



## PROCURAÇÃO AD - JUDICIA ET EXTRA

**OUTORGANTE:** JOSÉ JOACILDO DE LIMA, brasileiro, casado, agente funerário, nascido em 18/09/1992, de RG: 3726110, SSSD-PB e CPF: 101.871.094-94, NIT: 161.78792.22-1, residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, município de Catolé do Rocha-PB, CEP: 58.884-000, Tel: (83) 9 9813-1146 / 9 9606-3639 (Esposa), e-mail: [limajoacildo@gmail.com](mailto:limajoacildo@gmail.com)

**OUTORGADOS:** BEL. HILDEBRANDO DINIZ ARAÚJO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PB nº 4.593, o BEL. HILDEBRANDO DINIZ ARAÚJO JÚNIOR, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-PB nº 17.617, e o BEL. DIÊGO MARTINS DINIZ, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PB nº 19.185, com endereço profissional na Rua Barão do Rio Branco, nº 763, bairro Centro, município de Catolé do Rocha-PB, CEP: 58.884-000.

**PODERES:** para, usando dos poderes da cláusula "Ad-judicia et extra", ora conferidos para o foro em geral, bem como para representar o outorgante em qualquer instância judicial, extrajudicial ou administrativa, podendo, para tanto, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito, retificar, ratificar, receber coisas, receber e dar quitação, receber alvará de valores, documentos, firmar compromissos, apresentar defesas ou reclamações, interpor e acompanhar recursos, em todos os seus atos e instâncias, podendo agirem juntos ou separadamente, inclusive, substabelecer com ou sem reservas de iguais poderes, de tudo dando à outorgante por firme, bom e valioso. Ainda os poderes especiais para receber valores referentes ao processo, seja a título de Alvará, RPV ou Precatório.

Pede deferimento.

Catolé do Rocha- PB-PB, 27 de agosto de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
JOSÉ JOACILDO DE LIMA

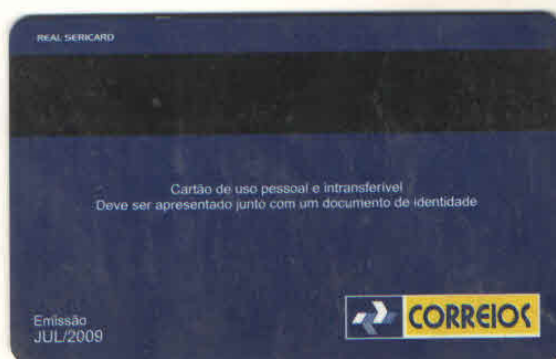
Rua Barão do Rio Branco, nº 763, bairro Centro, município de Catolé do Rocha-PB  
Telefone: (83) 3441-1936, e-mail: [h2advocaciadiniz@gmail.com](mailto:h2advocaciadiniz@gmail.com)





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
3.726.110	16/12/2008
NOME JOSE JOACILDO DE LIMA	
FILIAÇÃO JOSE JOACY DE LIMA MARIA DO CEU PEREIRA DOS SANTOS	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
BOM SUCESSO-PB	18/09/1992
DOC ORIGIN NASC.N.14 PLS.4 LIV.A 1 CARTORIO BOM SUCESSO-PB	
CPF	ASSINATURA DO DIRETOR
	<i>[Assinatura]</i>
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



está obrigando a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser aproveitada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curtosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém, mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predis põem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.

Equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 21.578 Série 00033-13



*José Glaucio de Lima*  
ASSINATURA DO PORTADOR



# QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSE JOACILDO DE LIMA  
 Loc. Nasc. Bom Sucesso Est. PB Data 18/09/1992  
 Filiação JOSE JOACY DE LIMA  
MARIA DO LEU FERREIRA DOS SANTOS  
 Doc. N° C.NAS. 0014 - Fls. 04 - Liv. A1 - CART. SERRINHA - B. Sucesso PB

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. N° .....  
 Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
 Obs.: .....  
 Data Emissão 11/09/2008 DRT SEDH-C DO RIOA - PB

Jefferson de Oliveira Paiva  
Mat. 835-0

Paiva  
 Assinatura do Funcionário

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Nome .....  
 Doc. ....  
 Est. Civil .....  
 Doc. ....  
 Nascimento .....  
 Doc. ....



## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador Jamilyly Suassuna  
 CNPJ/CPF 05.255.117/0001-30  
 Rua Paula P. S. Nave Nº 73  
 Município C. do Rocha Est. PA  
 Esp. do Estabelecimento \_\_\_\_\_  
 Cargo Empregador  
 CBO nº 783225  
 Data admissão 02 de Janeiro de 2012  
 Registro nº \_\_\_\_\_ Fls./Ficha \_\_\_\_\_  
 Remuneração especificada R\$ 622,00 (Seis  
centos e vinte e dois reais).  
 1ª 05.255.117/0001-30  
JAMILYLY SUASSUNA DINIZ  
Ass. do empregador ou a rgo c/test.  
Centro - CEP: 5934-000  
 Data saída 01 de Setembro de 2018  
 1ª JAMILYLY SUASSUNA DINIZ  
Ass. do empregador ou a rgo c/test.  
Centro - CEP: 5934-000  
 Com. Dispensa CD Nº \_\_\_\_\_

## CONTRATO DE TRABALHO

[illegible]

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JOSÉ JOACILDO DE LIMA, brasileiro, casado, agente funerário, nascido em 18/09/1992, de RG: 3726110, SSSD-PB e CPF: 101.871.094-94, NIT: 161.78792.22-1, residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, município de Catolé do Rocha-PB, CEP: 58.884-000, Tel: (83) 9 9813-1146 / 9 9606-3639 (Esposa), e-mail: [limajoacildo@gmail.com](mailto:limajoacildo@gmail.com) **DECLARA** para os devidos fins de direito que sua **situação econômica não permite** arcar com as despesas processuais, sejam estas em sede de 1ª ou 2ª graus, sem prejuízo de seu próprio sustento e possível demissão de colaboradores.

Assim, requer a concessão dos auspícios da Justiça Gratuita na forma da Lei 1.060 de 05/02/1950, garantida na Constituição Federal vigente, por ser da mais pura e lúdima JUSTIÇA.

Pede deferimento.

Catolé do Rocha- PB-PB, 27 de agosto de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
JOSÉ JOACILDO DE LIMA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015456360849  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DOD. REG. RM 0086903529-0 EXERCÍCIO 2019  
00/00000000

NOME JOSE JOACY DE LUNA

CPF / CNPJ 40031802320 PLACA MOU8829/PB  
PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD03106R001048

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA  
MARCA / MODELO HONDA/NAK150 BROS ESD ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2006  
CAP / POT / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º  
FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º  
A \*\*\*\*\* 0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 13/11/2019  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL CATOLE DO ROCHA-PB DATA 29/11/2019  
31623 19763

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456360849 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 29/11/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 40031802320 PLACA MOU8829/PB  
RENAVAM 00869035290 MARCA / MODELO HONDA/NXP150 BROS ESD  
ANO FAB. 2005 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C2KD03106R001048

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAN (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*  
CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) \*\*\*\*\*  
SEGURO P A G O  
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 13/11/2019  
COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.248.608/0001-04

19763-0843005-20191129



FRANCINEIDE GUEDES BEZERRA  
RUA MACIOM CAVALCANTE, 593 - LOT. SÃO PAULO  
CA. OLE DO ROCHA / PB CEP: 56884-900 (AG. 245)  
CPF/CNPJ/RANI: 101.119.554-24



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: MONOFÁSICO  
Roteiro: 2-245-130-5345 Nº Medidor: 00008671627

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
5/1707008-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017070087

VALOR DA FATURA  
R\$ 76,42

VENCIMENTO  
13/07/2020

REFERÊNCIA  
Jul / 2020

CONSUMO  
89kWh  
2,78 kWh  
MÉDIA DIÁRIA

#### SITUAÇÃO DE DÉBITOS

#### DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa de Tributos	Valor Total (R\$)	Base Calc. ICMS (R\$)	Alíq. ICMS (%)	ICMS Base Calc. (R\$)	PIS (R\$) 0,419%	COFINS (R\$) 4,7868%
0801	Consumo em kWh	89	0,788610	70,18	70,18	25	17,54	70,18	0,73
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			7,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0999	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00
	BÔNUS ITAIPULÉ 10438/2002 12/2019								

