

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

**OUTORGANTE:** WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ, brasileiro, casado, porteiro, portador do RG n.º 2.59.96 SS/DS/PB e do CPF n.º 052.782.024-59, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Iaia Paiva, n.º 154, Mandacaru, João Pessoa-PB, CEP: 58.027.490.

**OUTORGADOS:** Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB 9949, CPF n.º 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS, brasileira, divorciada, portadora do RG n.º 7.742.986 SSP/PE e do CPF n.º 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Rua Ítalo Felipe Gomes da Silva, n.º 280-A, Mangabeira II, João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

**CLAUSULA CONTRATUAL:** Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

João Pessoa/PB, 23 de Maio de 2018.

Outorgante: *Wellington Francisco da Cruz*

**Isento de reconhecimento de firma, face a Lei n.º 8.952, de 13/12/1994, que nova redação ao art. 38 do CPC.**



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ**, brasileiro, casado, porteiro, portador do RG n.º 2.59.96 SSDS/PB e do CPF n.º 052.782.024-59, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Iaia Paiva, n.º 154, Mandacaru, João Pessoa-PB, CEP: 58.027.490.

**DECLARA**, para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA**, nos termos da Lei n. 7.510, de 04 de julho de 1986, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por ser pobre na forma da Lei, não dispondo de meios para prover as custas do processo da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso o presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

João Pessoa/PB, 23 de Maio de 2018.

Declarante:

*Wellington Francisco da Cruz*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**PB**

NOME  
WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2559596 SDDS PB

CPF  
052.782.024-59

DATA NASCIMENTO  
25/10/1983

FILIAÇÃO  
SEIMN DA CRUZ

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. HAB.  
A

Nº REGISTRO  
05297939859

VALIDADE  
27/10/2021

1ª HABILITAÇÃO  
08/02/2017

OBSERVAÇÕES

*Wellington Francisco da Cruz*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
16/02/2018

*Adson Jose Alves de Farias*  
ASSINATURA DO EMISSOR

22570167646  
PB036288861

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1633680584

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1633680584





## Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A  
Av. Engenheiro Luiz Carlos Benini, 1376,  
Ed. Eoo Benini  
Cidade Monções  
CEP: 04571-530 - São Paulo - SP  
CNPJ: 02.558.157/0001-62  
Insc. Est: 108383949112  
<http://www.vivo.com.br>

Nome: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ  
Endereço: RUA IAIA PAIVA 154 MANDACARU - 58027-490 - JOAO PESSOA / PB  
Código do cliente: 8999 9691 1752 DV: 3  
Mês de referência: Novembro/2017  
Número da fatura: 0523004244-0 Tipo de cliente: Residencial  
Número do telefone: 8330214907  
Data de emissão: 23/11/2017  
Estado de instalação: Paraíba

08/12/2017  
50,83

## Descrição da sua fatura

<b>RESUMO</b>	
<b>VALOR (R\$)</b>	
<b>PRESTADORA TELEFONICA</b>	
<b>Plano Contratado / Serviços Mensais</b>	
<b>Internet</b>	
Vivo Fibra 15 Mbps	46,76
<b>Telefone</b>	
Vivo Fixo Simples - Assinatura Mensal	40,21
Pacote de Serviços Vivo Fixo	0,00
<b>Total</b>	<b>86,97</b>
<b>Serviços Eventuais</b>	
Multa Fidelização Combo	56,84
<b>Total</b>	<b>56,84</b>
<b>Créditos</b>	
Crédito referente a faturas anteriores(1)	-92,98
<b>Total</b>	<b>-92,98</b>
<b>TOTAL GERAL A PAGAR</b>	<b>50,83</b>

## Histórico de consumo

Total utilizado em min:seg  
das faturas com vencimento em:

Tipo de Ligação      Outubro      Novembro      Dezembro

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC): Telefonia fixa e internet: 103 15. Para TV por assinatura: 108 15. Pessoas com necessidades especiais de fala/audição, ligue 142. Para saber qual a loja Vivo mais perto de você acesse [www.vivo.com.br](http://www.vivo.com.br). O relatório detalhado está disponível em [www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo) e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não. Você cancelou serviços de Banda Larga, de Voz, nesta conta.

