbox"/> 586 - APLICADA <input type="checkbox"/> 587 - APLICADA <input type="checkbox"/> 588 - APLICADA <input type="checkbox"/> 589 - APLICADA <input type="checkbox"/> 590 - APLICADA <input type="checkbox"/> 591 - APLICADA <input type="checkbox"/> 592 - APLICADA <input type="checkbox"/> 593 - APLICADA <input type="checkbox"/> 594 - APLICADA <input type="checkbox"/> 595 - APLICADA <input type="checkbox"/> 596 - APLICADA <input type="checkbox"/> 597 - APLICADA <input type="checkbox"/> 598 - APLICADA <input type="checkbox"/> 599 - APLICADA <input type="checkbox"/> 600 - APLICADA <input type="checkbox"/> 601 - APLICADA <input type="checkbox"/> 602 - APLICADA <input type="checkbox"/> 603 - APLICADA <input type="checkbox"/> 604 - APLICADA <input type="checkbox"/> 605 - APLICADA <input type="checkbox"/> 606 - APLICADA <input type="checkbox"/> 607 - APLICADA <input type="checkbox"/> 608 - APLICADA <input type="checkbox"/> 609 - APLICADA <input type="checkbox"/> 610 - APLICADA <input type="checkbox"/> 611 - APLICADA <input type="checkbox"/> 612 - APLICADA <input type="checkbox"/> 613 - APLICADA <input type="checkbox"/> 614 - APLICADA <input type="checkbox"/> 615 - APLICADA <input type="checkbox"/> 616 - APLICADA <input type="checkbox"/> 617 - APLICADA <input type="checkbox"/> 618 - APLICADA <input type="checkbox"/> 619 - APLICADA <input type="checkbox"/> 620 - APLICADA <input type="checkbox"/> 621 - APLICADA <input type="checkbox"/> 622 - APLICADA <input type="checkbox"/> 623 - APLICADA <input type="checkbox"/> 624 - APLICADA <input type="checkbox"/> 625 - APLICADA <input type="checkbox"/> 626 - APLICADA <input type="checkbox"/> 627 - APLICADA <input type="checkbox"/> 628 - APLICADA <input type="checkbox"/> 629 - APLICADA <input type="checkbox"/> 630 - APLICADA <input type="checkbox"/> 631 - APLICADA <input type="checkbox"/> 632 - APLICADA <input type="checkbox"/> 633 - APLICADA <input type="checkbox"/> 634 - APLICADA <input type="checkbox"/> 635 - APLICADA <input type="checkbox"/> 636 - APLICADA <input type="checkbox"/> 637 - APLICADA <input type="checkbox"/> 638 - APLICADA <input type="checkbox"/> 639 - APLICADA <input type="checkbox"/> 640 - APLICADA <input type="checkbox"/> 641 - APLICADA <input type="checkbox"/> 642 - APLICADA <input type="checkbox"/> 643 - APLICADA <input type="checkbox"/> 644 - APLICADA <input type="checkbox"/> 645 - APLICADA <input type="checkbox"/> 646 - APLICADA <input type="checkbox"/> 647 - APLICADA <input type="checkbox"/> 648 - APLICADA <input type="checkbox"/> 649 - APLICADA <input type="checkbox"/> 650 - APLICADA <input type="checkbox"/> 651 - APLICADA <input type="checkbox"/> 652 - APLICADA <input type="checkbox"/> 653 - APLICADA <input type="checkbox"/> 654 - APLICADA <input type="checkbox"/> 655 - APLICADA <input type="checkbox"/> 656 - APLICADA <input type="checkbox"/> 657 - APLICADA <input type="checkbox"/> 658 - APLICADA <input type="checkbox"/> 659 - APLICADA <input type="checkbox"/> 660 - APLICADA <input type="checkbox"/> 661 - APLICADA <input type="checkbox"/> 662 - APLICADA <input type="checkbox"/> 663 - APLICADA <input type="checkbox"/> 664 - APLICADA <input type="checkbox"/> 665 - APLICADA <input type="checkbox"/> 666 - APLICADA <input type="checkbox"/> 667 - APLICADA <input type="checkbox"/> 668 - APLICADA <input type="checkbox"/> 669 - APLICADA <input type="checkbox"/> 670 - APLICADA <input type="checkbox"/> 671 - APLICADA <input type="checkbox"/> 672 - APLICADA <input type="checkbox"/> 673 - APLICADA <input type="checkbox"/> 67</p>							

