

Cabral & Coutinho
Advogados

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Carlos Brantom de Melo, brasileiro (a);
estado civil: casado; profissão: Padeiro; portador (a) do RG
nº 102.4307, inscrito (a) no CPF sob o nº 691 144.554-04, residente e
domiciliado (a) à Rua São Júlio Tadeu, nº 236, Bairro Cidade João Pessoa, UF PB
matos

OUTORGADO(S): OS ADVOGADOS IRINA NUNES CABRAL DE PAULO – OAB/PB 12.554 e
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO – OAB-PB 22.742, com escritório profissional
estabelecido à Av. Coremas, nº. 172, bairro do Centro, Cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba –
CEP 58.013-430.

FINALIDADE: Defender os direitos e interesses do (a) outorgante, nas causas administrativas e
judiciais em que figura no pólo ativo ou passivo, em especial para representá-la junto a JUSTIÇA
CÍVEL DA COMARCA João Pessoa - PB.

PODERES: Amplos e ilimitados poderes, com a cláusula “AD JUDICIA”, a fim de, em juízo ou fora
dele, defender os direitos e interesses Do (a) Outorgante, podendo, para tanto, formular pedidos,
assinar petições e intimações, apresentar recursos nos Tribunais competentes e acompanhá-los ate
decisão final. Poderes especiais para peticionar junto a órgãos públicos, inclusive autarquias,
empresas publicas e mistas, podendo, ainda, confessar, desistir, acordar, discordar, transigir, firmar
compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar Alvará judicial enfim, praticar todos os
atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, com ou
sem reserva de poderes.

Ficam os Outorgados autorizados, desde já, a proceder ao recebimento dos honorários profissionais
na forma do artigo 22, § 4º, do Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil.

João Pessoa-PB, 28, de dezembro de 2017.


OUTORGANTE

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99626-1510/99113-0753/99918-1400
E-mail: ccf.advs@gmail.com



Cabral & Coutinho
Advogados

DECLARAÇÃO

Pelo	Presente	Instrumento	Particular:
<u>João Batista de Melo</u>			, brasileiro (a); estado
civil: <u>casado</u>	profissão: <u>Porteiro</u>		inscrito (a) no CPF
nº. <u>691.144.554-04</u>			nº <u>102.4307</u> ,
			residente e domiciliado (a) na <u>Rua São Judas Tadeu, nº 236, Alto do Meio</u>
			cidade de <u>João Pessoa</u> , UF <u>PB</u> .

Com fundamento no art. 1º da Lei nº 7.115/83, **declara** neste ato, sob sua inteira e exclusiva responsabilidade, para todos os efeitos legais, **ser pobre na acepção jurídica do termo**, enquadrando-se na concessão prevista na Lei nº 1.060/50 e posteriores alterações, pois a sua "situação econômica" não lhe permite pagar as "custas" do processo e os "honorários de advogado" **sem prejuízo do sustento próprio ou da família.**

João Pessoa - PB, 28 de Dezembro de 2017.

X João Batista de Melo

DECLARANTE

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99626-1510/99113-0753/99918-1400
E-mail: ccf.advs@gmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME

CARLOS CRISTOVAM DE MELO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

1024307

SSP

PB

CPF

691.144.554-04

DATA NASCIMENTO

11/04/1968

FILIAÇÃO

MARIA DO CARMO
CRISTOVAM DE MELO

PERMISSÃO

ACC

CAT.HAB.

AB

Nº REGISTRO

02799635428

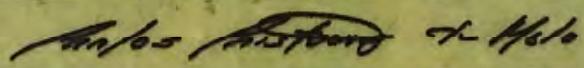
VALIDADE

04/09/2018

1ª HABILITAÇÃO

27/03/2003

INSCRIÇÕES



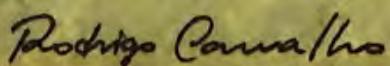
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

05/09/2013



65408345760

PB027056562

ASSINATURA DO EMISSOR

DETTRAN-PB (PARAIBA)

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
818384665

PROIBIDO PLASTIFICAR

818384665

CARMELITA DA SILVA CAVALCANTI
RUA SAO JUDAS TADEU, 236 - ALTO DO MATEUS
JOAO PESSOA / PB CEP: 58090-568 (AG: 1)

