

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: Joselio Rodrigues dos Santos  
Qualificação: Advogado  
CPF/MF: 042 057 214-71 RG: 6297295-59P/PE  
Endereço: Rua do Mucunim em Bento  
58324000 Araucária - PB

**OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA**, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e  
**ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO**, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,  
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,  
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

### GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, de \_\_\_\_\_ de 2016.

Joselio Rodrigues dos Santos  
Outorgante



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109818/17  
Vítima: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS  
CPF: 042.057.214-71

Data do Acidente: 07/05/2016  
CPF de: Próprio Titular do CPF: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS : 042.057.214-71**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

#### Portador da documentação entregue

Data: 20/03/2017  
Nome: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS  
CPF/CNPJ: 042.057.214-71

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 20/03/2017  
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
CPF: 423.820.764-53

JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS



Sandra Maria Accioly Pedrosa



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Joselio Rodrigues dos Santos  
PORTADOR(A) DO RG Nº 62972905 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 01.06.99  
CPF 04205721471 /CNPJ PROFISSÃO Vigia  
E RENDA MENSAL DE R\$ S.M. ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joselio Rodrigues dos Santos AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(A Circular Sussep nº 445/2012, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal)

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito.
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 10553 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16946-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO

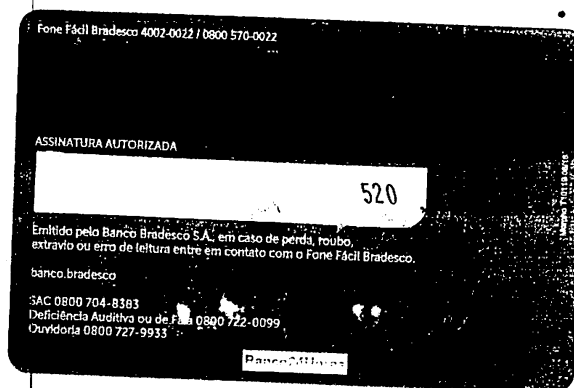
João Pessoa, 03 de Março, 2017 de Joselio Rodrigues dos Santos  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários obedecendo a regulamentação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvat-seguradotransito.com.br](http://www.dpvat-seguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-031294





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6297295

01/06/1998

JOSELO RODRIGUES DOS SANTOS

David José da Silva

Maria das Graças Rodrigues dos Santos

Pitumbu-PP.

DATA DE NASCIMENTO: 04.02.1982

C.N. 5523, 2.4.05, T. 200

Cart. de Pitumbu-PP.

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: JOSELO RODRIGUES DOS SANTOS

04/02/1982

22572412401

073 0104

PITUMBU

DATA DE EMISSÃO: 02/04/98

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

DATA: 04/02/98

EXPO 1501

04/02/98

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: JOSELO RODRIGUES DOS SANTOS

Nº de Inscrição: 042057214-71

04/02/82



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Rodrigues dos Santos

RG nº 6297295, data de expedição 01/06/99, Órgão SSP/PB

CPF nº 042 057 214-71, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Urucium</u>
Número	<u>512</u>
Apto./ Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Acauê-PB</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58324-000</u>
Telefone de Contato	<u>993907608</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 03-03-2017

Assinatura do Declarante:

Raquel de Sousa e Silva Coutinho



LUZINHA PEREIRA DA SILVA  
RUA DO MILITAR, 301 - CENTRO  
ACAU/PB CEP 55510-000 (45 18)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL / BARRACADA MONOFÁSICO  
Rotômetro 8-255-703-5260  
Nº medidor 00009314-683

Referência Dez/2016  
Emissão 15/12/2016

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 291, km 25 - União Redentor - 22000-000 - Parauapebas/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.951.893/0001-40 - Insc. Est. 16.915.629-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.594.506  
Código para Débito Automático 0003473311

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1473311-7

Dez/2016

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002

Apresentação

15/12/2016

Data prevista da próxima leitura

13/01/2017

CPF/CNPJ/RANI

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
0181275403					
Insc. Est.	Data Lettura 18/11/16 6394	Data Lettura 16/12/16 6421	I	87	28

Faturas em atraso

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo ate 30kWh-ER	20	0,15063	4,51
Consumo- 31 a 100kWh-ER	57	0,25923	14,71
Adic. B. Amarela			0,31
Subsidio			19,39
ICMS			14,02
PIS			0,58
COFINS			2,80
LAPIDAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILM PUBLICA			7,26
JUROS DE MORA 11/2016			0,08
MULTA 11/2016			0,88
Devolução Subsidio			-19,39

Histórico de Consumo (kWh)

Nov/16	80
Out/16	88
Set/16	98
Ago/16	93
Jul/16	65
Jun/16	108
Mai/16	92
Abr/16	82
Mar/16	94
Fev/16	103
Jan/16	81
Dez/15	84

Média dos últimos 12 meses  
80

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	58,09	25,00	14,02
PIS	58,09	1,0102	0,58
COFINS	58,09	4,8429	2,80

VENCIMENTO 22/12/2016 TOTAL A PAGAR R\$ 44,74

531f.2bf1.a741.8042.60dd.bc54.238e.01aa.

