

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA E EXTRA"

OUTORGANTE: José Pedro de Araújo Souza, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do RG nº 4.466.427, CPF nº 125.749.724-30 residente e domiciliado no Sítio Pernambuquinho, 444, área rural, Itabaiana

9420-8102

OUTORGADOS: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO e JOSÉ EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO, ambos brasileiros, casados, advogados inscritos com a OAB/PB nº 16.249 e 19.337, respectivamente, com endereço profissional na Praça Mons. Francisco Coelho, nº 06, sala 09, 1º andar, Centro, Itabaiana, PB, telefone: (083) 99904-9000 / 99988-1393 / 99389-4989, onde recebe as notificações, citações e intimações de estilo.

PODERES: Para o fim, defender os interesses da (o) outorgante a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com as cláusulas "ad judicia e extra", para representá-lo em repartições Públicas Federais, Estaduais, Municipais, Autarquias, Sociedade de economia mista, empresas públicas e quaisquer outras pessoas jurídicas de direito público ou privado, para tratar de assunto do seu interesse, assinando livros, requerimento, guias e documentos, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformação, desistência, reafirmação de protocolo, parcelamento, confissões, alteração de dados especiais, cadastro, ficha, obter vista em procedimento administrativo ou fiscal, concordar ou recorrer de decisões administrativas apresentar razões e contrarrazões e acompanhar os recursos e procedimentos em qualquer instância, tudo requerendo para defesa dos citados interesses: conferindo-lhes ainda poderes para em qualquer Juízo utilizando dos recursos legais e acompanhando-os, sendo expressamente autorizado a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromisso e acordo, receber e dar quitação, levantar alvará e valores existentes em contas judiciais ou provenientes de guias de precatórios ou depósitos judiciais deduzindo e compensando os seus por despesas de verbas honorária contratual e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas ou depósitos judiciais, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, agindo tudo em conjunto ou separadamente autorizado substabelecimento total ou parcial a outrem, para requerer seguro DPVAT, praticamente todos os atos que se fizerem necessários ao fiel desempenho do presente mandato, bem como para RENUNCIAR ao excedente do teto delimitador da competência absoluta do JEF, ou seja, 60 sessenta salários mínimos, à época do ajuizamento da ação, dando por bom, firme e valioso.

Itabaiana- PB, 26 / 11 / 2018

Outorgante: José Pedro de Araújo Souza

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito e prova junto à Justiça, com fundamento jurídico na Lei nº 1060/50, que por ser pobre, não tenho condições financeiras de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo próprio e de minha família.

Declaro, ainda, ser conhecedora das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2º da supracitada Lei), caso o presente documento não porte a verdade.

Itabaiana- PB, 26 / 11 / 2018

José Pedro de Araújo Souza



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

José Pedro de Araújo Souza, brasileiro, solteiro, desempregado, portador de RG nº 4.466.427, CPF nº 125.749.724-30, residente e domiciliado no Bairro Pernambuquinho, 444, área rural, Itabaiana

doravante denominado **CONTRATANTE** e, de outro, VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO e JOSÉ EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO, ambos brasileiros, casados, advogados, inscritos na OAB/PB nº 16.249 e 19.337, respectivamente, com escritório profissional na Praça Mons. Francisco Coelho, nº 06, sala 09, Itabaiana-PB, doravante denominado simplesmente **CONTRATADOS**, firmam o presente **CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**, que será regido pelas cláusulas e condições a seguir expostas.

CLÁUSULA PRIMEIRA: O (a) CONTRATANTE, por este instrumento contrata os serviços advocatícios dos CONTRATADOS para que promovam ação judicial, que tramitará

CLÁUSULA SEGUNDA: Para execução dos trabalhos acima mencionados, os CONTRATADOS farão jus ao pagamento do equivalente a trinta por cento do todo o proveito econômico que o CONTRATANTE vier a receber em decorrência do processo, advindos de sentença judicial ou acordo nos autos, quando o mesmo receber e se receber;

CLÁUSULA TERCEIRA: Se o CONTRATANTE optar por destituir os CONTRATADOS ou desistir da ação, ficará sujeito ao imediato pagamento da quantia de três mil reais, em favor dos CONTRATADOS, independentemente do estado em que se encontre o processo judicial ou administrativo.