## Mensagem para você

Participe do Conselho de Usuários da Vivo. Mais informações [www.vivo.com.br/conselhodeusuarios](http://www.vivo.com.br/conselhodeusuarios)

Importante: mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura. O ressarcimento por inoperância é realizado em conformidade com as Resoluções: Para STFC artigo 32º da Resolução Anatel nº 428/2005; para SCM artigo 46º da Resolução Anatel nº 614/2013 e para TV artigo 6º da Resolução 488/2007. Para realizar ligações de longa distância, consulte os Códigos das Prestadoras: 12 Algar - 13 Fonar - 14 Oi - 15 Vivo - 16 Viacom - 17 Transil - 18 Spin Telecom - 21 Claro - 23 Intelig - 24 Digiata - 26 IOT - 27 Aerotele - 29 T-Leste - 31 Telemar - 32 Convergência - 34 ETML - 35 Easyfone - 36 DSLI Vox - 37 Golden Line Telecom - 38 Tese - 41 TIM - 42 GT Group - 43 Sercomtel - 45 Level 3 - 46 Hoje Telecom - 47 BT Communications - 48 Cambridge - 53 Ostar - 56 Espas - 57 Itvoice - 58 Voitel - 61 Nexus - 62 OTS Option - 63 Hello Brazil - 65 Telecom 65 - 71 Yip - 72 Locavox - 73 Plunium - 75 Vipway - 76 Smart Voip - 81 Datora - 85 America Net - 89 Conecta - 91 IP Corp Telecom - 96 Amigo Telecom - 98 Alpha Nobilis. Central de Atendimento Anatel: 1331 (Geral), 1332 (Deficientes Auditivos) e [www.anatel.gov.br](http://www.anatel.gov.br). Recurso de atendimento VIVO, ligue com o protocolo em mãos para 10315 e 142 para pessoas com necessidades especiais de fala/audição. (097) PSABU042/POS/SCM (084) PA128-Ilimitado 128



você também está obrigado a usá-los, para prevenir aci-  
 dentes 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 apreciada,  
 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 médi-  
 co adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos"  
 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 víti-  
 ma de um acidente, amanhã será tarde demais.  
 As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve  
 respeitá-las.  
 Atenda as recomendações dos Membros da CIPA e de  
 seus mestres e chefes.  
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde  
 você trabalha.  
 Converse e discuta no trabalho predispõem a aci-  
 dentes pela desatenção.  
 Leia e releia 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 máqui-  
 nas nos devidos lugares.  
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou  
 lubrificá-la.  
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes.  
 Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.  
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositi-  
 vos de combate ao fogo existentes em seu local de traba-  
 lho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



**MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**  
**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

Número 14314 Série 100096



*Adson Jose Alves de Farias*  
 ASSINATURA DO PORTADOR



Nome Wellington Francisco da Cruz  
Loc. Nasc. Pias, Piauí Est. PB Data 25/10/1983  
Filiação Sekma da Cruz  
Doc. Nº 2559596 SSP PB

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. N° .....  
 Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
 Obs.: .....  
 Data Emissão: 21/03/2008 DRT 4025 Pessoa

Obs.: .....  
Data Emissão: 21/03/2008 DRT: 4005 Pessoa .....  
Marileide Neres de Albuquerque  
Assinatura do Funcionário

**Marileide Neris de Albuquerque**  
Matricula 75.905-8

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

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

## Norme

Doc.

**Nome**

Doc.

## Nome

Doc.

.....

.....

.....

Nasci

.....

.....



## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CONDOMINIO DO EDIF RESID SAINT LAURENT  
 CGC : 02.090.721/0001-65  
 OCEANO INDICO 976  
 CABEDELO PB  
 ESP. ESTAB.: Condominio de predios residenc  
 CARGO : AUX. SERVICOS GERAIS  
 CBO : 514120 DATA DE ADMISSAO : 05/10/2006  
 FICHA REGISTRO No :  
 SAL.: R\$ 364.00  
 TREZENTOS E SESENTA E QUATRO Reais\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*  
 01/ Mar

Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º .....  
 Data saída ..... de ..... de .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º .....  
 Com. Dispensa CD Nº .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CONDOMINIO DO EDIF RESID SAINT LAURENT  
 CGC : 02.090.721/0001-65  
 OCEANO INDICO 976  
 CABEDELO PB  
 ESP. ESTAB.: Condominios prediais  
 CARGO : PORTEIRO DIURNO  
 CBO : 517410 DATA DE ADMISSAO : 08/07/2008  
 FICHA REGISTRO No :  
 SAL.: R\$ 431.64  
 QUATROCENTOS E TRINTA E HUM Reais E SESS  
 ENTA E QUATRO CENTAVOS\*\*\*\*\*  
 P/ Mes

Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º .....  
 Data saída ..... de ..... de .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CNPJ/MF .....  
 Rua ..... Nº .....  
 Município ..... Est. ....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo .....  
 ..... CBO nº .....  
 Data admissão ..... de ..... de .....  
 Registro nº ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....  
 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de .....  
 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....  
 CNPJ/MF .....  
 Rua ..... Nº .....  
 Município ..... Est. ....  
 Esp. do estabelecimento .....  
 Cargo .....  
 ..... CBO nº .....  
 Data admissão ..... de ..... de .....  
 Registro nº ..... Fls./Ficha .....  
 Remuneração especificada .....  
 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Data saída ..... de ..... de .....  
 .....  
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
 1º ..... 2º .....  
 Com. Dispensa CD Nº .....





434835

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00540.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00540.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:37 horas do dia 20 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Wellington Francisco da Cruz**, CPF nº 052.782.024-59, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Selma da Cruz e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/10/1983 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Iaiá Paiva, Nº 154, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Mais Utilidades, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98742-9285.

**Dados do(s) Fatos:**

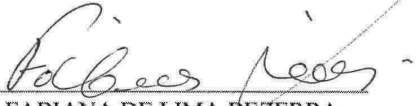
Local: Rua Iaiá Paiva X Rua Júlio Coutinho da Silva, Perto do Mais Utilidades, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/12/17 17:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA JTA/SUZUKI EN125 YES, PRETA, 2008/2009, PLACA NKB1478/PB, CHASSI 9CDNF41LJ9M286412, registrada em nome de ANDREA NUNES DE OLIVEIRA, pela Rua Iaiá Paiva quando ao passar pelo cruzamento com a Rua Júlio Coutinho da Silva foi atingido na lateral esquerda por um CARRO FIAT FREEMONT, PRETO, PLACA OEY0385/PB, conduzido por LANDER ALVES, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0335/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 28.02.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido em veículo particular pelo próprio condutor do FIAT FREEMONT; Que apenas o noticiante machucou-se no ocorrido; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) 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 fê.

João Pessoa/PB, 20 de março de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ  
Noticiante



Procedimento Policial: 00540.01.2018.1.00.420





## CERTIDÃO

**Nº0335/2018**

Atendendo solicitação de **WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha nº 87872 Prontuário nº 2017.12.002744 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 19/12/2017 às 19H11min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em mão esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º metacarpo de mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/12/2017 com alta médica dia 27/12/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 28 de fevereiro de 2018

*Rosângela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
A: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
X: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 87872 Atd: Nao Regulado  
Data: 19/12/2017  
Hora: 19:11:33  
Recepcionista: JOELMA IRIQ/AQUINO DE A  
Clinica: ORTOPEDIA

DOS DO PACIENTE  
Nome: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ  
S: 704109143388872 Sexo: M IDENTIDADE: 2559596 Fone: 987429285  
tural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 25/10/1983 Id: 34 ano(s)  
d.: RUA IAIA PAIVA, 154  
irro: MANDACARU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
e: SELMA DA CRUZ Pai:

ca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
cupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
p.: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ  
Doc. Responsavel: 987429285 / IDENTIDADE: 2559596  
dencia: RESIDENCIA

ransporte utilizado: VEICULO PROPRIO  
tima de acidente por: MOTO  
tima de violência por: NAO  
] Caso Policial

