

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

**GUSTAVO SOARES DE LIMA**, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, perante Vossa Excelência, complementando o cumprimento do despacho retro, informar e requerer o que segue: **a juntada dos documentos necessários a instrução da presente demanda.**

Dante dos fatos, pugna pelo prosseguimento regular da presente demanda.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 07 de março de 2019.

*Fábio Carneiro Cunha Lima*

*Advogado – OAB/PB nº. 13.527*

*Ana Raquel de S. e S. Coutinho*

*Advogada – OAB-PB nº. 11.968*



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 07/03/2019 10:13:34  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19030710134315000000019087090>  
Número do documento: 19030710134315000000019087090

Num. 19616794 - Pág. 1

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional De Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa



### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03074.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03074.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 15 dias do mês de Agosto de 2016, nesta cidade de João Pessoa; Central de Policia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 08:35 horas, compareceu **GUSTAVO SOARES DE LIMA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão SERVENTE DE PEDREIRO, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 07 de Janeiro de 1991, idade 25, filiação FRANCISCA SOARES DA SILVA e LEVI FRANCISCO DE LIMA, Documento - RG: 4242614 SSP/PB, residente R.DOMINGOS MARANHÃO,115, Centro, na cidade de Conde/PB, telefone (83) 93866-113

#### DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 01/02/15 00:00

Tipo do Local: VIA FORA DO PERÍMETRO URBANO (RODOVIA, ESTRADA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Centro, Conde - PB

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que, no dia 01/02/2015, por volta das 00:00 horas, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN KS, ano 2012, PRETA, PLACA OFH3597/PB, chassi: 9C2JC4110CN582223, Registrada em nome de GENILSON COST DO ESPIRITO SANTO, Pela BR 008/PB, Próximo ao município de Gurugi, um cachorro obstruiu sua passagem e ao tentar desviar, Perdeu o controle de direção caindo ao solo, e em decorrência desse fato Sofreu FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, sendo admitido no dia 02/02/2015, por volta das 01:55:28 horas, no Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 15 de Agosto de 2016

Gustavo Soares de Lima  
GUSTAVO SOARES DE LIMA

Notificador

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO  
RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO  
Agente De Investigacao

Procedimento: 03074.01.2016.1.91.000





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaX  
BKF + ORTO

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090 - CNES: 2593262 - Fone: (083) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 811552

**Identificação do paciente**

|                                        |                                  |                             |                           |                                                  |
|----------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------|
| ID<br>841257                           | Nome<br>GUSTAVO SOARES DE LIMA   |                             |                           | Sexo<br>Masculino                                |
| Data de nascimento<br>07/01/1991       | Idade<br>24 anos 26 dias         | Estado civil<br>SOLTEIRO(A) | Religião<br>NAO INFORMADA | Prontuário                                       |
| Mãe<br>FRANCISCA SOARES DA SILVA       |                                  |                             |                           | Pai<br>LEVI FRANCISCO DE LIMA                    |
| Escolaridade<br>FUNDAMENTAL INCOMPLETO |                                  |                             |                           | Responsável (Parentesco)<br>O MESMO - O MESMO(A) |
| DDD Móvel<br>83                        | Fone Móvel<br>93488094           |                             |                           | DDD Fixo                                         |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)      |                                  | Número documento<br>4242614 |                           | Nº Cns<br>898004152262399                        |
| Local de procedência<br>CONDE          |                                  |                             |                           | Tipo<br>MUNICÍPIO                                |
| Email<br>NAO INFORMADO                 |                                  | Naturalidade<br>JOAO PESSOA |                           | UF<br>PB                                         |
| <b>Endereço</b>                        |                                  |                             |                           |                                                  |
| CEP<br>58322000                        | Município de residência<br>CONDE |                             |                           | Logradouro<br>RODRIGUES MARANHAO                 |
| Número<br>553                          | Complemento                      |                             |                           | Bairro<br>CENTRO                                 |

**Admissão**

|                                             |                                                  |                                       |  |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Data e Hora Prevista<br>02/02/2015 01:55:28 | Número da pulseira<br>3023470                    | Convenio<br>SUS                       |  |
| Especialidade<br>CLINICA GERAL              | Clínica<br>CLINICA                               | TRAUMA E GERAL                        |  |
| Classificação de risco<br>VERMELHA          | Origem do paciente<br>RUA                        |                                       |  |
| Caráter de atendimento<br>URGENCIA          | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente<br>QUEDA / OUTROS |  |