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 76,42 70,18 17,54 70,18 0,73 3,36  
Tarifa de Tributos 0,545400

RESERVADO AO FISCO 2015.beca.72b5.e421.9cfff.f94a.bf02.b43e.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Período	Consumo	Período	Constante do medidor	Descrição	Valor (R\$)	%
Jul/19	83			Serviços de Dist. da Energisa/PB	19,37	24,55
Agv/19	73			Compra de Energia	23,77	30,60
Set/19	83			Serviço de Transmissão	2,34	3,08
Out/19	97			Encargos Setoriais	2,37	3,07
Nov/19	92			Impostos Diretos e Encargos	28,12	37,46
Dez/19	105			Outros Serviços	0,30	0,00
Jan/20	120					
Fei/20	85					
Mar/20	101					
Abr/20	96					
Mai/20	99					
Jun/20	73					
Jul/20	94					

\* Faturamento pela Média/Mínimo

PRÓXIMA LEITURA  
04/08/2020

#### INDICADORES DE QUALIDADE

(REFERÊNCIA 09/2020 - Consumo Cadeia do Rocha)

METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	8,16	0,00	12,30	24,80
Veias que o cliente ficou sem energia - FIC	3,38	0,00	6,72	13,45
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	3,83			
Duração da interrupção de energia em dia crítico - DICR	12,22			

#### ATENÇÃO

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa ON e Whatsapp (83) 99135-5640

ENERGISA PARAÍBÁ

E:



### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Joacildo de Lima, portador da carteira de identidade nº 3726550 e inscrito no CPF/MF sob o nº 103.373.094-94, residente e domiciliado na Rua Macilhon Cavalcante, n° 588, Cidade Catolê do Roda, Estado Paraíba, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ☒ ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Joacildo de Lima  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Catolê do Roda - PB, 15 de julho de 2020  
Local e data





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 046548.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 046548.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaína Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:12 min do dia 14/07/2020, na Delegacia Online, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Agente Funerário, natural de Bom Sucesso, nascido(a) em 18/09/1992, idade 27, estado civil Casado (a), de cor Branca, filho(a) de MARIA DO CÉU PEREIRA DOS SANTOS e JOSÉ JOACY DE LIMA, CPF 101.871.094-94, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, na cidade de Catolé do Rocha/PB. CEP: 58884000, telefone(s) (83) 99813-1146, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 08/07/2020 16:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: Rua Benjamim Constant, Tabajara, Catolé do Rocha/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que sofreu um acidente de moto no dia 08/07/2020 por volta das 16 horas da tarde; que um carro a sua frente fez uma manobra brusca à esquerda sem sinalizar; que acabou se chocando com a lateral do carro; que foi jogado ao chão; que ficou em gritos com dores; que transeuntes chamaram o SAMU que fez o resgate; que foi levado para o Hospital Regional de Catolé do Rocha; que lá foram feitos os primeiros procedimentos; que após o Raio X foi identificada uma fratura da clavícula direita; que foi medicado, foi imobilizado o braço e ficou em observação; que estava de capacete e possui CNH AB; que a moto é em nome de seu Pai e está regular; que na hora do acidente estava indo comprar uma peça de um carro funerário a mando de seu empregador; que não conhece o motorista do veículo, pois não o viu mais após ser levado pelo SAMU.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

  
JOSÉ JOACILDO DE LIMA

C131D6BD14A0500239295A8A2A3ADBC2

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Nº 046548.01.2020.0.00.704 1/1



## Declaração

**DECLARAMOS** para os devidos fins de direito que, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA, RG: 3.726.110 SSP/PB**, Residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante - nº 588 - Loteamento: São Paulo – Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo - CRM/12094, no dia 08 de julho de 2020. Deu entrada na Urgência e Emergência, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto. foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida ficando em observação.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.