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km25- Cristo Redentor- João Pessoa / PB - CEP 58071-880
Roteiro: 9-1-178-1920 Referencia: Abr/2017
Nº medidor: 00000883649 Emissao: 13/04/2017
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000 646 728
Código para Débito Automático: 00003213733



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est. 16.015.823-0
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/321373-3

Abr / 2017

Canal de contato

Prezado Cliente,
Conforme Resolução Homologatória ANEEL Nº 2214/17,
no período de 1º a 30 de abril a Tarifa será reduzida em
0,06641 R\$ /kWh para revertêr a previsão do Encargo de
Energia de Reserva (EER) da Usina Angra III. O efeito
na fatura de cada unidade consumidora se dará de acordo
com seu ciclo de leitura e faturamento.
Mais informações no site www.aneel.gov.br.

Apresentação

13/04/2017

Data prevista da
próxima leitura

16/05/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

50449079449
Insc. Est.:

Faturas em atraso

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data Leitura	Data Leitura			

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	223	0,41989	93,59
Adic. B. Amarela			2,38
Adic. B. Vermelha			3,12
ICMS			39,43
PIS			1,34
COFINS			6,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			6,57
BEM SEGURO - ACE / ASSURANT 04/2017			6,52

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/17	233
Fev/17	226
Jan/17	241
Dez/16	228
Nov/16	209
Out/16	202
Set/16	193
Ago/16	166
JUL/16	205
Jun/16	200
Mai/16	207
Abri/16	214

Média dos últimos meses
210

VENCIMENTO
06/05/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 159,14

RESERVADO AO FISCO

b405.22a7.be97.28b9.6885.282d.9383.f40f.

Indicadores de Qualidade

Composição do valor total da sua conta

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	4,85	3,52	
DIC TRIMESTRAL	8,91	NOMINAL	220
DIC ANUAL	19,82		
FIC MENSAL	3,23	1,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	8,47		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	12,95		LIMITE SUPERIOR
DMIC	2,77	0,00	202
DICRI	12,22		231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	35,25	22,15
Compra de Energia	47,57	29,89
Serviço de Transmissão	2,42	1,52
Encargos Setoriais	13,85	8,70
Impostos Diretos e Encargos	5,53	33,84
Outros Serviços	6,52	4,10
Total	159,14	100,00

Valor do EUSD (Ref. 2/2017) R\$52,42

ATENÇÃO

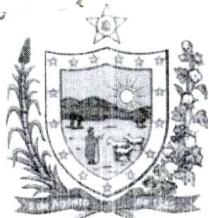
Contato Serviço: BEM SEGURO - ACE / ASSURANT - 0800 704 0044

- O cancelamento da cobrança do convênio e a emissão da fatura sem estas cobranças
podem ser solicitados a qualquer momento na distribuidora



Assinado eletronicamente por: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - 03/05/2018 09:40:56
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18050309392334000000013682416
Número do documento: 18050309392334000000013682416

Num. 14013773 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 124/2015

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO E A REQUERIMENTO VERBAL DE PESSOA INTERESSADA QUE REVENDO EM CARTÓRIO O REGISTRO DAS OCORRÊNCIAS POLICIAIS CUJO TEOR PASSO A TRANSCREVER NA ÍNTegra, SOB A RESPONSABILIDADE DA AUTORIDADE POLICIAL, DR. CANROBERT RODRIGUES DE OLIVEIRA O SEGUINTE RELATO;

COMUNICANTE: CARLOS CRISTOVAM DE MELO ESTADO CIVIL: CASADO NATURALIDADE JOÃO PESSOA/PB PROFISSÃO: PORTEIRO DATA DE NASCIMENTO: 11/04/1968 IDADE: 47 ANOS RG: 1024307 S\$P/PB CPF: 691.144.554-04 FILIAÇÃO: MARIA DO CARMO CRISTOVAM DE MELO ENDEREÇO: RUA SÃO JUDAS TADEU, Nº 236, ALTO DO MATEUS, JOÃO PESSOA-PB TELEFONE: 83- 98739-4079 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO COR DA PELE: MORENO CLARO DIA DO OCORRIDO: 28/09/2015 LOCAL DO FATO: ERNESTO GEISEL, JOÃO PESSOA-PB

