

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL**

**OUTORGANTE:** Giovana Guimaraes, brasileiro (a),  
Selviano, autônomo, portador da Cédula de Identidade nº:  
24341413, inscrito no CPF nº: 0331 1911 864 118, residente e domiciliado  
na Rua Adenival Gomes da Silva, Nº 111, Bairro, Centro,  
na Cidade de Mossoró /PB.

**OUTORGADO:** INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: Dinamarca Alves Correia, 1020, loja 02, Dinâmérica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-5048/98769-2274.

**PODERES:** Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei n.º 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

**CONTRATO:** O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS**

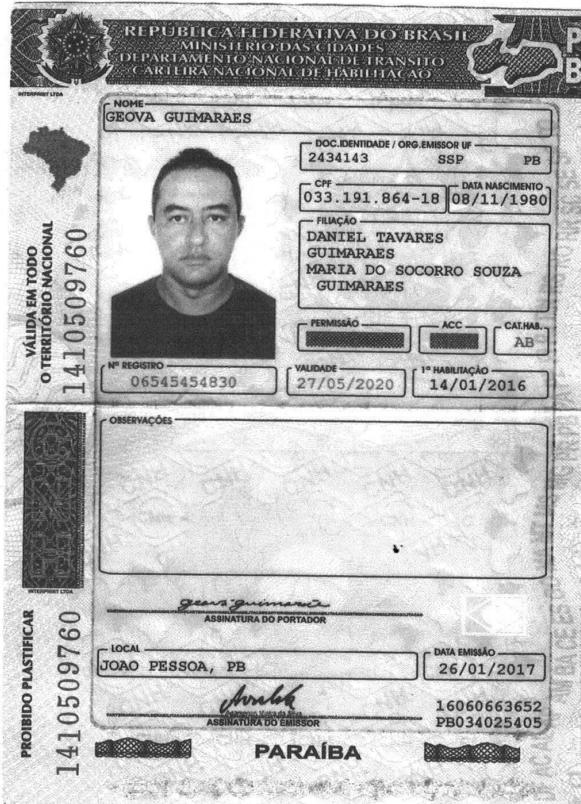
A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 10 de Abrial de 2019.

Giovana Guimaraes  
Outorgante/Declarante

Rua: Dinamarca Alves Correia, nº1020, loja 02,  
Dinâmérica, Campina Grande – PB, CEP: 58400-000.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048 / 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)





Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 09/06/2020 10:23:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060910232205200000030115056>  
Número do documento: 20060910232205200000030115056

Num. 31392819 - Pág. 1

JOSEFA DANIELA SOUZA GUIMARAES  
RUA ADERBAL GOMES DA SILVA, 121 - CENTRO  
MASSARANDUBA / PB CEP: 58120000 (AG. 401)



Emissão: 17/01/2019 Referência: Jan / 2019 ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA PIANO FABREGAS - Içá Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
Roteiro: 10 - 407 - 734 - 5100 Nº medidor: 00008013862 CNPJ: 08.826.598/0001-95 Insc.Est: 16.003.839-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°002.805.682  
Cód. para Déb. Automático: 0000211383

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	17/01/2019	15/02/2019	090.626.524-09 Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 4/211138-3

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.  
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2019.  
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/12/18	Lectura 8213	Data 17/01/19	Lectura 8310	1 97 31

**Demonstrativo**

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa(C)	Valor Base Calc	Aliq	ICMS(R\$)	Base Calc Pis(R\$)	Cofins(R\$)	Impostos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	Pis/Cofins(R\$) (0,7726%) (0,5588%)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,238880	7,16	7,16	25	1,78	7,18	0,05	0,25		
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	67.000	0,409490	27,43	27,43	25	8,85	27,43	0,21	0,98		
0810	Subsídio			33,87	33,87	25	8,47	33,87	0,28	1,20		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
0807	CONTRIB ILUM PUBLICA			12,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0804	JUROS DE MORA 12/2018			0,13	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0805	MULTA 12/2018			50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0908	Devolução Subsídio			,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 57,50 68,46 17,11 68,46 0,52 2,43

**Média últimos meses (kWh)** VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
69 24/01/2019 R\$ 57,50

Histórico de Consumo (kWh)

74	85	82	79	75	75	54	59	53	82	88	58
Jan/18	Feb/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Agosto/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18

RESERVADO AO FISCO  
e1e1.cd0b.08e5.5347.6288.7877.c960.46d6.

Indicadores de Qualidade 11/2018 - Campina Grande 1			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,31	0,00	NOMINAL	220	
DIC TRIMESTRAL	13,82				
DIC ANUAL	21,25				
FIC MENSAL	3,30	0,00	CONTRATADA		
FIC TRIMESTRAL	3,80		LIMITE INFERIOR	202	
FIC ANUAL	13,20		LIMITE SUPERIOR	231	
DMC	3,03	0,00			
DICRI	12,22			Total	57,50
					100,00

Valor do EUSD (Ref. 11/2018) R\$7,14

ATENÇÃO		Faturas em atraso	
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$23,84 - Leitura confirmada			





## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

<b>DATA:</b> 26/11/2018	<b>HORA:</b> 14:15 HRS	<b>ID Nº:</b> 1739943
<b>NOME:</b> GEOVA GUIMARÃES		
<b>QUEIXA:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<b>LOCAL:</b> R - FRANCISCO ANTONIO DO NASCIMENTO - SANTO ANTONIO		
<b>COMPLEMENTO:</b> EM FRENTE AO POSTO IPIRANGA		
<b>CIDADE:</b> CAMPINA GRANDE / PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 20 de dezembro de 2018.