**Indicadores e Transporte**

|                                        |                       |                           |               |
|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial<br>Não                   | Piano de saúde<br>Não | Veio de ambulância<br>Não | Trauma<br>Não |
| Meio de transporte<br>CARRO PARTICULAR | Quem transportou      |                           |               |

**Sinais Vitais**

|              |    |             |
|--------------|----|-------------|
| PA<br>X mmHg | P脉 | Temperatura |
|--------------|----|-------------|

**Exames complementares**

|                                            |           |          |       |           |        |                      |
|--------------------------------------------|-----------|----------|-------|-----------|--------|----------------------|
| Raio X []                                  | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia []   |
| Dados clínicos                             |           |          |       |           |        |                      |
| Diagnóstico                                |           |          |       |           |        | CID                  |
| Atendido por<br>JOSECLECIA ARAUJO DA SILVA |           |          |       |           |        | Tempo<br>03min 14seg |

Imprimir

02/02/2015 01:56





## Receituário Médico



HEETSML

hands médico

Paciente Gustavo Soares de  
lima, 29 anos, com histórico  
de acidente de moto no dia  
02/02/15, ocasionado fratura  
de clavícula esquerda, evoluindo  
com sinais clínicos e radiográficos  
de consolidação cíngua mas  
apresentando limitações funcionais

Data: 10/04/15

Dr. Gustavo F. Mendonça  
Ortopedia / Cíngula / Quadril  
CRM-PB 6786 / EOT 13240

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1





## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

## Primeiro Atendimento Médico



2023470  
GUSTAVO SOARES DE LIMA  
DT NASC 07/01/1991  
MAE FRANCISCA SOARES DE LIMA

END: RODRIGUES MARANHÃO  
N 553 - CENTRO  
CONDE  
FONE: ( )  
CELULAR (83) 93466094  
IDADE: 24  
DT ENTRADA: 02/04/2016 (12:56:16)

|                   |        |        |
|-------------------|--------|--------|
| NOME DO PACIENTE: | IDADE: | UNICO: |
|-------------------|--------|--------|

|                                                                                                                                          |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA                                                                                                    |  |  |
| <p>Paciente vítima de acidente de moto, apresentando<br/>edema e escoriações em face, ausência de possivel<br/>fratura de clavicula.</p> |  |  |
|                                                                                                                                          |  |  |
|                                                                                                                                          |  |  |
|                                                                                                                                          |  |  |
|                                                                                                                                          |  |  |
|                                                                                                                                          |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                       |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| EXAME PRIMARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | CIRCULAÇÃO                                            |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <p>VIAS AÉREAS <input checked="" type="checkbox"/> Périvas <input type="checkbox"/> Obstruídas</p> <p>CERVICAL IMOBIIZADA: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>VENTILAÇÃO:</p> <p>TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com dificuldade</p> <p>( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA</p> <p>( ) APNÉIA</p> <p>AUSCUTA PULMONAR:</p> <p>1- MURMÚRIO VESICULAR</p> <table border="0"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal</td> </tr> <tr> <td>HTD: <input type="checkbox"/> Rude</td> <td>HTE: <input type="checkbox"/> Rude</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diminuído</td> <td><input type="checkbox"/> Diminuído</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> <td><input type="checkbox"/> Ausente</td> </tr> </table> <p>2- RUIDOS</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> sim</td> <td>HTD: <input type="checkbox"/> Roncos</td> <td>HTE: <input type="checkbox"/> Roncos</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Sibilos</td> <td><input type="checkbox"/> Sibilos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Estertores</td> <td><input type="checkbox"/> Estertores</td> </tr> </table> <p>FR: _____ imp SaO<sub>2</sub>: _____ %</p> |                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal | <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal | HTD: <input type="checkbox"/> Rude | HTE: <input type="checkbox"/> Rude | <input type="checkbox"/> Diminuído | <input type="checkbox"/> Diminuído | <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> Ausente | <input type="checkbox"/> sim | HTD: <input type="checkbox"/> Roncos | HTE: <input type="checkbox"/> Roncos |  | <input type="checkbox"/> Sibilos | <input type="checkbox"/> Sibilos | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Estertores | <input type="checkbox"/> Estertores | <p>COR DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica</p> <p>TEMPERATURA DA PELE: <input type="checkbox"/> Pletórica <input type="checkbox"/> Ictérica</p> <p>PULSO: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria</p> <p>AUSCUTA CARDÍACA</p> <p>RÍTIMO: <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>BULHAS: <input type="checkbox"/> Normatonéticas <input type="checkbox"/> Hipofonéticas</p> <p><input type="checkbox"/> Hipofonéticas <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>SOPRO BE OU B4: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>FC: _____ bmp PA: _____ X mmHg T: _____ °C</p> <p>ECG: _____</p> |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal |                                                       |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| HTD: <input type="checkbox"/> Rude                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | HTE: <input type="checkbox"/> Rude                    |                                                       |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> Diminuído                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Diminuído                    |                                                       |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> Ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Ausente                      |                                                       |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> sim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | HTD: <input type="checkbox"/> Roncos                  | HTE: <input type="checkbox"/> Roncos                  |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Sibilos                      | <input type="checkbox"/> Sibilos                      |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Estertores                   | <input type="checkbox"/> Estertores                   |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       | ABDOMEN: <i>Flacido, inddor à palpação</i>            |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                       |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |                                                       |                                                       |                                    |                                    |                                    |                                    |                                  |                                  |                              |                                      |                                      |  |                                  |                                  |                              |                                     |                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |

|                                                                                                                                                                                              |    |                                                                         |                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| DÉFIT NEUROLÓGICO                                                                                                                                                                            |    |                                                                         |                                      |
| <p>Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreageente <input type="checkbox"/> Paralisadas <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas</p> |    | (diferença = _____ mm)                                                  |                                      |
| Escala de Glasgow:                                                                                                                                                                           |    |                                                                         |                                      |
| ABERTURA OCULAR                                                                                                                                                                              |    | MELHOR RESPOSTA VERBAL<br>ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA<br>(<4anos)          |                                      |
| Espontânea                                                                                                                                                                                   | 4  | Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos | 5<br>Obedece aos comandos            |
| À solicitação verbal                                                                                                                                                                         | 3  | Confuso / Chora, mas é consolável                                       | 4<br>Localiza a dor                  |
| Ao contínuo estímulo                                                                                                                                                                         | 2  | Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)                         | 3<br>Retira o Membro                 |
| Nenhuma                                                                                                                                                                                      | 1  | Sons incompreensíveis / Inquieto                                        | 2<br>Flexão anormal (decorticação)   |
|                                                                                                                                                                                              |    | Nenhuma / Nenhuma                                                       | 1<br>Extensão Anormal (decerebração) |
| TOTAL:                                                                                                                                                                                       | 15 |                                                                         | Nenhuma                              |

F(NG).CC.001-1



Q: Headout + Out  
Our ~~new~~ ~~new~~ ~~new~~  
expansive  $\frac{1}{3}$  ~~new~~ ~~new~~ ~~new~~  
down  $\Theta$  ~~new~~ ~~new~~ ~~new~~  
top  $\Theta$  ~~new~~ ~~new~~ ~~new~~

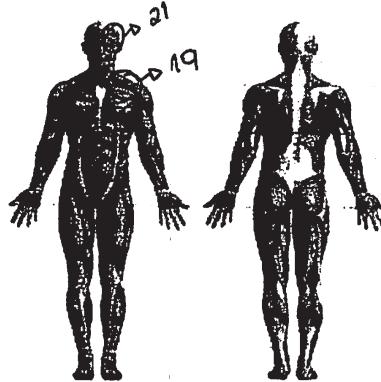
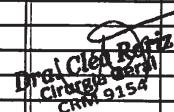
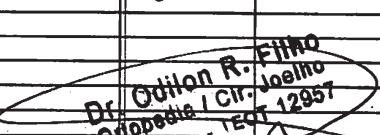
58 | 20 | 20