HISTÓRICO: CARLOS CRISTOVAM DE MELO INFORMA QUE NO DIA 28/09/2015 QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA TITAN, 150, DE PLACA NPR-7158 DE SUA PROPRIEDADE, PELA AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO DO ERNESTO GEISEL, FOI ATINGIDO POR OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE AVANÇOU O SINAL VERMELHO E, EM DECORRÊNCIA DESSE FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO O NOTICIANTE A CAIR SOBRE O SOLO, SOFRENDO DIVERSAS LESÕES, TENDO SIDO SOCORRIDO POR UM AMIGO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 18:33H, TENDO SIDO DIAGNOSTICADO COM CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO CID 10V22 + S 80.0. POR ESTE MOTIVO NOTIFICOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ. CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO.

Vítima/Comunicante: X



Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 01 de outubro de 2015

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1



Assinado eletronicamente por: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - 03/05/2018 09:40:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18050309393511900000013682418>
Número do documento: 18050309393511900000013682418

Num. 14013775 - Pág. 1

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	CARLOS CRISTOVAN DE MELO
DATA DE NASCIMENTO	11/04/68
NOME DA MÃE	MARIA DO CARMO CRISTOVAN DE MELO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	869.114
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	28/09/15
HORA DO ATENDIMENTO	18:33
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	CONTUSÃO NO JOELHO DIREITO
CID 10	V 22 + S 80.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, POR COLISÃO MOTO X MOTO, COM TRAUMA NO JOELHO E BRAÇO ESQUERDOS. EF= ESCORIAÇÕES + DOR À MOBILIZAÇÃO DO JOELHO ESQUERDOS. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO JOELHO ESQUERDO

RX DE PERNA DIREITA

RX DO TORNOZELO DIREITO

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO AO 1º ATENDIMENTO + AVALIAÇÃO COT COM CONTUSÃO NO JOELHO ESQUERDO + MEDICAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA JOELHEIRA.

ALTA HOSPITALAR: 28/09/2015

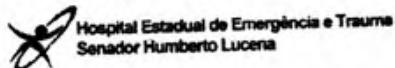
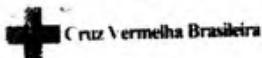
DATA DA EMISSÃO: 26/02/2017

Dr. Joacila Braga Brandão

CRM: 1741/PB

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





ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 869114



RX

Identificação do paciente

ID 948529	Nome CARLOS CRISTOVAN DE MELO			Sexo Masculino
Data de nascimento 11/04/1968	Idade 47 anos 5 meses 17 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DO CARMO CRISTOVAN DE MELO				Pai
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987394079	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência ROGER				Tipo BAIRRO UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58090568	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lagradouro São Judas Tadeu
Número 236	Complemento	Bairro Alto do Mateus	

Admissão

Data e Hora Prevista 28/09/2015 18:33:54	Número da pulseira 1000003597667	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg	P脉 87	Temperatura
-----------------------------------	-----------------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO	Tempo

Imprimir

30/05

28/09/2015 18:35



DN0 28/09/15

Princípio do direito
socio-econômico.
A ser levado em conta
nos regulamentos.

ED: Ciências

Ed. Mkt e OUT

Talé Folleira.

Dr. Irina Nunes Cabral de Paulo
Medico
CRM-PB 9072 via



Primeiro Atendimento Médico

Cruz Vermelha
Brasileira

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

10000002597687 BE: 869114
CARLOS CRISTOVAN DE MELO
DT. NASC: 11/04/1968
MAE: MARIA DO CARMO CRISTOVAN DE MELO

END: SAO Judas Tadeu
N. 236 - Alto do Mateus
JORD PESSOA
FONE: (83) 987394079
IDRDE: 47
DT. ENTRADA:

B.E.