Deocleto P. Nascimento  
SUPERVISOR  
Deocleto P. Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA  
DELEGACIA DE MASSARANDUBA  
RUA JOSÉ BENÍCIO - CENTRO - MASSARANDUBA - 58100-000

OCORRÊNCIA N° 000735/19

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência da N° 000735/19 registrada em 28/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e oito dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de MASSARANDUBA, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE MASSARANDUBA, quando encontrava-se presente o Bel. NILO SIQUEIRA SOBRINHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:59 horas, compareceu o Sr. GEOVÁ GUIMARAES, com 0 ano de idade, filho de DANIEL TAVARES GUIMARAES e MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES, de nacionalidade BRASILEIRA natural de MASSARANDUBA - PB, escolaridade Médio Completo, portador da Cédula de Identidade N° 2434143, expedido pela SSP-PB, com CPF de N° 03319186418 residindo à rua ADERBAL GOMES DA SILVA, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

Declarou que:

O comunicante compareceu nesta delegacia para informar que foi vítima de acidente de trânsito na data de 26/11/2018, por volta das 14:15, no bairro do Santo Antônio em Campina Grande, QUE a vítima estava pilotando sua motocicleta marca honda XRE 190, ano 2015, cor vermelha, placa QFV 5387/PB, CHASSI 9C2MD4100GR006866, registrada em nome de FELIPE DE OLIVEIRA CARVALHO quando perdeu o controle e colidiu com outra motocicleta, tendo escoriações pelo corpo conforme comprova laudo médico em anexo. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais outidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente certidão. O referido é verdadeiro e dou Fé.

MASSARANDUBA, Segunda-feira, 28 de Janeiro de 2019



GEOVÁ GUIMARAES

Declarante

LEONARDO ANDRADE

Escrivão



## SINISTRO 3190595089 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** GEOVA GUIMARAES

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE  
ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** GEOVA GUIMARAES

**CPF/CNPJ:** 03319186418

### Posição em 09-06-2020 09:05:48

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/11/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	
09/11/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	



*Oftalmologista*GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

Nº 1 DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1781609 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.258/0033-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malmázin, Campina Grande - PB CEP: 58432-809

Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: GEÓVIA GUIMARÃES

Endereço: ADEVAL GOMES

Cidade: Mossoró-RN

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO SOUZA

GUIMARÃES

Responsável:

Estado Civil: Divorciada

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

Endereço:

Cidade:

Nome da Mãe:

Guimaraes

Responsável:

Estado Civil:

Motivo:

Médico:

Endereço:

Cidade:

Nome da Mãe:

Guimaraes

Responsável:

Estado Civil:

Motivo:

Médico:

Endereço:

Cidade:

Nome da Mãe:

Guimaraes

Responsável:

Estado Civil:

Motivo:

Médico:

Endereço:

Cidade:

Nome da Mãe:

Guimaraes

Responsável:

Estado Civil:

Motivo:

Médico:

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

MECANISMOS DO TRÂMUMA  
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abração
2. Amputação
3. Atrofia
4. Comunicação
5. Crença
6. Dolor
7. Edema
8. Enfisema
9. Feridas subcutâneas
10. Enrumeamento
11. Estomatite
12. Fratura óssea aberta
13. Hematoma
14. Infecção bacteriana
15. Lesão venosa
16. Lesão vascular
17. Lesão vertebral
18. Lesão cerebral
19. Lesão hepática
20. Lesão renal
21. Lesão pulmonar
22. Lesão muscular
23. Lesão óssea fechada
24. Lesão óssea aberta
25. Lesão óssea fechada
26. Lesão óssea aberta
27. Lesão óssea fechada
28. Objeto encastrado
29. Osteomielite
30. Paralisia
31. Perda de visão
32. Perda de audição
33. Perda de sensibilidade
34. Perda de função
35. Perda de memória
36. Síndrome do tique facial

EXAMES SOLICITADOS:  
( ) Laboratoriais  
( ) Gasometria arterial  
( ) Tomografia Computadorizada  
( ) Ultrassonografia  
( ) RadiografiaSOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:  
Especialista: \_\_\_\_\_  
Especialista: \_\_\_\_\_  
Especialista: \_\_\_\_\_MÉDICO SOLICITANTE  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1 2 3 4 5 6