E-CONSULTA CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO  
po de Classificação de Risco: VERDE  
FR: [X] Aparentemente Bem [ ] Grave  
TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
so: [ ] Hemorragia [ ] Dispineia  
icemia: [ ] Diarreia [ ] Agitado  
rc. Abd: [ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao  
ca Principal  
CIENTE COM TRAUMA EM MAO ESQ

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Adel mas e Alvo*

agnosico *Pradito de II* | Conduta  
*metecarte e gerado*  
escricao *Ida de verde* | Horario da medicacao  
*informacao para*  
*tratamento cirurgico*

CPF: 28.115.155-11



a e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

e	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
---	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

CEPIMENTO REALIZADO

TIPO DO PACIENTE

Residencia ☐ Transferido

☐ Desistencia ☐ UTI

Alta a pedido ☐ Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>W. Livingston Francisco da Silva</u>		Data da Admissão: <u>19/12/17</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F ( ) M (x)	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
PD: <u>paciente do setor de internação</u>			
HDA: <u>paciente do setor de internação</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso ____ Kg em ____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Ictericia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
SME: [ ] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposouso [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
SN e PSQ: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade _____ [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor _____			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/06/2018 16:47:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061916435347800000014554617>

Número do documento: 18061916435347800000014554617

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

(1) PCE em DDH sob bloqueio analg  
(2) Assep + antisept + TCE

Incisão: —

Achados:

Frontal de assep do 5º MTC (E)

Conduta:

Redução intralesão sob scalp  
Dreno de 2 l. de K 1.5mm sob scalp  
Pulsivo + TCE  
RPA

Dr. Indalécio Parali Fernandes  
Ortopedia Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CRM 6027 TEOT 14247

Fechamento:

OBS:

Dr. Indalécio Parali Fernandes  
Ortopedia Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CRM 6027 TEOT 14247

Data: 26/12/17

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Wellington Pereira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>26/12/14</i>	Cirurgião: <i>Indalécio Pacelli</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: <i>Bloqueio</i>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de 5º Metacarpo (E)</i>				<i>S62.6</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>				<i>-</i>	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Intervenção cirúrgica de fr. met. (E)</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (X) Não				<i>Dr. Indalécio Pacelli Fernandes</i> <i>Ortopedia - Traumatologia</i> <i>Cirurgia do Joelho</i> <i>CRM 8827 TEST 14247</i>	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF  
[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa  
[ ]Trauma [ ]Neo [ ]Tabagismo  
[ ]Alcoolismo  
Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_  
Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg / Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg  
FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Wellington Francisco da Luz				PRONTUÁRIO Nº		
IDADE	34a	SEXO	hom.	COR		CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		27/12/17		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL		Erat. de 5.º MTC Erq.					CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		Ovario						
OUTROS DIAGNÓSTICOS								
PRINCIPAIS EXAMES		Rx tórax e fígado						
PROCEDIMENTO REALIZADO:		trat. cirúrgico						
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA								
ANATOMIA PATOLÓGICA								
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA								
CONDIÇÕES DE ALTA		<input type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO		

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente submetido a trat. cirúrgico sem intercorrências, segue apto para alta hospitalar + acompanhamento ambulatorial.	

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA:	anest + antibiótico

RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. Pacelli em 30 dias para revisão.
---------	---

27/12/17	Dr. Thiago B. F. P. P. Médico
DATA	ASSINADO MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



## **SINISTRO 3180171287 - Resultado de consulta por beneficiário**

---

**VÍTIMA** WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE  
SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

**CPF/CNPJ:** 05278202459

**Posição em 08-05-2018 08:46:29**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0832484-28.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser apazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intemem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.



JOÃO PESSOA, 25 de junho de 2018.  
Josivaldo Félix de Oliveira  
Juiz de Direito





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

---

PROCESSO Nº 0832484-28.2018.8.15.2001  
PROCEDIMENTO COMUM (7)  
[SEGURO]

AUTOR: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos da notificação do perito.