DATA:

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente se tira de acidente, colisão motocicleta, garupa na tarde de hoje (17:00h), quando sofreu trauma no fôlego e braço esquerdo, com escoriações e dor à mobilização do peito nega TCE, cefaleia, cervicalgia e diarreia.
não descomodo respiratório abdominal

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Parciais Obstruídas

AÉREAS Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade

Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

HTD Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

2- RUIDOS

sim
 Não

HTD Roncos
 Sibilos
 Estertores

HTE Roncos
 Sibilos
 Estertores

FR:

imp

SaO₂

%

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreageente

Paralisadas

Isocônicas

Anisocônicas (diferença = mm)

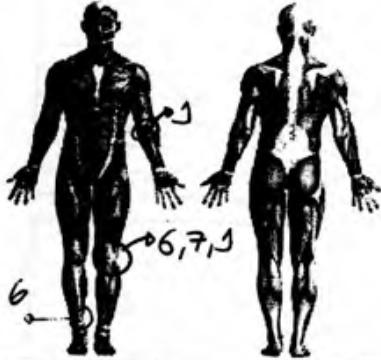
Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL:	15			Nenhuma	1

F(NG).CC.001-1



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim: <u>Saptoril</u>
IMUNIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim:
PATOLOGIA	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim: <u>HAS</u>
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim: <u>almoço</u>
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado	
		1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efirsema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendinea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

 1º grau 2º grau 3º grau**EXAMES SOLICITADOS**

- Radiografias
 Ultrassonografia (FAST)
 Tomografia computadorizada

- Lavado peritoneal
 Gasometria arterial
 Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS		CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	admito naio-x de pulho e etc.		
2	infil 40 mg + 40 ml		
3	admito para dr da ortopedia		
4	alta da cirurgia geral		
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da	<u>Ortopedia</u>	às <u>14:00</u> do dia <u>28/09/15</u>
Solicito parecer da		às _____ do dia _____
DESTINO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) _____ <input type="checkbox"/> Internado (setor) _____	
DATA		
DA		
SAÍDA		
HORAS:	() Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A revália () Desistência () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () IML () SVO	

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: CARLOS CRISTOVAN DE MELO
BE: 869114
DATA: 5/10/2015 16:27
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 28/09/2015

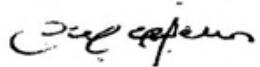
RX. JOELHO ESQUERDO AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSENCIA DE FRATURA.

RX. PERNA DIREITA AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSENCIA DE FRATURA.

RX. TORNOZELO DIREITO AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSENCIA DE FRATURA.

Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de
urgência/emergência.
Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.

23


DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA	CARLOS CRISTOVAM DE MELO		
DATA DO ACIDENTE	28/09/15	CPF DA VÍTIMA	691 144 554 - 04
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO			
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA	() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANESCO COM A VÍTIMA É	
ENDERECO DO PORTADOR	Rua 505 Júlio Tadeu		
Nº	238	COMPLEMENTO	BAIRRO Alto do Mateluz
CIDADE	São Bento	UF PB	CEP 58090 568
E-MAIL	ccf.adm@gmail.com		
TELEFONE	(83) 98849 - 5530 (83) 99143 - 0753		

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 LAUDO DO IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) *Dout*
 NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO *conta Banco do Brasil* / *swipe*

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA *07/07/17*
IDENTIDADE *22.742.043/13*
ASSINATURA *Adilson Rijo*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA *04/10/14*
NOME *Lucero*
ASSINATURA *[Assinatura]*



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS		
Ag: 425219 - AGF PRESIDENTE EPITACIO PESSOA		
JOAO PESSOA	- PB	
CNPJ...: 41153941000142 Tel.:-		
Ins Est.: 160955505		
COMPROVANTE DO CLIENTE		
Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU		
CNPJ/CPF.....: 09248608000104		
Doc. Post.....: 241284669		
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709		
Cartao..: 62267655		
Movimento..: 07/07/2017 Hora.....: 17:27:32		
Caixa.....: 81884152 Matricula..: 0550*****		
Lancamento.: 050 Atendimento: 00039		
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1326547457		
DESCRÍÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURADO DPVAT ATÉ 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$)..: 21,75		
Peso real (G).....: 122		
CNPJ/CPF Remet : 69114455404		
Nome Remetente.: CARLOS CRISTOVAN DE MELO		
Endereço Remet.: AVENIDA Avenida Coremas -		
Cont Endereco.: até 741/742,172 - até 741/		
Cep Remetente..: 58013-430		
Cidade Remet...: JOAO PESSOA		
UF Remet.....: PB		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	28,00+
Valor do Porte(R\$)..: 28,00		
Cep Destino: 20031-205 (RJ)		
Peso real (G).....: 122		
OBJETO.....: DV514488511BR		
=====		
Obj Postado após horário lim post ag. DH (
Depois da Hora)		
TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$)		49,75
Valor Declarado não solicitado(R\$)		
No caso de objeto com valor,		
utilize o serviço adicional de valor declarado		
A FATARAR		
Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima		
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante		
apresentação de fatura. Os valores constantes		
deste comprovante poderão sofrer variações de		
acordo com as cláusulas contratuais		
Nome: RG:		
Ass. Responsável.....		
Obj Postado após horário lim post ag. DH (
Depois da Hora)		
SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78		
Os prazos de entrega poderão sofrer atrasos.		
VIA-CLIENTE	SARA 7.7.07	