P. REALIZADO EM: 26/11/2018 17:15:00



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

**Ficha de Acolhimento**

*S 440*

Nome:	<i>Jeanne Guedes</i>	Bairro:	<i>Centro</i>
End:	<i>Av. Dr. J. Guedes 123</i>	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	<i>08/11/00</i>	Data do Atendimento:	<i>11/06/2020</i>
Queixa:	<i>dores</i>	Hora:	<i>15:30</i>
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Documento:

**Classificação de Risco**

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo	<input checked="" type="checkbox"/> Fáceis de dor	<input type="checkbox"/> Gemente	
Frequência respiratória:								
Pressão arterial:	<i>100/90</i>	Frequência cardíaca:						
Dosagem de HGT:	<i>116</i>	Temperatura axilar:						
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre	<input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Maca	Mucosas:	<input type="checkbox"/> Normopráada	<input checked="" type="checkbox"/> Pálida		

**Estratificação**

*Mod. 110*

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Assinatura e carimbo do profissional*

*Jeanne Guedes 14/6  
Alugou a bateria*



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO  
Perna (B)

Paciente	Localização	Alojamento:	Leito	Convênio
		7 - 3		

Prescrição Médica

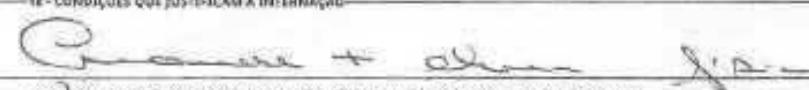
Horário

8h, 14h

Evolução Médica

1. Dieta *J/100*
2. SRL 1500ml EV/24h *3x200*
3. Diphrona 02ML+ AD EV 06/06h *15x57*
4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h
5. Omeprazol 40mg EV/jejum
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN
7. Nauquedron 01 FA + AD EV 8/8h SN
8. Clexane 40mg SC/dia
9. SSV + CGG
10. Venacetamol 750mg VO 6/6h

Data da internação: 26/11/2018 Hora: 15:52:39

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde:</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			2 - CNES: <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			4 - CNES: <b>2362856</b>	
<b>Identificação do Paciente:</b>				
5 - NOME DO PACIENTE: <b>GEOVA GUIMARAES</b>			6 - N.º DO PRONTUÁRIO: <b>1781641</b>	
7 - CARTÃO DO SUS: <b>707805632632614</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO: <b>08/11/1980</b>		9 - SEXO: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <b>MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARAES</b>			11 - TELEFONE DE CONTACTO: Celular: <b>83</b> / Fixo: <b>83</b>	
12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO): <b>ADEVAL GOMES , 173 , CENTRO</b>			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <b>Massaranduba</b>	
			14 - CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 15 - UF: <b>250920 PB</b>	16 - CEP: <b>58120000</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO:</b>				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:  				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:  				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):  				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>FATIGA TIBIAL</b>		21 - CID 10 PRINCIPAL: <b>T81</b>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO:	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO:</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>EXTRACAO HEMATOLOGICA</b>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <b>V1100</b>		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <b>02</b>	28 - DOCUMENTO (CNIS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <b>980016285320999</b>	29 - N.º DOCUMENTO (CNIS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <b>OTAVIO FERREIRA JUNIOR</b>		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO:	32 - ASSINATURA E CARTUCHO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): <b>26/11/2018</b>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS):</b>				
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURODORA:	37 - N.º DO SELHETO:
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR	39 - CNPJ EMPRESA:	40 - CNAE DA EMPRESA:	41 - CBOR:	
( ) AUTÔNOMO	( ) DESEMPREGADO	( ) FOSSENTADO	( ) NÃO SEGURO	
<b>AUTORIZAÇÃO:</b>				
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		43 - COD. ORGÃO EMISSOR:	44 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:	
45 - DOCUMENTO: ( ) CNIS      ( ) CPF	46 - N.º DOCUMENTO (CNIS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <b>/ /</b>	48 - ASSINATURA E CARTUCHO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): <b>/ /</b>			



Geova, Guimaraes  
045077  
08/11/1980  
38 YEAR  
M

HOSPITAL ANTONIO T  
UN

24/12/2018 0

age: 1 of 1





Promotor  
946077



Atendimento  
2321411



Réserve/Guia

Data 10/12/2018 Hora 13:33  
Telefone R.G.  
08/11/1980 839810emus-2424163  
Profissão

Código CNS  
7070553-632614

Paciente  
GEOVA GUIMARÃES (CNPJ: 0319188418)

Endereço  
AXERBAL GOMES

Bairro  
CENTRO

Nome da Mãe  
MARIA DO SOCORRO SOUZA GUIMARÃES

Responsável  
GEOVA GUIMARÃES

Bairro  
CENTRO

Médico Atendente  
2305 RAILTON MARINHO DA COSTA (CRM: 3955) (CPF: 45823562434)

Procedimento

Sector

3009 SECRETARIA SUS

Acomodação

POSTO - ENFERMÁRIA - LEITO

Data min. para alta - 10/12/2018 Data máx. para alta - 10/12/2018

Convenio  
30 SUS

Sexo Est. Civil  
M

Dt Nasc.  
08/11/1980

Telefone R.G.