Bruno R. Caspary da Silva  
Diretor Administrativo  
H R C R  
Mat. 306.993.1

Thaiz Clea de Oliveira Medeiros

Diretor Geral

Mat. 188.655-0

Católé do Rocha – PB, 13 de julho de 2020.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PRONTO SOCORRO

43

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO		DATA	HORA	NÚMERO DO ATENDIMENTO									
JAQUIRIA DE O. LIMA		08/07/2020	16:51:01	114171									
<b>1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>													
NOME		NASCIMENTO	IDADE	SEXO									
JOSE JOACILDO DE LIMA		18/09/1992	27	M									
CPF	RG	CARTÃO SUS	RAÇA / COR										
10187109494			PARDA										
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	NATURALIDADE											
CASADO(A)		BOM SUCESSO - PB											
NOME DA MÃE		NOME DO PAI											
MARIA DO CEU PEREIRA													
ENDEREÇO		NÚMERO	BAIRRO										
RUA MACILON CAVALCANTE		588	SAO PAULO										
CIDADE		TELEFONE											
CATOLÉ DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306		(83)9606-3639											
FORMA DE CHEGADA AO ATENDIMENTO													
<input type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIRO <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input checked="" type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> OUTRO _____													
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL													
X Francisco de Guedes Bezerra													
<b>2 - SINAIS VITAIS</b>													
PA:	FC:	FR:	TEMP. AXILAR	SpO2	GLICEMIA								
130x90 mmHg	89 bpm	irpm	C	99 %	mg/dl								
<b>3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>													
ESCORE DE GLASGOW													
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	AO	RV	RM	AP	TOTAL	1	2	3	4	5
VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL						6	7	8	9	10
QUEIXA PRINCIPAL				HISTÓRIA BREVE									
ALERGIAS				COMORBIDADES									
OBS. OBJETIVA													
REAValiação	HORA	REAValiação	HORA	REAValiação	HORA	ENFERMEIRO PLANTONISTA / COREN							
<b>4 - ANAMNESE / EXAMES FÍSICOS</b>													
Paciente vítima de acidente de moto, dar entrada no serviço queixando-se de dores em ombro direito, apresenta leves escoriações pós trauma.													
DIAGNÓSTICO INICIAL: trauma													
<b>5 - SERVIÇOS REALIZADO (FATURAMENTO)</b>													
0301060029													
1:	2:			3:									

CÓDIGO DA UNIDADE: 2592450 - CNPJ: 08.778.268/0040-77 - RUA CASTELO BRANCO, 349, BATALHÃO CATOLÉ DO ROCHA-PB - (83)3441-2280  
HOSPITAL REGIONAL DE CATOLÉ DO ROCHA - DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS - GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - CATOLÉ DO ROCHA - PB



6 - EXAMES SOLICITADOS		
<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA+PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATINA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> ELETROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> GLICEMIA	<input type="checkbox"/> TROPONINA	<input checked="" type="checkbox"/> RAIO X: <u>de ombro D e E</u>
<input type="checkbox"/> AMILASE	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA: _____
<input type="checkbox"/> OUTROS: _____		

7 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
<input type="checkbox"/> SUTURA-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> SOND VESICAL-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> RET CORP ESTRA-TOTAL _____
<input type="checkbox"/> SNG/SNE-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> LAVAG GÁSTRICA-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> DRENAG ABCESSO-TOTAL _____
<input type="checkbox"/> PARACENTESE-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> NEBUL/INALAÇÃO-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> CURATIVO SIMPLES-TOTAL _____
<input type="checkbox"/> OUTROS DESCRIÇÃO: _____		

8 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE	
<input type="checkbox"/> INTERNAMENTO-SETOR: _____	<input type="checkbox"/> ESPECIALID. MÉDICA _____

9 - PRESCRIÇÃO MÉDICA	
<p>① Dexametasona + AD EV (ou) ampolas 17:10</p> <p>② tramal 100mg + 100ml SFO, 9:1. EV. 17:10</p>	

*Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo*

*Médec*

*10/09/2020*

10 - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
08/07/20	17:10	Paciente em estado grave, com sinais de choque, sendo admitido no SAMU e transportado para o Hospital. Foi realizado atendimento de suporte de vida, com intubação orotraqueal e início de ventilação mecânica. Foi realizada lavagem gástrica e administração de carvão ativado. Paciente foi encaminhado para a UTI com diagnóstico de síndrome coronariana aguda.
05.07.20	19:20	Paciente em estado grave, com sinais de choque, sendo admitido no SAMU e transportado para o Hospital. Foi realizado atendimento de suporte de vida, com intubação orotraqueal e início de ventilação mecânica. Foi realizada lavagem gástrica e administração de carvão ativado. Paciente foi encaminhado para a UTI com diagnóstico de síndrome coronariana aguda.