Assinado eletronicamente por: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - 03/05/2018 09:41:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18050309402138900000013682448>
 Número do documento: 18050309402138900000013682448

Num. 14013805 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0823553-36.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Trata-se a presente demanda de AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, no qual o autor alega que sofrera acidente automobilístico no dia 28.09.2015, tendo sofrido, por conta deste sinistro lesão em seu joelho.

Ocorre que, o mesmo autor, já havia intentado outra demanda, também assistida pela mesma advogada destes autos, estando aquela em trâmite perante a 13ª Vara Cível da Capital, sob o número 0804606-02.2016.815.2001. **Ressalte-se, por oportunidade**, que o sinistro aqueles autos ocorreu, segundo consta naquela inicial, no dia 30.07.2015, ou seja, dois meses antes do ocorrido nestes autos. Ademais, constato ainda que ocorreu um acordo naquele processo, que fora homologado por aquele juízo no dia 22.11.2016.

Por tal razão, ante a proximidade dos acidentes e o fato de o acordo ter sido homologado após o segundo acidente, reputo, *prima facie*, a ocorrência do instituto da coisa julgada. Há, ainda, que ser destacado o fato de ambos os acidentes terem sido registrados na delegacia de Cabedelo/PB, sendo esta distante dos locais dos sinistros.

Por tais razões, intime-se a parte autora para, no prazo de 5 dias, se manifestar a respeito deste despacho, bem como para apontar as diferenças entre esta demanda e a que tramita perante o juízo da 13ª Vara Cível, além de esclarecer o fato de tais acidentes terem sido registrados em delegacia distante do local do acidente.

JOÃO PESSOA, 20 de novembro de 2018.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: IVANOSKA MARIA ESPERIA DA SILVA - 21/11/2018 15:17:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112115171078500000017395612>
Número do documento: 18112115171078500000017395612

Num. 17871091 - Pág. 1

SEGUE MANIFESTAÇÃO ANEXA



Assinado eletronicamente por: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - 24/07/2019 14:54:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414540098600000022268993>
Número do documento: 19072414540098600000022268993

Num. 22959722 - Pág. 1

C&C | Cabral & Coutinho Advogados

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA - PB.

Processo nº 0823553-36.2018.8.15.2001

CARLOS CRISTOVAM DE MELO, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, por seus advogados e bastante procuradores “in fine” assinados, vem perante Vossa Excelência, em atendimento ao despacho exarado no ID nº. 17871091 informar e requerer o que se segue:

O Promovente, além da presente demanda, ingressou com outra ação da mesma natureza em face das seguradoras ora Promovidas tombada sob o nº. **0804606-02.2016.815.2001**, que tramitou perante a **13^a Vara Cível desta Comarca**. Contudo, insta esclarecer que o referido processo possui como objeto a cobrança do Seguro DPVAT em razão do sinistro ocorrido em **30/07/2015**, cujas lesões dele decorrentes **NÃO GUARDAM RELAÇÃO COM AS SEQUELAS ADVINDAS DO ACIDENTE OBJETO DA PRESENTE DEMANDA (ocorrido em 28/09/2015)**. Muito embora haja proximidade de datas e semelhanças entre os casos, se tratam de acidentes distintos.

Porém, de uma acurada análise da documentação hospitalar referente aos dois atendimentos do Demandante, constatam-se detalhes que particularizam as circunstâncias de cada um, senão vejamos:

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99113-0753
E-mail: cabralcoutinhoadvogados@gmail.com/ccf.advs@gmail.com



C&C | Cabral & Coutinho Advogados

Conforme se depreende do laudo emitido pelo Dr. Juan Jaime Alcoba Arce CRM nº. 3323/PB em sua primeira entrada no Hospital no dia **30/07/2015**, “**o paciente deu entrada neste serviço, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO TRAUMA EM JOELHO E PÉ ESQUERDOS, COM ESCORIAÇÕES**, nega perda da consciência...” tendo-lhe sido ministrado curativo.