3

Profissão

Num. Complemento  
52

Cidade  
MISSARANDUBA

UF  
PB

### COMISSÃO DE ARQUIVO

Dr. Marluce Num.  
50  
Dr. Italo C. Dep.: 58-26850 Telefone 33951021  
Dr. Luciano Nolanda

*PACIENTE ATENDIDO NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO  
NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS*

Medico Acompanhante

2305 RAILTON MARINHO DA COSTA (CRM: 3955) (CPF: 45823562434)

Cid

Atendente

MARCELA OSSES SANTOS SEMENTO

Data alta

11/12/18

Hora alta

08:00

Clinica:

Médica

Cirúrgica

Obstétrica

[ ]

[ ]

[ ]

### Resumo de Tratamento

Acompanhante? [ ] Sim [  ] Não Data admissão 10/12/2018

Internação anterior? [ ] Sim [ ] Não Hora admissão

Alta...:	Curado...: [ ]	Melhorado...: [ <input checked="" type="checkbox"/> ]	Inalterado...: [ ]	Clinica..: Médica...: [ ]
	Piorado...: [ ]	A pedido...: [ ]	Indisciplina...: [ ]	Cirúrgica...: [ ]
	Transferido...: [ ]	Falecimento...: [ ]	Evasão...: [ ]	Obstétrica...: [ ]

### Diagnóstico:

Internação

Definitivo...: PACIENTE ATENDIDO PELO SUS

Histórico: NO HOSPITAL ANTÔNIO TARGINO

CUJAS DESPESAS FORAM

COBRADAS AO SUS

**OBRA SOCIAL / PROTESE**

Alta - 1

Perm - 2

Transf - 3

Obito - 4

Ralo X:

[  ] Simples

[ ] C/Contraste

UTI

Entrada / /

Saída / /

Carimbo e Assinatura do Médico

Motivo:

Caract. Trat. / /

[ ] Sangue..: [ ] Rh..: [ ] IA [ ] IB [ ] IC [ ] ID [ ] IE [ ] IF [ ] IG

**RX REALIZADO**

EM 10/12/2018





**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NAME: George Guimardes  
CLASS: 7 Grade 11s

CONVENIO: 505

DIAGNÓSTICO:

## DATA:

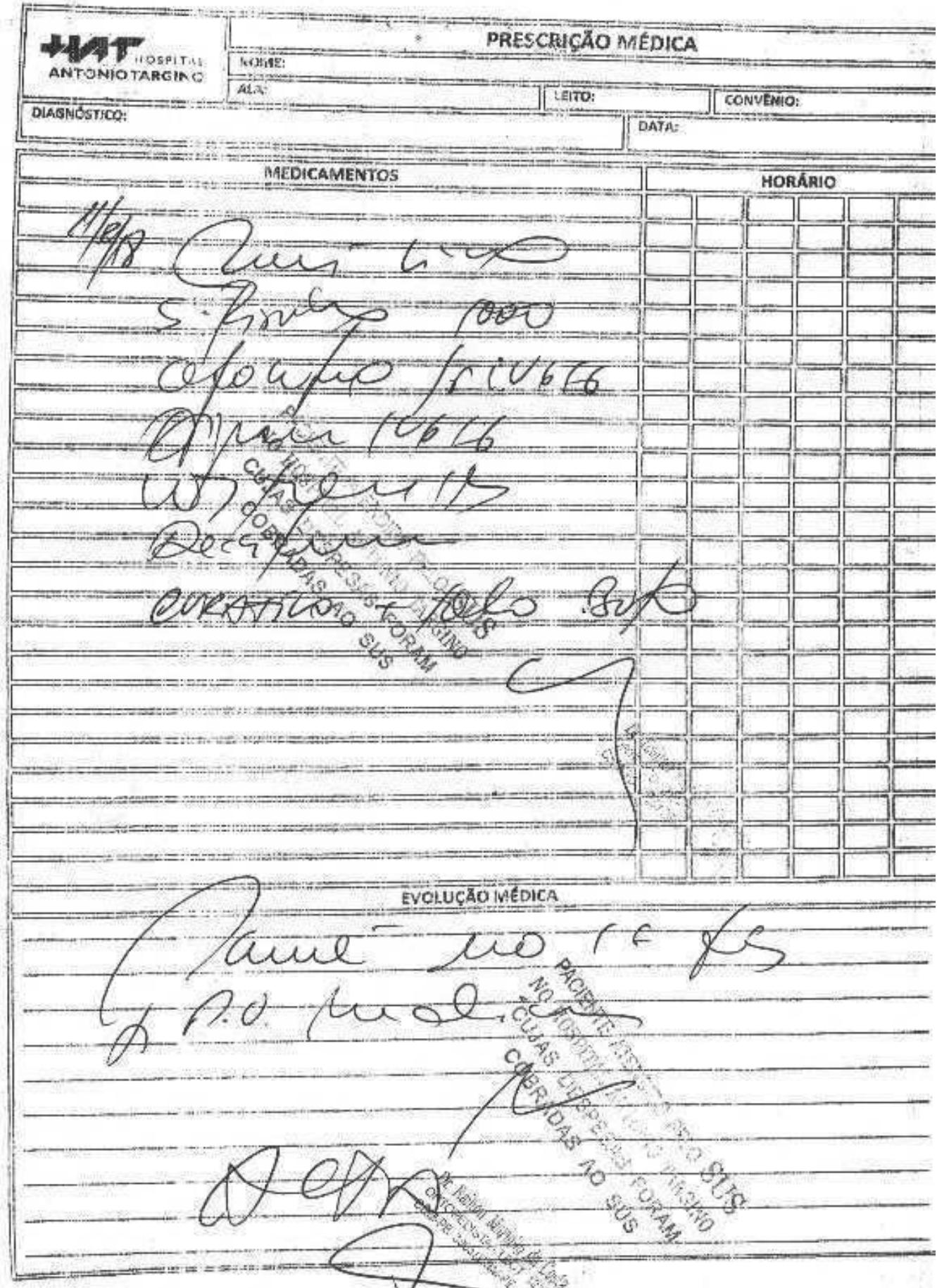
JolJ2 J8

EVOLUÇÃO MÉDICA

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

Acme: corre de forma  
forçada, com pausas para  
descansar. **ATENDIDO PELO SUS**  
**GUAS COSTAS DO SUS**  
**NO SUS**







HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

### Evolução de Enfermagem

NAME:	Graça Guinovante.	IDADE:
ALA:	LEITO:	MÉDICO:

DATA: 10.1.12 / 12

MANHÃ

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS

TARDE

Paciente nega náuseas, montadas, queixas  
extremamente confluentes, orientado, está  
em ambulâncias, nega  
PACIENTE ATENDIDO PELO SUS  
NO HOSPITAL ANTONIO TARGINO  
CUJAS DESPESAS FORAM  
COBRADAS AO SUS

José Andrade de Oliveira  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
BOLEN 105726 PB

NOITE

Paciente encontra-se estabilizado, calmo, PDI  
de 100%, na rede, diurese presente, orientado,  
negando ocorrências de náuseas e queixas.  
SSUU

Raquel Neris  
Frac. de enfermagem  
Graça Guinovante





PACIENTE:	<u>Oliveira Oliveira</u>	Nº DO ATENDIMENTO:	
Nº DO PRONTO-SOCORRO:		DATA DA OPERAÇÃO:	<u>10/12/18</u>
OPERADOR:	<u>Wilton</u>	ENFERMARIA:	
1º AUXILIAR:	<u>Maria Lucia</u>	2º AUXILIAR:	
3º AUXILIAR:		INSTRUMENTADORES:	
ANESTESISTA:	<u>Patrícia</u>	TIPO DE ANESTESIA:	<u>Gálio gálio gálio</u>
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO:			<u>D</u>
TIPO DE OPERAÇÃO:	<u>Quir. cirurgia hérnia</u>		<u>Cirurgia de alta</u>
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			
RELATÓRIO MÉDICO DA PATOLOGIA:			
EXAME RÁDIOLOGICO NO ATC:			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:			
<p style="text-align: center;">PACIENTE ATENDIDO PELO SUS NO HOSPITAL ANTÔNIO PAES LIMA CUIAS DESpesas FORAM COBRADAS AO SUS</p>			

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO.

RELATÓRIO DE  
VIA DE ÁGUA - EPIA TÉCNICA - ACERVO S DRENAGEM 31 - URA-MAI ENREGISTADO A SPIATO - VICENTES  
Anelis Wicente  
Jorge Souza  
José L. P. Freitas  
Fábio  
Hemerson  
Medeiros  
Gerbás  
Silviano  
Cipriano  
Eduardo



## ANEXO UNICO TACUBA

PACIENTE: *Isaiah Gomes*

CONVÉNIO: SUS

PRONTUÁRIO: 206077/232.1431

DATA: 10.12.2018

CIRURGIA: TC de Revisão Cibleron com Fixação Técnica

CIRURGIÃO: Dr. Lelito

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr. *Pereira*CIRCULANTE: *Gavos*