11 - ACOMPANHAMENTO DE SINAIS VITAIS						
DATA	HORA	TEMP	PULSO -	RESP.	P.A	HGT

12 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/DESTINO DO PACIENTE	
<p style="text-align: center;"><b>MOTIVO SAÍDA</b></p> <p><input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA</p> <p><input type="checkbox"/> EVASÃO DATA: ____/____/____</p> <p><input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> ÓBITO HORA: ____:____</p>	<p style="text-align: center;"><b>REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA</b></p> <p>UNIDADE DE DESTINO: _____</p> <p>CIDADE: _____</p> <p>DATA ____/____/____ HORA: ____:____</p>



**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins de Direito, que \_\_\_\_\_

José Teófilo de Lira

encontra-se com \_\_\_\_\_

CID 542.0, necessitando ausentar-se de suas atividades  
profissionais, por um período de 45 (quarenta

e cinco dias)

\_\_\_\_\_, a partir desta data.

Dr. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248

08 / 02 / 20

Médico - CRM - Carimbro



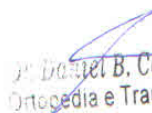
Sr.(a) Tose Taveiro

**RECEITUÁRIO**

Fx clavícula

fxo conservador

Retorno : 23/08/20

  
Dr. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248

\_\_\_\_\_  
Médico - CRM - Carimbro

SANT'ANA GRÁFICA - FONE: (83) 93612-4293



Sr.(a)

José Tenelido

**RECEITUÁRIO**

Solcito

Inobilização por clavícula  
(inobilizado e 8)

09/04/20

H. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbro

SANT'ANA GRÁFICA - FONE: (53) 99912-4293



**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
CRM.: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_

Paciente: José S. de Lima  
Endereço: Catolé do Rocha - PB  
Prescrição: 1 comprimido 500mg - 2x - 1 hora de 8h, a da!

Data: 09/27/20

Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo  
CRM/PB: 12054

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
IDENT.: \_\_\_\_\_ ÓRG. EMISSOR: \_\_\_\_\_  
END.: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

1ª VIA FARMÁCIA      2ª VIA PACIENTE





PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

USBO7  
16:20

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 08/07/2020	OCORRÊNCIA Nº 0038	PACIENTE / USUÁRIO Jone Jaceldo de Lima	IDADE 27	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA Rua Belarmino Constante		BAIRRO Centro	MÉDICO REGULADOR Somagra	
APOIO 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"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRCR RESPONSÁVEL: Dr. Edmarcio Jorge de Araújo FUNÇÃO: Médico

CRM-PB: 12054

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES  
☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Suspeita de fratura de clavícula D. + Encefalopatia  
Reves

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☒ <30irpm / PULSO RADICAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg  
P.A.: 130 x 90 FC: 92 FR: 18 TEMP: - °C- GLICEMIA: 99 mg/dl - E. Com a: 15 SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2: -

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVAA	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cardiopulmonar ineficaz
<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	<input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Gastrointestinal ineficaz
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Dor Aguda	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Renal ineficaz
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Hipertermia	<input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz
<input type="checkbox"/> Deambulação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada
<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído	<input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada	<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes
<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Medo	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos
<input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Intolerância a Atividade	<input type="checkbox"/> Retenção Urinária
<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	<input type="checkbox"/> Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz	<input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada
<input type="checkbox"/> Outros		

INTERVENÇÕES

SSUV + AUP com SRL + Terapia Medicamentosa (Diphenhydramine + AAD) + Imobilização

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, vítima de colisão moto x carro, com suspeita de fratura de clavícula D. Ao chegar no local a vítima já estava sentada e já havia retirado o capacete. Logo após intervenção por regulador médica e encaminhado ao HRCR.