Já no dia **28/09/2015**, segundo informações extraídas do laudo emitido pela Dra. Joacila Braga Brandão CRM nº. 1741/PB, o “**paciente deu entrada neste serviço, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, POR COLISÃO MOTO X MOTO COM TRAUMA NO JOELHO E BRAÇO ESQUERDOS, EF= ESCORIAÇÕES + DOR À MOBILIZAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO**”, tendo sido medicado e o seu joelho imobilizado com tala e joelheira.

Portanto, trata-se de causas de pedir distintas, não havendo que se falar de conexão entre tais ações, de modo que a aferição e graduação das lesões advindas do segundo acidente, objeto da presente demanda, somente pode se dar mediante a realização de perícia.

Ademais, a razão das duas ocorrências terem sido prestadas perante a Delegacia de Cabedelo/PB, se explica pelo fato de que é praxe da patrona desta causa acompanhar os seus constituintes no momento do registro dos seus boletins, haja vista a necessidade de fazer neles constar especificações exigidas pela Seguradora responsável pelo pagamento do Seguro DPVAT. Sendo assim, a escolha da referida repartição policial foi feita por esta causídica, tendo em vista a conveniência da sua localização ser nas proximidades da sua residência (comprovante de residência anexo) e o menor fluxo de demandas naquela circunscrição.

Contudo, oportuno trazer a baila que, a despeito de tais elucidações, a **PORTARIA Nº. 352/2013/SEDS**, ora anexa, determina que “**TODAS AS DELEGACIAS DO ESTADO**

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99113-0753
E-mail: cabralcoutinhoadvogados@gmail.com/ccf.advs@gmail.com



C&C | Cabral & Coutinho Advogados

**DA PARAÍBA PROCEDAM AO REGISTRO DE OCORRÊNCIA QUANDO PROVOCADAS,
INDEPENDENTEMENTE DE ONDE TENHA OCORRIDO O FATO DELITIVO”.**

Dito isto, reitera todos os pedidos formulados na exordial, pugnando pela **PROCEDÊNCIA** da ação e requer a citação das Promovidas.

Termos em que
Pede Juntada

João Pessoa-PB, 24 de julho de 2019.

**IRINA NUNES CABRAL DE PAULO
OAB/PB 12.554**

**ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
OAB/PB 22.742**

Av. Coremas, 172, Centro, sala 01/02 – João Pessoa/PB
Fone: (83) 3506-1910/98849-5530/98876-1635/99113-0753
E-mail: cabralcoutinhoadvogados@gmail.com/ccf.advs@gmail.com



Assinado eletronicamente por: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - 24/07/2019 14:54:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414540228800000022268999>
Número do documento: 19072414540228800000022268999

Num. 22959728 - Pág. 3



Bradesco

| 237-2 | 2379415009 90051.279876 66000.224502 3 0000000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

IRINA N C PAULO - 00867208481

RUA ARTUR MONTEIRO PAIVA - 1260 -

BESSA - JOAO PESSOA - PB CEP 58035010

Sacador/Avalista

Nosso Número 512798761	Nr. do Documento 0051279876	Data de Vencimento 27/07/2019	(+) Valor do Documento 286,57	(=) Valor Pago
---------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

BANCO BRADESCARD S.A. -

CNPJ 59.438.325/0001-01 - Núcleo Cidade de Deus, S/N

Prédio Prata - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP

Agência/Código do Beneficiário

4150 / 2245

Autenticação Mecânica



Bradesco

| 237-2 | 2379415009 90051.279876 66000.224502 3 0000000000000000

Local de Pagamento

TODA A REDE BANCARIA OU NAS LOJAS C&A

Data de Vencimento

27/07/2019

Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ/Endereço

BANCO BRADESCARD S.A. -

Agência/Código do Beneficiário

CNPJ 59.438.325/0001-01 - Núcleo Cidade de Deus, S/N

Prédio Prata - 4º Andar - Vila Yara - CEP 06029-900 - Osasco - SP

4150 / 2245

Uso do Banco

Carteira

009

Espécie Doc.

