



Número: **0833858-50.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/07/2016**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS (AUTOR)		DOMINGOS SAVIO BREGALDA GUSSEN (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
4353430	11/07/2016 11:48	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
4353438	11/07/2016 11:48	<a href="#">INICIAL</a>	Memorial
4353439	11/07/2016 11:48	<a href="#">PROCURAÇÃO E SUBSTABELECIMENTO</a>	Procuração
4353442	11/07/2016 11:48	<a href="#">DOCS PESSOAIS</a>	Documento de Identificação
4353443	11/07/2016 11:48	<a href="#">DECLARAÇÃO</a>	Outros Documentos
4353445	11/07/2016 11:48	<a href="#">DOCS DIVERSOS</a>	Outros Documentos
4374116	18/07/2016 16:52	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
9293734	21/08/2017 14:17	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
28361369	17/02/2020 22:10	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
28497903	21/02/2020 08:09	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
28768118	04/03/2020 13:30	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
28768122	04/03/2020 13:30	<a href="#">expediente 083385850</a>	Outros Documentos
28769272	04/03/2020 13:48	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
28769561	04/03/2020 13:50	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
28769800	04/03/2020 13:53	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
29082437	13/03/2020 11:00	<a href="#">Certidão</a>	Certidão

ARQUIVOS EM FORMATO PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA  
COMARCA DA CAPITAL JOÃO PESSOA – ESTADO DA PARAÍBA –  
PB.**

**JOSE LUCIVALDO DOS SANTOS**, brasileiro, casado, verdureiro, portador da carteira de identidade SSP/PB-826.598, com inscrição no CPF sob o nº 279.066.474-91, filiação: Ariamino Rodrigues dos Santos e Izabel Maria da Conceição, residente e domiciliado na Rua Erotilde Serafim nº. 144, Jardim Sorrilandia III, Sousa – PB. CEP: 58.800-000, vem, por intermédio de seu advogado infra-assinado, com fulcro no artigo 318 do novo CPC, exercer direito de

**AÇÃO PELO PROCEDIMENTO COMUM DE  
COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO  
DE DANOS PESSOAIS DPVAT**  
(artigo 20, alínea, “I”, Decreto-Lei n.º 73/66)

em face de **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, pessoa jurídica de direito privado, estabelecida na Rua João Bernardo de Albuquerque nº. 62 sala 105, Tambiá, João Pessoa - PB. CEP 58.020-565, pelas razões de fato e de direito que passam a expor:

**DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA**

Inicialmente, a parte autora solicita a V.Exª se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma dos artigos 98 e seguintes do novo CPC, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência.

Rua Miguel Couto 251, Edificio Vina Del Mar 7º Andar, Sala 705, Centro, João Pessoa – PB.



## DOS FATOS

Consoante comprova a inclusa documentação, a parte autora foi vítima de acidente de trânsito no dia 01 de maio de 2015, o que lhe causou lesões corporais, consistindo em **POLITRAUMATISMOS, CORTE CONTUSO EM QUEIXO, O QUE LHE CAUSOU SEQUELAS PERMANENTES**, como demonstra a documentação médica em anexo.

Registre-se que a parte autora postulou administrativamente o recebimento do seguro DPVAT, obtendo pagamento parcial em 22.03.2016 no valor de R\$2.362,50 restando à parte autora o direito ao recebimento da diferença no valor de R\$ 7.087.50.

Como é sabido a Lei 11.945/09, estabeleceu tabela para quantificação das lesões de cada membro atingido. Na hipótese, a parte autora sofreu debilidade permanente em queixo, fazendo jus, portanto, à totalidade do valor previsto na mencionada tabela, abatido o valor pago administrativamente.

## DA CONCILIAÇÃO OU MEDIAÇÃO

Muito embora a parte autora tenha sempre o interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais concilia, o que torna inócua a designação de audiência para esta finalidade. Desta forma, nos termos do parágrafo 5º do artigo 334 do novo CPC, a parte autora declara seu desinteresse na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

## DO PEDIDO

Face ao exposto, a parte autora requer o deferimento da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, bem como a seja a prestação Jurisdicional entregue da seguinte forma:

- a) **determine a citação da seguradora-ré, para, querendo, responder aos termos da presente, sob pena de revelia e confissão, bem como na forma do artigo 334, do Par.4, II e Par.5º do NCPC, a parte autora, declara seu desinteresse na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação, e que, após análise dos requisitos e pressupostos processuais, seja marcada a perícia médica, visando os princípios da celeridade processual e duração razoável do processo;**
- b) **seja a ré CONDENADA ao a pagar o valor de R\$ 7.087,50 (sete mil oitenta e sete reais e cinquenta centavos), corrigida monetariamente e acrescida de juros de mora de 1% ao mês a partir da data do evento danoso.**

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar 7º Andar, Sala 705, Centro, João Pessoa – PB.