CLÁUSULA QUARTA: O CONTRATANTE concorda que seja destacado da RPV, PRECATÓRIO ou DEPÓSITO JUDICIAL o valor dos honorários contratados e afirma através deste instrumento que esta ciente de que o referido valor será descontado das parcelas a que por ventura tenha direito.

CLÁUSULA QUINTA: O (a) CONTRATANTE arcará com todas as custas e despesas processuais, bem como eventuais ônus de sucumbência. As partes, de comum acordo, elegem o foro da Comarca de Itabaiana-PB, como o único competente para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios decorrentes do presente Contrato.

E, estarem certas e avençadas, as partes assinam o presente Contrato, em duas vias de igual teor e forma.

Itabaiana- PB, 26 / 11 / 2018.

Contratante: José Pedro de Araújo Souza
Contratados: Viviane Souza

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins de prova em direito admitida que NÃO PAGUEI nenhuma quantia a título de honorários contratuais aos advogados VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO - OAB/PB nº 16.249 e JOSÉ EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO - OAB/PB nº 19.337. Declaro, ainda, que só procederei com o pagamento dos aludidos honorários ao término da ação.

Itabaiana, 26 / 11 / 2018

José Pedro de Araújo Souza



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Ressalta para sempre pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica. N° 036.771.811.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-460
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

LINDINALDO MARQUES DE ARAUJO
SIT PERNAMBUQUINHO 444
ITABAIANA.

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/563177-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	16/12/2019	133	23/12/2019	R\$ 94,30

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL 00190.00009 02624.912008 09766.045174 8 8112000009430				
Pagador: LINDINALDO MARQUES DE ARAUJO CNPJ/CPF: 096.148.514-06 SIT PERNAMBUQUINHO 444 - AREA RURAL - ITABAIANA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número Nr Documento Data Vencimento Valor do Documento Valor Pago 26249120009766045 000563177201912 23/12/2019 R\$ 94,30				
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40



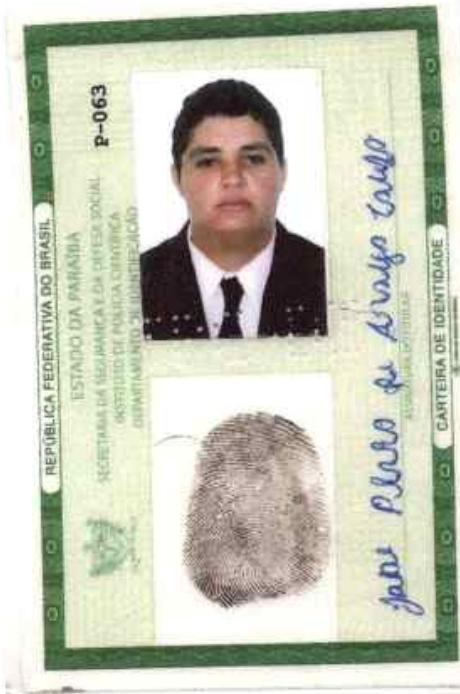
Comprovante de Residência

Beneficiário



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021016344740500000027139522>
Número do documento: 20021016344740500000027139522

Num. 28138299 - Pág. 3



Documentos
Pessoais
de
Beneficiário



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021016344740500000027139522>
 Número do documento: 20021016344740500000027139522

Num. 28138299 - Pág. 4

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA E EXTRA”

OUTORGANTE: JOSÉ PEDRO DE ARAÚJO SOUZA, brasileiro, solteiro, motorista, portador do RG nº 4.466.427, CPF nº 125.749.724-30, residente e domiciliado no Sítio Pernambuquinho, 444, área rural, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000.

OUTORGADOS: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO, brasileira, casada, advogada inscrita com a OAB/PB nº 16.249 com endereço profissional na Av. José Silveira, s/n, Centro, Itabaiana, PB, telefone: (0**83) 99904-9000 / 99988-1393 / 99389-4989, onde recebe as notificações, citações e intimações de estilo.

PODERES: Para o fim de requerer administrativamente o pagamento de seguro DPVAT por invalidez permanente de JOSÉ PEDRO DE ARAÚJO SOUZA, brasileiro, solteiro, motorista, portador do RG nº 4.466.427, CPF nº 125.749.724-30, residente e domiciliado no Sítio Pernambuquinho, 444, área rural, Itabaiana-PB, CEP: 58.360-000 vítima de acidente ocorrido no dia 07 de novembro de 2018 às 23h00 nas proximidades na Fazenda Ramalho, PB 054, sentido Juripiranga – Itabaiana-PB.