1ª Vara Cível da Capital-Pb, 21 de fevereiro de 2019.

WALESKA VIDAL LOPES  
Técnico Judiciário



Zimbra

jpa.1varacivel@tjpb.jus.br

---

**nomeação perito**

---

**De :** 1A. VARA CIVEL <jpa.1varacivel@tjpb.jus.br>      Qui, 21 de fev de 2019 16:58

**Assunto :** nomeação perito

**Para :** antoniovituriano@outlook.com

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos do processo de nº 0832484-28.2018.8.15.2001, com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.

Att,  
Juízo de Direito da 1º Vara Cível da Capital.

---



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(ÍZA) DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL  
DA COMARCA DA CAPITAL**

**PROCESSO: 0832484-28.2018.8.15.2001**

**PROMOVENTE: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ**

**PROMOVIDA: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO OBRIGATÓRIO  
DPVAT S/A**

**WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ, já devidamente qualificado  
nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA, em epígrafe, que tramita perante este Douto Juízo,  
por intermédio de seu bastante procurador que esta subscreve, vem perante Vossa  
Excelência, expor para ao final requerer:**

Que o promovente foi intimado para impugnar a contestação  
apresentada pela seguradora, entretanto, não consta nos autos, pelo menos para minha  
visualização, a contestação da seguradora, que sequer foi citada para tal, como também ainda  
não foi designada data e local para a realização da perícia, imprescindível nos casos de Seguro  
Obrigatório DPVAT, apesar de ter sido o perito devidamente nomeado para tal ato desde o dia  
21/02/2019.

**ISTO POSTO, requer à Vossa Excelência, o chamamento do feito  
à ordem, para regularizar a citação, bem como intimar o perito nomeado para designar a  
perícia médica judicial, bem como o prosseguimento do feito até final decisão, sendo desta  
forma feita a mais lúdima JUSTIÇA.**

Nestes termos,  
Pede e espera deferimento.

João Pessoa, 21 de maio de 2019.

**Bel. Adson José Alves de Farias  
OAB-PB 9949**





Poder Judiciário da Paraíba

1ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

**Número do Processo: 0832484-28.2018.8.15.2001**

**Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Assunto: [SEGURO]**

**Polo ativo: AUTOR: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ**

**Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**

### **CERTIDÃO**

Certifico para os devidos fins que até a presente data o Aviso de Recebimento referente a carta de citação ID 19387482 ainda não foi devolvida a este Juízo, razão pela qual faço os presentes autos para as devidas providências. dou fé.

JOÃO PESSOA, 27 de maio de 2019  
WALESKA VIDAL LOPES





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**1ª Vara Cível da Capital**

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0832484-28.2018.8.15.2001**

**DESPACHO**

**Vistos, etc.**

Conforme Súmula 429 do STJ, “a citação postal, quando autorizada por lei, exige o aviso de recebimento”, no mesmo sentido o §2º do artigo 248 do CPC dispõe que “sendo o citando pessoa jurídica, será válida a entrega do MANDADO a pessoa com poderes de gerência geral ou de administração ou, ainda, a funcionário responsável pelo recebimento de correspondências”.

Portanto, diante da ausência de devolução do AR sem que seja possível aferir se a parte promovida tenha sido cientificada desta ação, é de se presumir que a demanda não teve conhecimento.

Dessa forma, determino nova expedição de citação postal para fins de cumprimento do despacho de id.15002495.

JOÃO PESSOA, 30 de maio de 2020.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA**

Juízo do(a) 1ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Tel.: ( ) ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.1.00

**EXPEDIENTE DE CITAÇÃO**

**Nº DO PROCESSO: 0832484-28.2018.8.15.2001**

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro]

AUTOR: WELLINGTON FRANCISCO DA CRUZ

**REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, **CITO** Nome: **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de 15 (quinze) dias, ficando desde já, advertido de que não sendo contestada a ação serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados pelo autor.

JOÃO PESSOA-PB, em 25 de junho de 2020

De ordem, JANAYNA DE FATIMA MARCAL VIDAL

Técnico Judiciário