~~Dr. Renata M. X. Dartas~~  
Curing Biocompatible  
CROPS - 4325

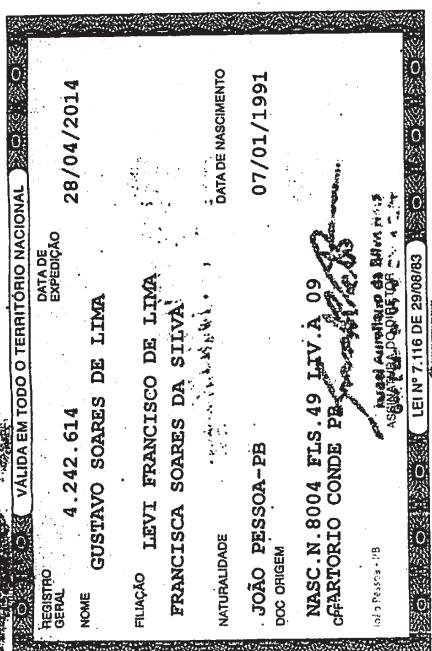
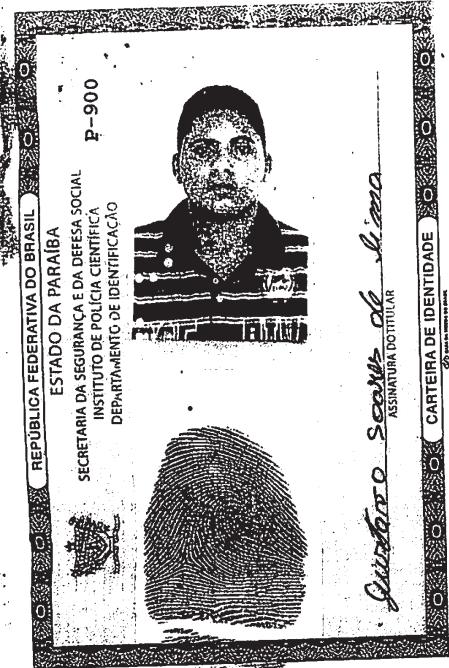
$$\text{O}_2 + \text{H}_2\text{O} \rightarrow \text{H}_2\text{O}_2$$

$$(0.5:10 - 1.12 \approx 120) \# \text{ of } \text{#}$$



| EXAME SECUNDÁRIO              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--|--------|----------------------|---|----------------|--|--|---|--|--|--|---|--|--|--|---|------------------|--|--|---|--|--|--|---|----------------------------|--|--|---|--|--|--|---|---------------------------|--|--|---|--|--|--|----|---------------|--|--|
| ALERGIA:                      | <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sim:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| MEDICAMENTOS:                 | <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sim:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| IMUNIZAÇÃO                    | <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sim:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| PATOLOGIA                     | <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sim:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| ALIMENTOS INGERIDOS:          | <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Sim:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| LOCAL DA LESÃO                | Identifique o local com o número correspondente ao lado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1 Abrasão<br>2 Amputação<br>3 Avulsão<br>4 Contusão<br>5 Crepitação<br>6 Dor<br>7 Edema<br>8 Empalamento<br>9 Efisema subcutâneo<br>10 Esmagamento<br>11 Equimose<br>12 F. Arma Branca<br>13 F. Arma de Fogo<br>14 F. Contuso<br>15 F. Cortante<br>16 F. Corto-Contuso<br>17 F. Perfuro-Contuso<br>18 F. Perfuro-Cortante | 19 Fratura Óssea Fechada<br>20 Fratura Óssea Aberta<br>21 Hematoma<br>22 Ingurgitamento Nervoso<br>23 Laceração<br>24 Lesão Tendínea<br>25 Luxação<br>26 Mordedura<br>27 Movimento torácico paradoxal<br>28 Objeto Encravado<br>29 Otorragia<br>30 Paralisia<br>31 Paresia<br>32 Parestesia<br>33 Queimadura<br>34 Rinorragia<br>35 Sinais de Isquemia<br>36 |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| OBS.:                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| QUEIMADURA:                   | Superfície corporal lesada (regra da palma%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | % Graus de queimadura:                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| EXAMES SOLICITADOS            | <input checked="" type="checkbox"/> Radiografias<br><input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST)<br><input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal<br><input type="checkbox"/> Gasometria arterial<br><input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| PROCEDIMENTOS REALIZADOS      | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>1º atendimento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>01 SRL 1000ml ev</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>02 Dypromo 010g + 100ml ev</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>03 Ixatol 40mg + 100ml ev</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Redress + 010</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; margin-left: 200px;"> <br/>  </p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CONDUTAS E PROCEDIMENTOS |  | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO | 1 | 1º atendimento |  |  | 2 |  |  |  | 3 |  |  |  | 4 | 01 SRL 1000ml ev |  |  | 5 |  |  |  | 6 | 02 Dypromo 010g + 100ml ev |  |  | 7 |  |  |  | 8 | 03 Ixatol 40mg + 100ml ev |  |  | 9 |  |  |  | 10 | Redress + 010 |  |  |
| CONDUTAS E PROCEDIMENTOS      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ASSINATURA E CARIMBO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| 1                             | 1º atendimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| 2                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| 3                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| 4                             | 01 SRL 1000ml ev                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| 5                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| 6                             | 02 Dypromo 010g + 100ml ev                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| 7                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| 8                             | 03 Ixatol 40mg + 100ml ev                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| 9                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| 10                            | Redress + 010                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO | <p>Solicito parecer da <u>BMF</u> / <u>ORTOPEDISTA</u> às : do dia <u>02/02/15</u></p> <p>Solicito parecer da _____ / _____ às : do dia _____</p> <p>DESTINO DO PACIENTE</p> <p>DATA _____ / _____ / _____ ( ) Centro cirúrgico<br/>   DA _____ / _____ / _____ ( ) Tranferência (unidade de saúde)<br/>   SAÍDA _____ / _____ / _____ ( ) Internado (setor)<br/>   HORAS: _____ : _____ ( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência<br/>   ( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) IML ( ) SVO</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| ASSIN                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ASSIN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |
| ATURA/CARIMBO                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |  |        |                      |   |                |  |  |   |  |  |  |   |  |  |  |   |                  |  |  |   |  |  |  |   |                            |  |  |   |  |  |  |   |                           |  |  |   |  |  |  |    |               |  |  |