AUTOMÓVEL: FORD/KA FLEX, placa OGC 7419/PB, cor BRANCO, ano 2013/2013, CHASSI 9BFZK53AXDB494791, LICENCIADO no nome de MARIA DA PENHA OLIVEIRA, RENAVAM 1/0058519161-1.

Itabaiana- PB, 06 DE NOVEMBRO DE 2019.

Outorgante: José Pedro de Araújo Souza



Av. José Silveira, 110 - Centro
Tabelião Belo Maria das Graças de Almeida Melo CEP: 58360-000 - FONE: (083) 3281-1272
e-mail: cartorioitabaiana@outlook.com

32.000 9522

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUZA
Dou f. Itabaiana/PB - 26/11/2019
Selo Digital: AJL91595-6TAL
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 11,66 Farpen R\$ 0,28 MP R\$ 0,19 Fepj R\$ 1,90

Irís Lira Araújo
Exerciente Cartório do 2º Ofício
ITABAIANA-PB



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021016344806200000027139523>
Número do documento: 20021016344806200000027139523

Num. 28138300 - Pág. 1

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009528 **Vítima: JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUZA**

Data do Acidente: 07/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: VIVIANE MARIA SILVA DE OLIVEIRA NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15335096

Pag. 00529/00530 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009528 **Vítima: JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUZA**

Data do Acidente: 07/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 08/11/2018, emitido pelo Dr. FERNANDO RAMALHO DINIZ CRM nº 2797 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00379/00380 - carta_31 - INVALIDEZ



00070190

Carta nº 15367137



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021016344907600000027140077>
Número do documento: 20021016344907600000027140077

Num. 28138304 - Pág. 1

Documentos
Pessoais
Condutor





Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021016344968600000027140081>
Número do documento: 20021016344968600000027140081

Num. 28138308 - Pág. 2

Comprovante de Residência - do condutor

 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Clímaco, 220 - Japuá/Ribeiro - João Pessoa - PB CEP: 58.016-670 - CNPJ: 09.123.664/0001-67		FAÇA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO MATRÍCULA 71044779 N. OSP 21258649																					
NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS																							
MARIA TEREZA RUA DR JOSÉ GABRIEL, 14 - CENTRO ITABAIANA PB 58360-000																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th colspan="4">Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> <tr> <th>005.004.093.0193.000</th> <th>000</th> <th>Anterior</th> <th>Corrente</th> <th>Acumulado</th> <th>Parcial</th> <th>g</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável	005.004.093.0193.000	000	Anterior	Corrente	Acumulado	Parcial	g			1	0	0	0	
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável																	
005.004.093.0193.000	000	Anterior	Corrente	Acumulado	Parcial	g																	
		1	0	0	0																		
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto																			
Y13N943554	13/10/2014	EXT LACRE	LIGADO	POTENCIAL																			
Constante(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de contas anteriores(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso. Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelos lojas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.																							
REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)																		
ABR/2019	07/05/2019	37,91																					
MAI/2019	07/05/2019	37,91																					
EMISSÃO: 26/06/2019		Total a Pagar: R\$ 75,82																					

TERI 080004926 AGENTE 708977 AUTE 45451
 COBAN: 052351 LOJA: 00021 PDV: 006492
 04/07/2019 BANCO DO BRASIL 11:55:15
 016435101 CORRESPONDENTE BANCÁRIO 0700

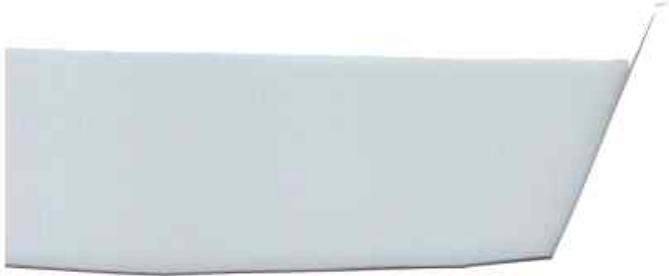
COMPROVANTE PAGAMENTO COM COD.BARRA

CONVENIO: CAGEPA RECEBIMENTO

82690000000 75200010005 07104477902
 12506491215
 NR. DOCUMENTO 16.482
 NR. CONVENIO 06.081-6
 DATA DO PAGAMENTO 04/07/2019
 VLR. DO PAGAMENTO 75,82