COD.	MEDICAMENTO	QUANT.	COD.	MATERIAL	QUANT.	COD.	FIOS	QUANT.		
1872	ADRENALINA		107328	ADAPTADOR PI SCRO	01		ACIFLEX N°			
1880	ÁGUA DESTILADA		110088	AG. RAQUI 27BD			ALGODÃO CIAN			
1899	AMINOFILINA		120089	AG. RAQUI 25BD	01		ALGODÃO SIAN			
1929	ARAMIN		181291	AG. RAQUI PI OBESO BD			CROMADO CIAN N°	20. 01		
2070	ATROPINA		1922	AGULHA DESCARTÁVEL N°			CROMADO SIA N°			
265798	BEXTRA			AGULHA PERIDURAL N°			ETHIBOND N°			
1902	BICARBONATO DE SÓDIO			AGULHA RAQUI N°			FITA CARDIACA			
4660	CEFALOCTINA 1%	02	2256	ALGODÃO HIDRÓFILO	09		MONOCRYL N°			
122768	CEFAZOLINA 1%		8113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	02		MONONYLON N°	04		
1787	CETRIAXONA		142089	ATADURA CREPON N°	25		PROLENE N°			
154688	DETROPIROFENO N°			ATADURA GESSADA	02		VICRYL N°			
1910	CLORETO DE POTÁSSIO		2368	BOLSA COLOSTOMIA			COD.	SOLUÇÕES	QUANT.	
2003	CLORETO DE SÓDIO			CÂMULA TRAQUEOSTOMIAN			2330	ÁGUA OXIGENADA		
6304	DEKAMETASONA		211968	CAPA PARA VÍDEO			149217	ALCOOL		
4885	DICLOFENACO SÓDICO		2426	CATETER OXIGÊNIO	02		504600	CLOREXIDINA	30ml	
2020	DIPRORONA		142341	COLETOR URINA ABERTO			2631	ETER		
5873	DOPAMINA		22389	COLETOR URINA FECHADO			3603	PVP DEGERMANTE		
32190	EFDERINA			COMPRESSAS			3611	PVP TOPICO		
5335	FENERGAN		2688	COMPRESSAS 25x25	02		4111	VASELINA		
2038	FUROSEMIDA			DRENO PENROSE N°			COD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.	
4286	GARAM-CINA		2648	DRENO SUCCÃO N°				APARELHOS		
2046	GLICOSSE 50%	03	267388	DRENO TÓRAX N°				AR COMPRIMIDO		
2084	GLUCONATO DE CÁLCIO		59587	ELETRODO	05			ASPIRADOR ELÉTRICO		
5398	HEPARINA		2688	EQUIPO MACROGOTAS	01			BISTURI ELÉTRICO		
5380	HIDROCORTISONA		267388	EQUIPO PI ARTROSCOPIA				CAPNOGRAFO		
2082	NETOCLOPRAMIDA		2616	ESPARADRAPO	60cm			CRANOTOMO		
37869	NAUSEDRON 8mg	01	20117	FITA GLICEMIA				INTENSIFICADOR		
58908	OMEPRAZOL 40mg		142220	GAZES 7x7x7,5	04			MICROSCÓPIO CIRUR		
70181	PROSTIGMINE			GAZES				MONITOR CARDIACO	45min	
70238	QUELICAM		3425	GELFOAM				NITROGÊNIO		
28819	RANITIDINA	01	80017	GLETS				OXÍDO NITROSO		
70335	SOLUMEDROL 500mg			GUANCE N°				OXIGÊNIO	2 litros	
403792	TORADOL		3488	INTRACATH				OXÍMETRO DE PULSON	10 min	
70871	TRANSAMIN		JELO N°	28	01			VÁCUO		
70872	TILATIL 40mg		132709	LÂMINA BISTURI N° 23	01			COD.	SDROS	QUANT.
146832	ULTIVA		111209	LUNAS 6,5				9156	MANITO 20%	
			40126	LUNAS 7,0	02			174459	PURISOLE 1000ml	
			3622	LUNAS 7,5	03			63681	S. FISIOLÓGICO 1000ml	
			149870	LUNAS 8,0				98228	S. FISIOLÓGICO 100ml	
								9172	S. FISIOLÓGICO 250ml	
			69752	MICROPORE LARGO				9164	S. FISIOLÓGICO 500ml	
				SCALPS N°				9180	S. GLICOSADO 250ml	
			3735	SERINGA DE 01cc				9159	S. GLICOSADO 500ml	
			3700	SERINGA DE 03cc				9148	S. RINGER 500ml	
			3719	SERINGA DE 06cc				134489	VOLUMEN 6%	
			3689	SERINGA DE 10cc						
			3697	SERINGA DE 20cc						
			361787	SERINGA DE 60cc (bloco longo curto)						
				SONDA POLEY N°						
				SONDA NELSON						
				SONDAGS						
				SONDA RETAL						
			53937	SURGICAL						
			4081	TCANEIRO 03 VIAS						
				TUBO ENDOTRAQUEAL N°						

*Papel de Cetona  
N. 50, n.º 02, n.º 18 10**Pac. Tórax 928 01*

HTTP://TJB.JUS.BR:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060910232235500000030115053

# BOLETIM DE ANESTESIA

NOOME:	Geova Guedes Marques		APTO:		
CONVÉNIO:	SUS	IDADE:	38	BEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NÚMERO DA CARTEIRA:			INÍCIO:	16:00	
GUIA DE INTERNAÇÃO:			TERMINO:	16:45	
SENHA:			HORÁRIO ESPECIAL:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
DATA DE NASCIMENTO:			08/11/1980		

CIRURGIA					
<input checked="" type="checkbox"/> ELETTIVA	<input type="checkbox"/> URGÊNCIA				
<input type="checkbox"/> AMBULATORIAL					
ESTADO FÍSICO (ASA)					
I		II	III	IV	V
DATA: 30/11/18					