F(NG).CC.001-1



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 07/03/2019 10:13:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19030710130218600000019087133>  
 Número do documento: 19030710130218600000019087133

Num. 19616839 - Pág. 6

---

Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **GUSTAVO SOARES DE LIMA**

Nº Sinistro: **3170352357**  
Vitima: **GUSTAVO SOARES DE LIMA**  
Data do Acidente: **01/02/2015**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170352357**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Pag. 00243/00244 - carta\_16 - INVALIDEZ



**Atenciosamente.**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12176444



## CERTIDÃO

Certifico, para todos os fins de direito, que, em cumprimento ao respeitável mandado, dirigi-me à Rua Domingos Maranhão, 115, centro, e ali sendo, DEIXEI DE CITAR o Sr. GUSTAVO SOARES DE LIMA, em virtude deste ser tido como pessoa desconhecida, naquela localidade, conforme informações dada por moradores locais, com os quais busquei informações, dentre eles, a Sra. Francisca Carlos de Oliveira, comerciária local.

Face ao exposto, devolvo mandado a Cartório, para fins de direito. Dou fé.

Conde, 02 de Abril de 2019.

Francisco de Araújo Salviano

Oficial de Justiça.



Assinado eletronicamente por: FRANCISCO DE ARAUJO SALVIANO - 05/05/2019 07:46:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050507462335100000020362795>  
Número do documento: 19050507462335100000020362795

Num. 20936869 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Cível da Capital\***

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0836824-49.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro a gratuitade processual requerida.

**Certifique se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.  
Em caso positivo, voltem os autos conclusos.**

Em caso negativo, nos processos de DPVAT em que ocorrem lesão a vítima a seguradora somente transige após a realização de perícia. Por tal razão, deixo de remeter, por hora, ao Centro de Conciliação Cível tendo em vista que tal providência neste momento processual será infrutífera.

Diante disso, determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

P.I.

João Pessoa, 23 de setembro de 2019.