NR. AUTENTICAÇÃO 3.E29.422.204.EDC.096





Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021016344968600000027140081>
Número do documento: 20021016344968600000027140081

Num. 28138308 - Pág. 4



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 004/2019
Ocorrência nº. 841/2019

Aos SEIS dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de Itabaiana-PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOSÉ DE ARIMATEA MORAIS DA SILVA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão Bruno César G. Monteiro, ai, por volta 09h30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ PEDRO DE ARAÚJO SOUZA, brasileiro, natural de Itabaiana-PB, nascido em 26.01.1996, filho de Manoel Marques de Souza e de Maria Gorete de Araújo, RG nº 4.466.427 SSP/PB, CPF nº 125.749.724-30, residente no Sítio Pernanbuquinho, 444, zona rural, Itabaiana-PB, fone: 99420-8102.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato:** 07.11.2018
- 3) Horário do fato:** 23h00min;
- 4) Local do fato:** Fazenda Ramalho, PB 054, Itabaiana-PB
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? NÃO;**
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado?** Prejudicado
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** Não soube informar

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

Veículo (Ford KA, flex 2013/2013, cor branca, 9BFZK53AXDB494791, placa OGC7419/PB, cadastrado em nome de Maria da Penha Oliveira).

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

BEBETO, reside no Loteamento Nova Itabaiana, por trás do Fórum

8) Breve resumo do fato:

Afirma o noticiante que estava de carona do veículo citado no item 6 deste BO, sendo conduzido pela pessoa de BEBETO, trafegando pela PB-054, sentido Juripiranga a Itabaiana-PB; QUE BEBETO não viu um quebra mola e freou em cima; QUE atrás vinha um outro veículo, o qual colidiu na traseira do carro de BEBETO e o noticiante veio a desmaiar; QUE foi socorrido por populares e quando acordou já estava no Hospital de Trauma em João Pessoa; QUE deu entrada no referido hospital no dia 08.11.2018 por volta das 01h40min, sendo diagnosticado com uma fratura de clavícula esquerda, conforme laudo em anexo; QUE recebeu alta hospitalar no mesmo dia (08.11.2018). Nada mais disse e nem lhe foi perguntado, motivo pelo qual faz a presente notificação.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

NÃO HOUVE

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão que digitou.

José Pedro de Araújo Souza
JOSÉ PEDRO DE ARAÚJO SOUZA

Comunicante

[Signature]
Escrivão de Polícia
Matrícula nº 168.605-4



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Eduardo Marques Correia,

RG nº 3051323, data de expedição 28/09/2015

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 064.937.634-82,

com domicílio na cidade de Itabaiana, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Pernambucinho, nº 444,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Pedro de Araújo Souza, cujo o condutor era

José Carlos Alberto.

Veículo: automóvel Modelo: FORD / KA FLEX Ano: _____

Placa: OGC 7419/PB Chassi: 9DFAK53AXD3494791

Data do Acidente: 07/11/2018

Local e Data: Itabaiana - PB, 26 de novembro de 2019

José Eduardo Marques Correia
Assinatura do Declarante

José Carlos Alberto

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



2º Cartório de Notas de Itabaiana - PB

Tabelião Bela Maria das Graças de Almeida Melo

Av. José Silveira, 110 - Centro

CEP: 58000-000 - FONE: (83) 3281-1272

e-mail: caminoditalbaima@outlook.com

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSÉ EDUARDO MARQUES CORREIA e
JOSÉ CARLOS ALBERTO

Doc. nº: Itabaiana/PB - 26/11/2019

Selo Digital: AJL91603-CKK5, AJL91604-26RX

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 11,66 Farpec R\$ 0,28 MP R\$ 0,19 Fepj R\$ 1,90



José Lira Araújo
Tabelião do 2º Ofício
ITABAIANA - PB



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:51

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021016345070200000027140085>

Número do documento: 20021016345070200000027140085

Num. 28138312 - Pág. 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014355132737