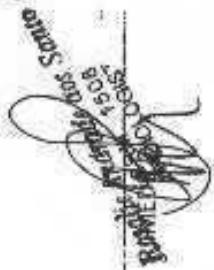
Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de Tornozelo D.	
1º Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)	2º Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)
Dr. Raultoe Holanda	Flávio + Valdeir
Equipe Anestesiológica	Instrumentador(s)
Dra. Letícia Lopessos	
Procedimentos Realizados:	Códigos
Redireção para Hospital com fratura	
Horário → 16:00	

INDUÇÃO	INTUBAÇÃO TUBO N°	ANESTESIA REGIONAL	ANESTESIA REGIONAL	FUNÇÃO	EQUIPAMENTOS UTILIZADOS
<input type="checkbox"/> Inalatória	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> P Brach/Cervical	<input checked="" type="checkbox"/> Mediana	<input type="checkbox"/> Aspirador
<input type="checkbox"/> Venosa	<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> Requipanestesia	<input type="checkbox"/> Supracervical	<input type="checkbox"/> Paramediana	<input type="checkbox"/> Banco
<input type="checkbox"/> MANUTENÇÃO	<input type="checkbox"/> C/Balão	<input type="checkbox"/> Epidural Sacra	<input type="checkbox"/> Interescavicular	<input checked="" type="checkbox"/> Serrada	<input type="checkbox"/> Bi
<input type="checkbox"/> Inalatória	<input type="checkbox"/> S/Balão	<input type="checkbox"/> N. Periférico	<input type="checkbox"/> Axilar	<input type="checkbox"/> DL	<input type="checkbox"/> Oxímetro
				<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> Pneumotaxis
				<input type="checkbox"/> E	



LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL-FRACTURA BIMATÉTALAR DIRECZ/LLC  
EXTRAL-FRACTURA BIMATÉTALAR DIRECZ/LLC COM OSTEOTÍSTRA  
PACIENTE ATENDIDO PE  
ANTONIO SARMENTO  
NO HOSPITAL SUS  
NOUS DESPESAS AO SUS  
CUIAS COBRADAS AO SUS  
SANTOS SANTOS  
DATA 10/12/18



 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 001.5.20.07083/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 09/06/2020
<b>Número da guia:</b> 001.2020.607083 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/06/2020
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 <b>Promovente:</b> GEOVA GUIMARÃES - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.226,14
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866000000129 261409283189 520200630009 152007083016</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 1.226,14

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 001.5.20.07083/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 09/06/2020
<b>Número da guia:</b> 001.2020.607083 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/06/2020
<b>Promovente:</b> GEOVA GUIMARÃES <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78
<b>Detalhamento:</b> - Despesas processuais postais: - Cartas			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.226,14
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 1.226,14

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 001.5.20.07083/01
	Campina Grande	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de emissão:</b> 09/06/2020
<b>Número da guia:</b> 001.2020.607083 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/06/2020
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 1.035,60 <b>Promovente:</b> GEOVA GUIMARÃES - Taxa Judiciária: R\$ 177,19 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 51,78
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 1.226,14
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866000000129 261409283189 520200630009 152007083016</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 1.226,14





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 001.2020.607083

**Data Vencimento:** 30/06/2020

**Data Emissão:** 09/06/2020

**Comarca:** Campina Grande

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** GEOVA GUIMARÃES

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

**Valor da Causa:** R\$ 11.812,50

**Despesas Processuais:** R\$ 12,00

**Custas:** R\$ 1.035,60

**Taxa:** R\$ 177,19

**Total da Guia:** R\$ 1.224,79

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 09/06/2020 10:23:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060910232255500000030115045>  
Número do documento: 20060910232255500000030115045

Num. 31392808 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível de Campina Grande**

**0809463-38.2020.8.15.0001**

**AUTOR: GEOVA GUIMARAES**

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

**CERTIDÃO**

Certifico que consultando os sistemas STI, PJE e E-Jus, constatei a existência da(s) ação(ões) de nº **0807959-31.2019.8.15.0001**, envolvendo as mesmas partes deste processo.

O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande-PB, 11 de junho de 2020

**IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS**  
**Técnico Judiciário**



Assinado eletronicamente por: IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS - 11/06/2020 14:42:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061114422615000000030193429>  
Número do documento: 20061114422615000000030193429

Num. 31478291 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba

**1<sup>a</sup> Vara Cível de Campina Grande**

**0809463-38.2020.8.15.0001**

**AUTOR: GEOVA GUIMARAES**

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

**ATO ORDINATÓRIO**

De ordem da MM. Juíza de Direito da 1<sup>a</sup> Vara Cível da Comarca de Campina Grande, nos termos do §40, art. 203 do Código de Processo Civil e da Portaria 02/2018 desta Vara Cível, intimo a parte autora, através de seu advogado(a), para, no prazo de 10 (dez) dias, se manifestar acerca da certidão ID: 31478291 .