0

Aceite

Quantidade

Valor

Nosso Número

512798761

Data Processamento

14/07/2019

(+) Valor do Documento

286,57

Informações de responsabilidade do beneficiário

PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS LOJAS C&A OU EM QUALQUER

AGENCIA BANCARIA. OS ENCARGOS PROVENIENTES DE PAGAMENTO ROTATIVO



Assinado eletronicamente por: IRINA NUNES CABRAL DE PAULO - 24/07/2019 14:54:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072414540340200000022269004>

Número do documento: 19072414540340200000022269004

Num. 22959733 - Pág. 1

PORTARIA Nº 352/2013/SEDS

Em 25 de julho de 2013.

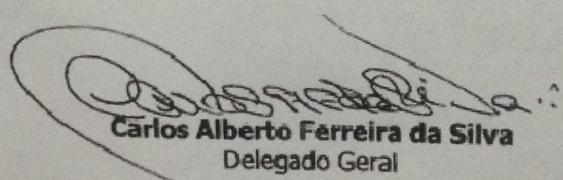
O DELEGADO GERAL DE POLÍCIA CIVIL, no uso das atribuições que lhe confere o art. 9º, inciso X, da Lei n.º 85, de 12 de agosto de 2008,

CONSIDERANDO a necessidade de garantir o bom atendimento à sociedade e o regular andamento das atividades cartorárias de Polícia Judiciária, sobretudo no que tange ao registro de ocorrências policiais;

RESOLVE:

I- Determinar que todas as Delegacias do Estado da Paraíba procedam ao registro de ocorrência quando provocadas, independentemente de onde tenha ocorrido o fato delitivo;

II- As ocorrências registradas fora da área circunscrecional de onde tenha ocorrido o fato delitivo deverão ser encaminhadas via ofício para a Delegacia com atribuição legal para tomar as medidas cabíveis subsequentes.



Carlos Alberto Ferreira da Silva
Delegado Geral





Poder Judiciário da Paraíba
9ª Vara Cível da Comarca da Capital
Av. João Machado, s/n, Jaguaribe, João Pessoa/PB - 4º ANDAR
CEP: 58.013-520 / Tel.: (83)-3208-2479 - Telejudiciário: (83) 3621-1581

0823553-36.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. A experiência prática demonstra que as instituições financeiras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação, sem prejuízo das tentativas conciliatórias que devem ser realizadas no decorrer da lide.

Assim, cite-se a parte demandada para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, intime-se a parte demandante para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação.

Por fim, considerando que no caso em apreço é necessária a realização de prova pericial, NOMEIO como perito a médico Dr. TIAGO MARTINS FORMIGA, com endereço na Avenida Antônio de Lira, 588, apt. 204, Tambaú, João Pessoa – PB.

Como honorários periciais fixo o valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), conforme termos do Convênio nº 015/2014, firmado entre a Seguradora Líder e o TJ/PB.

Intime-se a seguradora para efetuar o pagamento dos honorários arbitrados.

Intime(m)-se a(s) parte(s) a respeito da nomeação realizada, intimando-as também para, no prazo



Assinado eletronicamente por: ADRIANA BARRETO LOSSIO DE SOUZA - 17/04/2020 13:57:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20041713572617800000028799772>
Número do documento: 20041713572617800000028799772

Num. 29948234 - Pág. 1

de 15 (quinze) dias, apresentarem quesitos e assistentes técnicos, se assim desejarem.

Valendo-se este despacho como carta de intimação, intime-se o perito nomeado para, no prazo de 10 (dez) dias, dizer se aceita o encargo, bem como para informar a este Juízo, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, data, horário e lugar para a realização da perícia.

Fica desde já determinada a intimação das partes e de seus advogados para comparecerem no dia, hora e local indicados pelo expert para a realização da perícia. Intime-se o Autor pessoalmente e por meio de advogado, advertindo-os que a ausência na perícia poderá ensejar na ocorrência de preclusão e, consequentemente, no julgamento do feito com as provas que constam nos autos.

Sendo o caso, encaminhem-se ao perito cópia dos documentos necessários.

De logo, determino o prazo de 15 (quinze) dias, a contar da realização da perícia, para entrega do parecer técnico.

Cumpra-se na íntegra.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Adriana Barreto Lossio de Souza
Juíza de Direito