41498297876

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRF 20180300012041-0

VA 0058519161-1 00/00000000

NOME/LINDEIRO
JOSE EDUARDO MARQUEZ CORREIA
RUA SIT FERNANBUQUINHO SN
ZONA RURAL
58360000 ITABAIANA-PB

CPFCNPJ 06793763462 PLACA DGC7419/PB

NOME ANTERIOR
MARIA DA PENHA OLIVEIRA

PLACA ANTERIOR	CHASSI	
NOVO PB	9BF7K53AXDB494791	
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
FAS / AUTOMÓVEL /	ALCO / GASOL	
MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
FORD / KA - FLEX	2013	2013
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
S / P / 73 / CV	PARTIC	BRANCA

OBSERVAÇÕES

A.F. BV FINANCEIRA S.A.
DOCUMENTO VENDIDO A INCHEP PARA ESTA FONTE
Nº. Motor : SMRBD494791

ITABAIANA-PB LOCAL 11/12/2018
19267 31054





Proprietário do Veículo





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
125.749.724-30 JOSÉ PEDRO DE ARAÚJO SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOSÉ PEDRO DE ARAÚJO SOUZA	6 - CPF: 125.749.724-30		
7 - Profissão: OPERADOR DE MÁQUINA	8 - Endereço: SITIO PERNAMBUCINHO	9 - Número: 444	10 - Complemento:
11 - Bairro: ÁREA RURAL	12 - Cidade: ITABAIANA	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58.360-000
15 - E-mail: 		16 - Tel.(DDD): 	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0433** CONTA: **000518 18** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцuro (ve/nascer): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos?: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34.
Assinatura
de
representante
legal
de
vítima
beneficiário
que
autentica
este
documento

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **ITABAIANA-PB, 02 DE JULHO DE 2019**

... por Oliveira Líder
41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante

Viviane Maria Silva de Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Oliviana Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

02/2019



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	26/01/96
NOME DA MÃE	MARIA GORETE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.120.718
DATA DO ATENDIMENTO	08/11/18
HORA DO ATENDIMENTO	01:40
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE AUTOMÓVEL
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de automóvel, consciente e orientado. Glasgow 15. Apresentando dores com sinais de fratura em clavícula esquerda. Nega perda da consciência. Abdomen sem queixas. Imagens evidenciam fratura de clavícula esquerda, com indicação de tratamento conservador.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo
RX de bacia
RX de torax
RX de coluna cervical
Ultrassonografia do Abdomen FAST

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula esquerda.

TRATAMENTO:

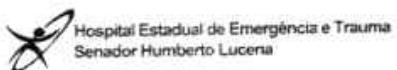
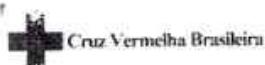
Imobilização em 8.

ALTA HOSPITALAR:	08/11/18
DATA DA EMISSÃO:	28/01/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1120718



Identificação do paciente				
ID 1343505	Nome JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA			Sexo Masculino
Data de nascimento 26/01/1996	Idade 22 anos 9 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA GORETE DE ARAUJO				Pai NAO DECLARADO
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991583019	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Crs		
Local de procedência JURIPIRANGA		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade ITABAIANA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58360000	Município de residência ITABAIANA	UF PB	Logradouro PERNANBUQUINHA	
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL		
Admissão				
Data e Hora 08/11/2018 01:40:07	Número da pulseira 1000006924439	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Detalhe do acidente VEICULO X VEICULO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vaio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente trazido de casa, exsuscit faro x ferido consciente, comido, nega náusea e dor no abdômen				
Rita de Cássia Andrade Silva Enfermeira COREN-PB 484.130				
Diagnóstico				CID
Atendido por YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA				Tempo 51seg

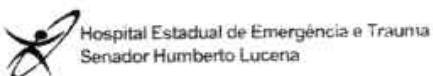
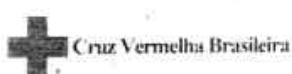
Imprimir

08/11/2018 01:39



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021016345168900000027140090>
 Número do documento: 20021016345168900000027140090