Campina Grande-PB, 11 de junho de 2020

**IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS**

**Técnico Judiciário**



Assinado eletronicamente por: IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS - 11/06/2020 14:44:51  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061114445091000000030193443>  
Número do documento: 20061114445091000000030193443

Num. 31478756 - Pág. 1

Petição em anexo.



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/06/2020 11:39:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061211390486000000030216119>  
Número do documento: 20061211390486000000030216119

Num. 31504043 - Pág. 1



**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (JUÍZA) DE  
DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB**

Processos Nº. 0809463-38.2020..8.15.0001

**GEOVA GUIMARAES**, já qualificada nos autos em epígrafe, na qualidade de inventariante, por seu advogado, que está subscreve, vem, respeitosamente, à presença de V. Excelência, expor e requerer:

MM. Juiz, vem a parte autora informar que o processo nº **0807959-31.2019.8.15.0001**, tratava-se de causa de pedir e pedidos diferente da ação em questão.

A ação de nº 0807959-31.2019.8.15.0001, estava relacionada a pendências de documentação DPVT, nesta nova ação, requer-se o pagamento da indenização securitária referente ao pagamento há menor ao autor.

Dianete do exposto, por se tratar de ações diferentes com causa de pedir e pedidos, onde o processo nº inclusive já houve sentença, desse modo requer o prosseguimento do feito

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

**Campina Grande - PB, em 12 de Junho de 2020.**

**INACIO BRUNO SARMENTO  
- Advogado - OAB/PB 21.472**



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/06/2020 11:39:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061211390570300000030216121>  
Número do documento: 20061211390570300000030216121

Num. 31504045 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível de Campina Grande**

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050- Fone: (83)3310-2439

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Processo nº 0809463-38.2020.8.15.0001**

Vistos, etc.

**Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).**

**Altere-se o ASSUNTO do processo para ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

**Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.**

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, independentemente de termo de compromisso, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$200,00 (duzentos reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a) intimem-se as partes (por meio de seus advogados legalmente habilitados) para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e (b) intime-se o nomeado, por telefone e/ou e-mail, para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

**Deve a perita declarar, acaso solicitada, a presença ou ausência do periciando ao ato da perícia, informando data e hora, além da presença de acompanhante.**

**O advogado tem o dever de comunicar ao periciando a data, local e horários da perícia designada, sob pena de, não realizada a perícia por não comparecimento da parte sem justa causa comprovada nos autos, julgar-se o processo no estado em que se encontra.**

Depositado o laudo em juízo:

- Intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 15 (quinze) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide.**

- Expeça-se ofício para transferência dos honorários periciais/Expeça-se alvará dos honorários periciais.

**Intimações e demais diligências necessárias.**

**Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.**

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito





Assinado eletronicamente por: RITAURA RODRIGUES SANTANA - 01/07/2020 21:57:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070121570685500000030657707>  
Número do documento: 20070121570685500000030657707

Num. 31983399 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível de Campina Grande**

End.: Rua Vice-Prefeito Antônio Carvalho de Sousa, s/n, Liberdade, Cep.:58.410-050- Fone:  
(83)3310-2439

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**Processo nº 0809463-38.2020.8.15.0001**

AUTOR: GEOVA GUIMARAES

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

Endereço: Edifício Citibank\_\*\*, 16 andar, Rua da Assembléia 100, Centro, RIO DE JANEIRO  
- RJ - CEP: 20011-904

**MANDADO DE CITAÇÃO**

O(a) MM. Juiz(a) de Direito da 1ª Vara Cível de Campina Grande-PB manda que o Sr. Oficial de Justiça, em cumprimento a este **CITE REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., na pessoa de seu(sua) representante legal**, dos termos da ação supra e para, querendo, **apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias úteis**.

**Advertência: Se o réu não contestar a ação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor, nos termos do art. 344 do CPC.**

Campina Grande-PB, 6 de julho de 2020

**De ordem, IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS**  
Técnico Judiciário

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:**

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

**NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:**

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	2006091023215780000003011
Petição Inicial DPVAT COMPLEMENTO	Outros Documentos	2006091023216760000003011
Procuração	Procuração	2006091023218180000003011
Doc. Pessoais e Comp. de Residência.	Documento de Identificação	2006091023220520000003011
SAMU, BO e Comp. de Pag. Administrativo	Outros Documentos	2006091023222310000003011
Doc. Médica	Outros Documentos	2006091023223550000003011
GuiaCustas	Outros Documentos	2006091023225550000003011
Certidão	Certidão	2006111442261500000003011



Ato Ordinatório	Ato Ordinatório	2006111444509100000003019
Mandado	Mandado	2006111444509100000003019
Petição	Petição	2006121139048600000003021
Petição	Outros Documentos	2006121139057030000003021
Despacho	Despacho	2007012157068550000003065



Assinado eletronicamente por: IVONEIDE MARTINS DE MEDEIROS - 06/07/2020 18:53:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070618534255500000030763729>  
Número do documento: 20070618534255500000030763729

Num. 32098699 - Pág. 2