**Juíza de Direito  
2ª Vara Cível da Capital**



Assinado eletronicamente por: GIANNE DE CARVALHO TEOTONIO MARINHO - 24/09/2019 17:30:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092417303192200000023908406>  
Número do documento: 19092417303192200000023908406

Num. 24701231 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Cível da Capital

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

---

Número do Processo: 0836824-49.2017.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto:  
Polo ativo: AUTOR: GUSTAVO SOARES DE LIMA  
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

### CERTIDÃO

Certifico e dou fé, em cumprimento ao despacho último, de que tramita perante a doura 7ª Vara Cível da Capital, ação idêntica a que tramita perante esta 2ª Vara Cível, inclusive a mesma data em que ocorreu o acidente, em 10.02.2015, conforme consta abaixo;

#### DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico em **10.02.2015**, tudo conforme se depreende da cópia do Relatório de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

JOÃO PESSOA, 25 de setembro de 2019  
JOSE ALBERTO DE ALBUQUERQUE MELO



Assinado eletronicamente por: JOSE ALBERTO DE ALBUQUERQUE MELO - 25/09/2019 13:58:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092513581711400000023942258>  
Número do documento: 19092513581711400000023942258

Num. 24737438 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba**

**2ª Vara Cível da Capital**

**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**

---

**0836824-49.2017.8.15.2001 [SEGURO]  
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**CERTIDÃO**

Certifico que passo a fazer **CONCLUSÃO** dos presentes autos ao MM Juiz de Direito da 2ª Vara Cível da Comarca da Capital.

Dou fé.

João Pessoa-PB, em 25 de setembro de 2019

**JOSE ALBERTO DE ALBUQUERQUE MELO**

Analista/Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: JOSE ALBERTO DE ALBUQUERQUE MELO - 25/09/2019 13:58:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092513584411300000023942267>  
Número do documento: 19092513584411300000023942267

Num. 24737448 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Cível da Capital\*\*\***

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0836824-49.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Intime-se a parte autora para falar sobre a certidão constante no id. 24737438, em 10 (dez) dias, e, na oportunidade, requerer o que de direito.

P. I.

JOÃO PESSOA, 2 de março de 2020.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: GIANNE DE CARVALHO TEOTONIO MARINHO - 02/03/2020 11:00:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030211004048400000027627021>  
Número do documento: 20030211004048400000027627021

Num. 28658769 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

**GUSTAVO SOARES DE LIMA**, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, perante Vossa Excelência, complementando o cumprimento do despacho retro, informar e requerer o que segue:

**Observa-se a distribuição equivocada de ação idêntica perante a 7<sup>a</sup> Vara Cível da Capital, sendo o presente juízo prevento, no entanto. Portanto diante da litispendência aquela ação deverá ser extinta.**

Dante dos fatos, pugna pelo prosseguimento regular da presente demanda.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 05 de maio de 2020.

***Fabio Carneiro Cunha Lima***

*Advogado – OAB/PB nº. 13.527*

***Ana Raquel de S. e S. Coutinho***

*Advogada – OAB-PB nº. 11.968*





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 05/05/2020 18:59:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050518591029800000029207311>  
Número do documento: 20050518591029800000029207311

Num. 30400982 - Pág. 2



**Poder Judiciário da Paraíba**

**2ª Vara Cível da Capital**

**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**

**0836824-49.2017.8.15.2001 [Seguro]  
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

**CERTIDÃO**

Certifico que passo a fazer **CONCLUSÃO** dos presentes autos ao MM Juiz de Direito da 2ª Vara Cível da Comarca da Capital.

Dou fé.

João Pessoa-PB, em 4 de junho de 2020

**SÉRGIO RICARDO COELHO MILANÊS**

Analista/Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: SERGIO RICARDO COELHO MILANES - 04/06/2020 15:49:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060415494184700000030016958>  
Número do documento: 20060415494184700000030016958

Num. 31285312 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0836824-49.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Considerando a certidão da serventia, sobre a existência de outra ação idêntica a esta, porém, distribuída um ano depois, de modo que a primeira distribuição/registro foi deste processo, o qual ocorreu em 03.08.2017, reconheço a competência deste juízo, em razão da prevenção.

Diante disso, determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

Comunique-se ao juízo da 7ª Vara Cível sobre a existência desta ação, informando a identidade de ação com o processo de nº 0865211-40.2018.8.15.2001, distribuído àquele juízo em 21.11.2018.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 4 de junho de 2020.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: GIANNE DE CARVALHO TEOTONIO MARINHO - 04/06/2020 17:48:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060417483606300000030019644>  
Número do documento: 20060417483606300000030019644

Num. 31287929 - Pág. 1