Num. 28138317 - Pág. 2



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA		BAE 1120718	Data/Hora Entrada 08/11/2018 01:40:07	Data Baixa 2018-11-08 11:01:26.0			
Data de nascimento: 26/01/1996		Idade 22a 9m 13d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991583019			
Mãe MARIA GORETE DE ARAUJO				Prontuário			
Endereço PERNANBUQUINHA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município ITABAIANA	UF PB			
Acidente VEICULO X VEICULO		Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional REMO SOARES DE CASTRO	Nº Cons. Regional 2447/PB			
Data/Hora Classificação 08/11/2018 01:40:07		Data/Hora Prescrição 08/11/2018 11:01:51					
Anamnese							
o paciente retorna do cdi visto rx controle berm alinhada a fratura, ja teve alta da neuro e da cirurgia geral, receita agendado retorno e alta da ortopedia.							
Conduta							
Alta médica							
Alta Hospitalar							
Usuário REMO SOARES DE CASTRO	Data e Hora 08/11/2018 11:01:26						
Motivo de Alta ALTA MEDICA	Observações JA TEVE ALTA DA CLINICA CIRURGICA E DA NEURO						

JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA



REMO SOARES DE CASTRO
(: 2447/PB)



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA	BAE 1120718	Data/Hora Entrada 08/11/2018 01:40:07	Data Baixa
Data de nascimento 26/01/1996	Idade 22a 9m 13d	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA GORETE DE ARAUJO		Telefone de Contato (83) 991583019	
Endereço PERNANBUQUINHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ITABAIANA	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO	Motivo ACIDENTE DE AUTOMÓVEL	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 08/11/2018 01:40:07		Data/Hora Prescrição 08/11/2018 10:46:41	
Anamnese ##NCIR## PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO. SEM RELATO DE TCE. AO EXAME: BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO SEM DEFICITS ECG 15 SEM CERVICALGIA SEM DOR A PALPAÇÃO VERTEBRAL CD: ALTA DA NCIR			
Conduta Em observação			

JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

Tomas Catão Monte Raso
Nurse/Enfermeira
CRM/PB 7742

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em 08/11/2018 01:40:58



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021016345168900000027140090>
Número do documento: 20021016345168900000027140090

Num. 28138317 - Pág. 4

264

SEARCHED [] INDEXED [] SERIALIZED [] FILED []
FBI - MEMPHIS
1985-10-12 10:30 AM PD
FBI - MEMPHIS
1985-10-12 10:30 AM PD

卷之三

Algunas de las principales organizaciones norteamericanas existentes en el momento del comienzo de la guerra, y que tuvieron un papel importante en las operaciones, fueron:

SHELDON

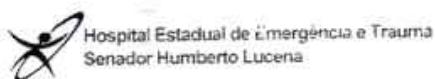
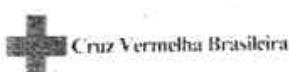
ANALISANDO OS SÍMBOLOS RÍSTICOS

Dr. Remo Soares
033 002447
Hospital Unimed JP



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:52
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002101634516890000027140090>
Número do documento: 2002101634516890000027140090

Núm. 28138317 - Pág. 5



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA		BAE 1120718	Data/Hora Entrada 08/11/2018 01:40:07	Data Baixa
Data de nascimento 26/01/1996		Idade 22a 9m 13d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (+3) 991583019
Mãe MARIA GORETE DE ARAUJO				
Endereço PERNANBUQUINHA, SN		Bairro ZONA RURAL	Município ITABAIANA	UF PB
Acidente VEICULO X VEICULO		Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional FERNANDO RAMALHO DINIZ	Nº Cons. Regional 2797/PB
Data/Hora Classificação 08/11/2018 01:40:07		Data/Hora Prescrição 08/11/2018 02:17:36		

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, TRAZIDO PELO SAMU, APRESENTANDO DORES E SINAIS DE FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO.

AO EXAME ATLS:

- A; VIAS AÉREAS PÉRVIAS COM COLAR CERVICAL RESPIRANDO EXPONTANEAMENTE.
SPO2=100%.
- B; MV+ EM AHTs SEM RA.EUPNÉICO.
- C; PULSO CHEIO, FC=98 bpm. CORADO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.
- D; GLASGOW 15, PUPILAS FOTOREAGENTE E ISOCÓRICAS. MOTRICIDADE PERIFÉRICA MANTIDA EM PRANCHA DE RESGATE.
- E; ABDOMEN LIVRE E PELVE ESTÁVEL
EXTREMIDADES SEM ANORMALIDADES. DORES E DESVIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