---

c) seja a ré, ainda, **CONDENADA** ao pagamento das custas processuais e juros, onde couber, bem como em honorários advocatícios em valor não inferior a 20% sobre o valor da condenação.

#### **DAS PROVAS**

Requer a parte autora como provas, todas as em direito admitidas, em especial, prova pericial médica e documental superveniente, se necessário for.

#### **DO VALOR DA CAUSA**

Dá-se à causa o valor de **R\$7.087,50** (sete mil oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

#### **DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES**

Por fim, em cumprimento ao art. 287 do novo CPC, o autor informa que receberá todas as intimações referentes a este processo no endereço constante no rodapé, **e-mail:saviobregalda@gmail.com**, requer ainda, que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome do advogado Dr. Domingos Sávio Bregalda Gussen, OAB/RJ 127.405, Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar, 7º Andar, Sala 705, Centro, João Pessoa – PB, sob pena de nulidade, esperando deferimento.

Pede Deferimento.  
Salvador, 23 de maio de 2016.

Domingos Sávio Bregalda Gussen  
OAB/RJ 127.405

Rua Miguel Couto 251, Edifício Vina Del Mar 7º Andar, Sala 705, Centro, João Pessoa – PB.



**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**Outorgante(s):**

JOSE LUCIVANIO DOS SANTOS  
\_\_\_\_\_  
brasileiro(a),  
estado civil: CAZADO, profissão: VEREADOR,  
documento de identificação: R26.598,  
CPF: 049.066.474-91, Endereço: 12 CLOTILDE  
BERDEIM - Nº 1441,  
Cidade: SOBRAL, 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**

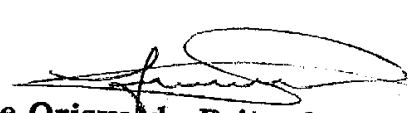


## SUBSTABELECIMENTO

**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**







01/07/2016

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

**BRASIL**  
([HTTP://BRASIL.GOV.BR](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**

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: 079.066.679-91, Endereço: R. CEOT. 100  
SERAPIM - 144,  
Cidade: SENDA, 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, ressaltando-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**

**Verando 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 medico.

O 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 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.

**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 Sivaldo 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 ☐ ESO

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

☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

☐ ACIDENTE DE ESPORTE ☐ AGRESSÃO FÍSICA Queda de bicicleta

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

☐ ENVENENAMENTO POR: \_\_\_\_\_

### EXAME FÍSICO MÉDICO

ENCONTRADO: ☐ DECUBITO 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 ☐ > 50 ☐ < 90 ☐ < 2 SEGUNDOS - MMII ☐ < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: 95 %

### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem:

<input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA	<input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE	<input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVAA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA	<input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUÍDO	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA
	<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: \_\_\_\_\_ SRL: \_\_\_\_\_ m SF 0.9%: \_\_\_\_\_ SG: \_\_\_\_\_ m MEDICAÇÃO: \_\_\_\_\_

☐ 021 MIN: \_\_\_\_\_ MASCARA COM RESER: ☐ CATETER NASAL: ☐ IMOBILIZAÇÃO: ☐ MSE ☐ MSD ☐ MIE ☐ MID: ☐ MACA A 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: \_\_\_\_\_ CRICO: ☐ PUNÇÃO: ☐ CIRÚRGICA: ☐ TORACOCENTESE: ☐ E ☐ D ☐ DRENAGEM TORÁCICA: ☐ E ☐ D ☐ PERICARDIOTOMIA

☐ V MECÂNICA: ☐ ECG: ☐ ETCO<sub>2</sub>: ☐ RCP: ☐ MANUAL ☐ AUTOPULSO: ☐ DESFIBILAÇÃO: ☐ 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 MASTEN CARD VISA AMERICAN EXPRESS HIPER CARD OUTRO:

CARTÕES DE BANCO 1 2 3 NOMES DO BANCO:

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$

CALÇADO (MARCA):

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

**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 FISIOLÓGICA					
TERBUTALINA					
OUTROS					

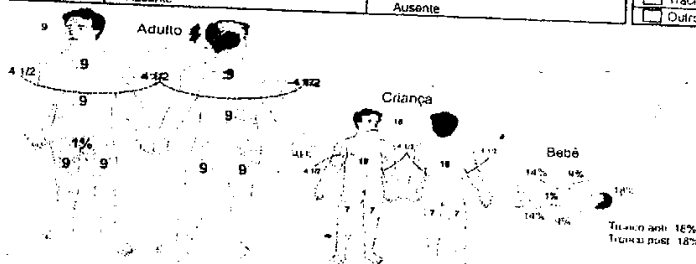
EVOLUÇÃO MÉDICA: Atendimento a paciente vítima de queda de bicicleta consciente, orientada, alcoolizada apresentando corte contuso no queixo. Foi imobilizado e encaminhado ao HR.