9178-0522



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 DECLARAÇÃO DO SAMU, CORRIGINDO O NOME DA VITIMA APRESENTAR DECLARAÇÃO PÚBLICA DE ENDEREÇO PARA A VITIMA APRESENTAR COMPROVANTE BANCÁRIO APRESENTAR DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR	Michelle Poletti
10/09/2015 09:24	PRÉ-CADASTRO COM RESTRIÇÕES: APRESENTAR DECLARAÇÃO PÚBLICA DE ENDEREÇO PARA A VITIMA APRESENTAR COMPROVANTE BANCÁRIO	Poliana Weidle
01/10/2015 16:21	PRÉ-CADASTRO COM RESTRIÇÕES: APRESENTAR COMPROVANTE BANCÁRIO	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 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 RESTRIÇÃO: PARECER DA SEGURADORA LIDER - INFORMAMOS QUE, PARA REANALISE 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.
Intimem-se e cumprase.

JOÃO PESSOA, 12 de julho de 2016.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSIVALDO FELIX DE OLIVEIRA - 18/07/2016 16:52:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1607181652559570000004306235>
Número do documento: 1607181652559570000004306235

Num. 4374116 - Pág. 1



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: COMUM (7)
Assunto: [SEGURO]
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 fé.

JOÃO PESSOA, 21 de agosto de 2017
WALESKA VIDAL LOPES



Assinado eletronicamente por: WALESKA VIDAL LOPES - 21/08/2017 14:17:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1708211417315210000009094599>
Número do documento: 1708211417315210000009094599

Num. 9293734 - Pág. 1



**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, intimem-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



Assinado eletronicamente por: JOSIVALDO FELIX DE OLIVEIRA - 17/02/2020 22:10:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002172210427000000027349587>
Número do documento: 2002172210427000000027349587

Num. 28361369 - Pág. 2



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



Assinado eletronicamente por: GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS - 21/02/2020 08:09:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022108095423300000027477029>
Número do documento: 20022108095423300000027477029

Num. 28497903 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS - 21/02/2020 08:09:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022108095423300000027477029>
Número do documento: 20022108095423300000027477029

Num. 28497903 - Pág. 2



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

PROCESSO N° 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 fôr 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



Assinado eletronicamente por: GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS - 04/03/2020 13:30:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030413301483500000027729021>
Número do documento: 20030413301483500000027729021

Num. 28768118 - Pág. 1

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**

1^a 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 -1^a 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 -1^a 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



Assinado eletronicamente por: GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS - 04/03/2020 13:48:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030413480575400000027730207>
Número do documento: 20030413480575400000027730207

Num. 28769272 - Pág. 1



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

1^a 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 -1^a 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 -1^a 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



Assinado eletronicamente por: GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS - 04/03/2020 13:48:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030413480575400000027730207>
Número do documento: 20030413480575400000027730207

Num. 28769561 - Pág. 1

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 EROTILDE 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, n º 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



Assinado eletronicamente por: GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS - 04/03/2020 13:53:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2003041353250500000027730625>
Número do documento: 2003041353250500000027730625

Num. 28769800 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba

N ú m e r o :
C l a s s e :
A s s u n t o :
P o l o
Polo passivo:

d o
P r o c e s s o :
[]
a t i v o :

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que me dirigi na referida rua e não localizei nenhuma pessoa com o nome indicado, tendo diligenciado junto a moradores ali e agentes de saúde daquela localidade que informaram desconhecer pessoa com o nome indicado e que não localizei o número 144.

Sousa, 13 de março de 2020
VANILDA FERREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: VANILDA FERREIRA DA SILVA - 13/03/2020 11:00:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311005898300000028022696>
Número do documento: 20031311005898300000028022696

Num. 29082437 - Pág. 1