**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

01 Soro Ringer Lactado 01 ARD  
01 Jaleco 20 02 Atodunon  
01 Equipa  
01 Dipirona

E.C.G

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO☐ OUTROS: \_\_\_\_\_**DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS****DIAGNÓSTICOS****PROCEDIMENTOS**

- ☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL-"AMBU")  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA  
☐ CRICOTIREIDOSTOMIA  
☐ CÂNULA OROFARÍNGEA  
☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL  
☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA  
☐ OUTROS:

**TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)**

01 SOL  
01 Dipirona + ARD EV

**EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)****ENCAMINHAMENTO**

- ☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

**POSIÇÃO DE TRANSPORTE**

- ☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☒ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇEIRA (CABEÇA)

**RECUSA**

NOME: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

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

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): Miriel Rafael de Lima COREN: 366.353 MAT.: COREN PB

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: Filipe COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_



Avenida: Ministro José Américo Maia  
Bairro: Corrente  
Próximo a capelinha do corrente.  
Celular: (83) 9.99179782  
Luciano Maia

Data de Emissão: 09/07/20

Sr./ Sra: Mate parais  
Endereço: Cidade do Rocha - PB

Quant.	Discriminação	Preço Unit.	Total
01	Imobilizadora pl clareada	240,00	240,00

Assinatura: Deisabel K. S. Maia

240,00

SAO FRANCISCO (MAIS/PB/TEREZINHA)  
JUAN VERAS DINIZ E CIA LTDA  
CNPJ: 07.322.518/0001-90 IE: 161449069  
RUA ADOLFO MAIA, 55, CENTRO, CIDADE DO ROCHA PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal  
de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Un.	Qtde.	VL. Unit.	VL. Total
2275	TRAFEGOL 50MG CX 10 CAPS	UN	1	11,93	11,93
Qtde. Total de Itens					1
Valor Total R\$					11,93
Acréscimo R\$					1,07
Valor a pagar R\$					13,00
FORMA DE PAGAMENTO					VALOR PAGO R\$
Total Pago R\$					13,00
Dinheiro					13,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce/consulta>  
2520 0707 3225 1800 0190 6500 1000 3937 9118 888  
8 8890

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO  
NFC e nº 393791 Série 1 08/07/2020 18:47:47  
Via Consumidor  
Protocolo de autorização: 3252001545824923  
Data de autorização: 08/07/2020 18:47:50



VENDEDOR: 3 - LUCINHA  
Tributos Totais Incidentes (Ilel Federal 12.741/2  
012)

SAO FRANCISCO (MAIS/PB/TEREZINHA)  
JUAN VERAS DINIZ E CIA LTDA  
CNPJ: 07.322.518/0001-90 IE: 161449069  
RUA ADOLFO MAIA, 55, CENTRO, CIDADE DO ROCHA PB

Documento Auxiliar da Nota Fiscal  
de Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Un.	Qtde.	VL. Unit.	VL. Total
2885	TIPODA ORTOPEDICA TAM M MEMOR	UN	1	32,58	30,00
Qtde. Total de Itens					1
Valor Total R\$					32,58
Desconto R\$					2,58
Valor a pagar R\$					30,00
FORMA DE PAGAMENTO					VALOR PAGO R\$
Total Pago R\$					30,00
Dinheiro					30,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
<http://www.receita.pb.gov.br/nfce/consulta>  
2520 0707 3225 1800 0190 6500 1000 3937 9118 888  
8 8890

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO  
NFC e nº 393791 Série 1 08/07/2020 18:12:39  
Via Consumidor  
Protocolo de autorização: 325200154588169  
Data de autorização: 08/07/2020 18:12:41



VENDEDOR: 7 - AMANDA  
Tributos Totais Incidentes (Ilel Federal 12.741/2  
012)  
Federal R\$1,26 Estadual R\$0,00 Municipal R\$0,00  
Você Economizou R\$  
2,58  
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS  
NUM. CONTROLE: 436342



# Fisioterapia em domicílio

Dr. Tales Mário S. Sousa  
CRÉDITO 1 150422-F

(83) 9655-0062 / ~~9958-1871~~

Nome: Jose Jacinto de Lima

Endereço: R. Marilou Cavalcante / 588 / Sat. S.P.