**ESCALA DE GLASGOW**

Score	RESPOSTA	RESPOSTA MODIFICADA PARA LACTENTES
4	Esponânea	Esponânea
3	Ao estímulo verbal	Ao estímulo verbal
2	Ao estímulo doloroso	Ao estímulo doloroso
1	Ausente	Ausente
6	Obedece comando	Movimentação espontânea
5	Localiza dor	Localiza dor (retirada ao toque)
4	Rotura ao estímulo doloroso	Retirada ao estímulo doloroso
3	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)	Flexão ao estímulo doloroso (postura decorticada)
2	Extensão ao estímulo doloroso (postura descortada)	Extensão ao estímulo doloroso (postura descortada)
1	Ausente	Ausente
5	Orientado	Batucada
4	Confuso	Choro à irritado
3	Palavra inapropriadas sons inespecíficos	Choro à dor
2	Ausente	Gemido à dor
1	Ausente	Ausente

**RELAÇÃO DE MATERIAIS DEIXADOS NO HOSPITAL**

Materiais	Quantidade
<input type="checkbox"/> Ambu	
<input type="checkbox"/> Base do Estabilizador Lateral de Cabeça	
<input type="checkbox"/> Cânula de Guedel	
<input type="checkbox"/> Colar cervical Tamanho	
<input type="checkbox"/> Estabilizador Lateral de Cabeça	
<input type="checkbox"/> Ked ( ) Adulto ( ) Infantil	
<input type="checkbox"/> Maca	
<input type="checkbox"/> Maca a Vácuo	
<input type="checkbox"/> Máscara com Reservatório	
<input type="checkbox"/> Máscara sem Reservatório	
<input type="checkbox"/> Máscara de Nebulização	
<input type="checkbox"/> Prancha Rígida	
<input type="checkbox"/> Tala Tamanho	
<input type="checkbox"/> Tentele Aranha	
<input type="checkbox"/> Torpedo de O	
<input type="checkbox"/> Tractionador de Fêmur	
<input type="checkbox"/> Outros	



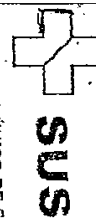
**AVALIÇÃO DAS PUPILAS**

	1 ( ) IOCORICAS
	2 ( ) MIDRIASE
	3 ( ) MIOSE
	4 ( ) ANISOCORICAS









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: Paraíba

UF: 25

PACIENTE:

NOME: José de Santos

SEXO: M

IDADE: 48

DATA DE NASCIMENTO: 27.11.1964

DOCUMENTO: 838004506405449

PROFISSÃO: Vendedor

END: rua manhua

UF: P/B CEP: 58800-000

MUNICÍPIO: Sousa

UF: P/B CEP: 58800-000

DATA DO ATENDIMENTO: 01/10/18 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

ENCAMINHAMENTO

☐ 01 - PRESCRITA

☐ OBSERVAÇÃO

☐ RESIDÊNCIA

☐ INTERNO

☐ 02 - APLICADA

☐ OUTRO HOSPITAL

☐ OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO

IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S):

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**  
Suplente de atendimento em emergência

**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.

**INDICAÇÃO**

☐ 01 - PRESCRITA  
☐ 02 - APLICADA

**SERVIÇOS REALIZADOS:**

**CODIGO PROCEDIMENTO:**

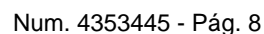
**ENCAMINHAMENTO**

☐ OBSERVAÇÃO  
☐ RESIDÊNCIA  
☐ INTÉR  
☐ OUTRO HOSPITAL  
☐ OUTRO  
☐ OUTRO

**ASS. DO PACIENTE / RESPONSÁVEL**

**ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo**

**ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO -**





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 PELA SEGURADORA LÍDER, O PROCESSO FOI NEGADO, NÃO CABENDO VALORES A SEREM PAGOS	Giovana Rotava
08/12/2015 09:37	PROCESSO ENVIADO PARA REANÁLISE:	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 fé.

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