CM:ANALGESIA + EXAMES + PARECER DO ORTO E NCR.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO EM 10 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIDO EM 50 ML DE SF 0,9%)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA

Boletim registrado por: YSLA MANUELLA SOARES VIRGINIO DA SILVA em: 08/11/2018 01:40:55

FERNANDO RAMALHO DINIZ

(: 2797/PB)



Data:	08/11/18 02:18
Usuário:	FERNANDO
Biótilm:	1120718

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA		Data de	26/01/1996	Idade adsf	22a 9m 13d	Sexo	MASCULINO	Nº	1120718	Nº Prontuário	08/11/2018 02:17:36	Data Prescrição
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										Validade da Prescrição	08/11/2018 02:17:00 - 09/11/2018 02:17:00	
Convenio	SUS		Matrícula										
			Data da entrada	08/11/2018 01:40:07	Data da Internação:				Permanência na		Permanência no		
									38min				
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso		Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento					
1 DIPRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML	Observação: DILUIDO EM 10 ml de AD		E.V.			AGORA					
2 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG	Observação: DILUIDO EM 50 ml de SE 0,9%		E.V.			AGORA					

Reimpresso por: ~
dia: ~

02/20

FERNANDO RAMALHO DINIZ
CRM: 2737

Assinatura e Cártnho do Profissional





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA	22A 9M 13D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Permanência na Unidade
1120718	08/11/2018 01:40:07	35min
Convênio	Leito	Permanência no Leito
SUS	CIRURGIA GERAL	

Parecer médico	
Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	
POLITRAUMA	
Parecer	

Dr. Fernando Ramalho
CRM 7797
Cirurgia Aparelho Orç.
e Vídeo Laparoscópico
Cirurgia Geral



Assinado eletronicamente por: Viviane Maria Silva de Oliveira - 10/02/2020 16:34:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021016345168900000027140090>
Número do documento: 20021016345168900000027140090

Num. 28138317 - Pág. 8

Parecer Médico

Nome JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA	Idade 22A 9M 13D	Prontuário
Boletim de Atendimento 1120718	Data de Entrada 08/11/2018 01:40:07	Data Internação 36min
Convênio SUS	Leito	Clinica CIRURGIA GERAL
Parecer médico Especialidade ORTOPEDIA Motivo da solicitação POLITRAUMA Parecer		Profissional





Atendimento: 201831692340

Data Nasc: 26/01/1996 - 22 anos

Paciente: JOSE PEDRO DE ARAUJO SOUSA

Data Exame: 08/11/2018

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - FAST

***** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.

Este laudo foi liberado em 08/11/2018 02:55.


Dra. Norma C. M. F. Montenegro
CRM: 9697- PB



DECISÃO

1. Vistos, etc.
2. Defiro a gratuidade da justiça. Deixo de designar audiência de conciliação em razão das audiências estarem suspensas através da Resolução n. 313/2020, do CNJ, face a pandemia do COVID-19.
3. Cite-se a parte promovida para, querendo, contestar a ação, no prazo de 15 dias.
4. Determino, de logo, a realização de perícia na parte autora a fim de atestar o percentual do grau de lesão.
5. Nomeio para realização da perícia a Dra. Rossana Duarte, que deverá ser intimada da nomeação, agendando data para realização da perícia, através do e-mail: dr.rosanaduarte@ig.com.br.
6. A perícia deverá ser custeada pela Seguradora Líder, a qual deverá fazer o depósito dos honorários periciais no valor de R \$ 200,00 (duzentos reais), no prazo de 15 dias. Intime-se.
7. Faculto às partes, por seus respectivos advogados, dentro de 5 dias, a indicação de assistente técnico e formulação dos quesitos, se já não constar nos autos.
8. Na oportunidade, deverá o perito responder aos seguintes quesitos, sob pena de responsabilidade:
 - a) É o(a) examinado(a) portador(a) de invalidez permanente?
 - b) Em caso positivo, qual a invalidez e o percentual da debilidade?
9. Intimações necessárias.

Itabaiana, 31 de março de 2020.

Luciana Rodrigues Lima
Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: LUCIANA RODRIGUES LIMA - 31/03/2020 14:16:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033114163998700000028212387>
Número do documento: 20033114163998700000028212387

Num. 29286462 - Pág. 1