Quant.	Data	Valor R\$
01	10/08/2020	30,00
01	13/08	30,00
01	16/08	30,00
01	19/08	30,00
01	22/08	30,00
01	25/08	30,00
01	28/08	30,00
01	31/08	30,00
01	03/09	30,00
01	06/09	30,00
01	09/09	30,00
01	12/09	30,00
5	5	5
TOTAL R\$		360,00

Assinatura

Tales Maria dos Santos Sousa





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251756

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01029/01030 - carta\_07 - INVALIDEZ

00040515



Carta nº 15956691





## **PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA**

### **3ª VARA MISTA DA COMARCA DE CATOLÉ DO ROCHA**

Fórum Des. João Sérgio Maia, Av. Deputado Américo Maia, s/n, João Serafim, Catolé do Rocha/PB, CEP 58.884-000 - Tel: (83)3441-1450 / Fax: (83)3441-1277

E-mail: cat-vmis03@tjpb.jus.br WhatsApp: 55 83 99145-0310

---

NÚMERO DO PROCESSO: 0802873-13.2020.8.15.0141

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO: [Acidente de Trânsito]

---

#### **PARTE PROMOVENTE:**

AUTOR: JOSE JOACILDO DE LIMA

Advogados do(a) AUTOR: HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO JUNIOR - PB17617,  
DIEGO MARTINS DINIZ - PB19185, HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO - PB4593

#### **PARTE PROMOVIDA:**

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.  
ADVOGADOS - OAB:

### **DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Considerando que a promovida reiteradamente não celebra acordos no bojo de processos judiciais, exceto em casos especiais, entendo ser desnecessária a designação de audiência de conciliação no presente caso, devendo a parte ré ser citada para já apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias.

Seguindo a orientação contida da Recomendação 01/2015 do CNJ, a qual pode ser aplicada analogicamente ao caso em testilha, determino, desde já, seja designado perito oficial (médico) para realizar perícia médica no autor, a fim de comprovar as sequelas físicas oriundas do acidente automobilístico mencionado na exordial.

Faculto ao autor juntar, no prazo da contestação, quesitos para serem encaminhados ao perito, bem como indicar assistente técnico.

Outrossim, intime-se a requerida para efetuar o pagamento, em conta judicial vinculada a este processo, dos honorários periciais, arbitrados em R\$ 200,00 (duzentos reais), segundo cláusula 1.3 do Convênio 015/2014 TJPB.

Cite-se a promovida para apresentar contestação em 15 (quinze) dias, apresentando seus quesitos, caso queira.

Com o depósito do valor dos honorários, oficie-se à Secretaria de Saúde para indicar médico ortopedista para realizar a perícia, o qual já fica automaticamente nomeado pelo Juízo, encaminhando-lhe os quesitos do Juízo, quais sejam: 1) Qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado e os respectivos CIDs? 2) Existe relação de causa entre o acidente de trânsito noticiado na petição inicial e a(s) lesão(ões) apresenta(s)? 3) Houve debilidade permanente do membro, sentido ou função? 4) A debilidade é de caráter temporário ou definitivo? Qual o grau, em percentagem (de 0% a 100%), da debilidade apresentada?

Com a designação da data da perícia pelo médico nomeado, intime-se a parte promovente para comparecer ao local designado pelo médico para a realização da perícia, munido, preferencialmente, de seus documentos pessoais e toda e qualquer documentação pertinente à demanda.

Com a entrega do laudo, falem as partes em 10 (dez) dias, informando se têm interesse em conciliar.

E, finalmente, entregue o laudo, oficie-se ao Banco do Brasil para que transfira o numerário depositado na conta judicial para a conta bancária indicada pelo perito.

Após o cumprimento de todos os itens acima mencionados, conclusos.

Diligências necessárias.

Cumpra-se.

CATOLÉ DO ROCHA, 10 de setembro de 2020.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

RENATO LEVI DANTAS JALES

**Juiz de Direito**