Indicadores de Qualidade 10/2016 - Espinha

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	(R\$)	%
DIC MENSAL 5,87	0,82	NOMINAL 220	Serviços de Dist. da Energisa PB	7,42	16,59
DIC TRIMESTRAL 17,34	1,00		Consumo de Energia	6,88	15,41
DIC ANUAL 22,89			Consumo de Transmissão	0,51	1,14
FIC MENSAL 7,10	0,82	CONTRATADA 202	Encargos Salinas	2,92	6,53
FIC TRIMESTRAL 14,20		LIMITE INFERIOR 201	Impostos Diretos e Encargos	25,21	56,35
FIC ANUAL 3,28		LIMITE SUPERIOR 231	Outros Serviços	0,60	0,00
CMC 1,22			Total	44,74	100,00

Valor do EUSO (Ref: 10/2018) R\$ 11,12

Valor do EUSD (Ref: 10/2016) R\$ 11,12

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 19,39

PARÁIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro 8-255-700-5260  
Matrícula 1473311-2016-12-0

22/12/2016

R\$ 44,74

83640000100-3 44740054000-4 14733112016-1 12602550019-3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jozeleio Rodrigues dos Santos, portador da carteira de identidade nº 6297295 e inscrito no CPF/MF sob o nº 049057214-71, residente e domiciliado na Rua do Mercúrio s/n Cidade Acari-PB, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Jozeleio Rodrigues dos Santos

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa, 03 de Março de 2017

Local e data







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00300.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00300.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:17 horas do dia 15 de fevereiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Joselio Rodrigues dos Santos**, conhecido(a) por Freire, CPF nº 042.057.214-71, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Vigia, filho(a) de Maria das Graças Rodrigues dos Santos e Otavio José da Silva, natural de Pitimbu/PB, nascido(a) em 04/02/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Mucum, Nº SN, complemento ACAU, bairro Centro, tendo como ponto de referência Por Trás do Bar de Arlindo, na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99390-7608.

**Dados do(s) Fatos:**

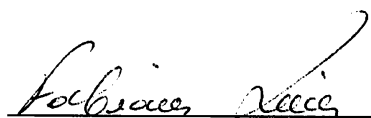
Local: Pb 044, Perto da Usina Tabu, Caaporã/PB, ; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 07/05/16 10:35h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

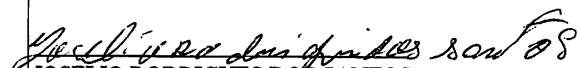
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 07.05.2016, por volta das 10h35, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG125 FAN, COR PRETA, ANO 2008, PLACA KHP5669/PE, CHASSI 9C2JC30708R215669, DE PROPRIEDADE DE EDNALDO FRANCISCO DA SILVA, pela PB 044, Caaporã/PB, quando após passar pela Usina Tabu foi trancado por outra MOTOCICLETA não identificada, onde o noticiante acabou colidindo com a mesma, vindo ambos a caírem ao solo; Que devido ao fato o noticiante veio a sofrer FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, sendo socorrido pelo SAMU de Caaporã e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos; Que o noticiante informa que o outro condutor não machucou-se, apenas uma mulher que vinha na garupa machucou o pé; Que a Polícia Militar foi acionada e esteve no local, onde realizou os procedimentos devidos. Diante do exposto noticiou o fato.

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

João Pessoa/PB, 15 de fevereiro de 2017.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

  
JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS  
Noticiante



Procedimento Policial: 00300.01.2017.1.00.420

1/1





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAAPORÃ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

710516	ID da Ocorrência: 126686	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 47	Prioridade: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 10:35 Hs	Hora de Chegada no Local: 10:41 Hs
Paciente / Usuário: Joseo Rodrigues dos Santos		Idade: 34		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem		Telefone: 3141
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Cupissura <input type="checkbox"/> Taquera <input type="checkbox"/> Pitimbu <input type="checkbox"/> BR 101 <input type="checkbox"/> Acaú		Outro: 10		Médico Regulador: J. M. L. E. 2.º		
Tratamento: SA do Ilhaval		Bairro: Aní				
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input checked="" type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Tipo no Local: <input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: TACU						
A: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evacuação de Local <input type="checkbox"/> Tiro <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HEETSAL				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA	
<input checked="" type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Local: Busão	Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS	Responsável:
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	Hospital de Destino:
<input type="checkbox"/> Colisão carro x moto	Responsável:
<input type="checkbox"/> Queda de moto	
<input type="checkbox"/> Atropelamento por:	
<input type="checkbox"/> Colisão carro x Carro	
<input type="checkbox"/> Capotamento	
<input type="checkbox"/> Outro: Moto x Moto	
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> AIDS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> AVC
<input type="checkbox"/> Alojamento	<input type="checkbox"/> Convulsões
<input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada:	<input type="checkbox"/> Distúrbios
<input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa
<input type="checkbox"/> Outro:	Quais?
ANTECEDENTES	
<input type="checkbox"/> Doença Mental	
<input type="checkbox"/> Doença Renal	
<input type="checkbox"/> Droga	
<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial	
<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores	
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios	
<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo	

ADOS VITAIS	FC: 72	FR: 22	HGT: 82	SpO2 - S/O2: 99.1	SpO2 - C/O2:
-------------	--------	--------	---------	-------------------	--------------

ANAMNESE CLÍNICA (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

ITEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
--

Intensidade da Enfermagem:
Intervenções: ILU, HIL, 2000 + AUP + SSVV

Intenção do Enfermeiro:
Falta de recursos de Moto x Moto, paciente orientado,

Intenção do Enfermeiro:
Verificação de se não há risco de agravamento, já que

Intenção da Regulação Médica:
uso de CAPACETE, NECA VAMOS EIDU OUTRAS

Intenção da Regulação Médica:
Quais: ILU, HIL, 2000 + AUP + SSVV



f. 130



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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	04/02/82
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	918.522
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	07/05/16
HORA DO ATENDIMENTO	11:56
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	V 29 + S 42.0 + S 51.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RESGATADO PELO SAMU, PROCEDENTE DE CAAPORÃ, QUEIXANDO-SE DE DOR EM CLAVÍCULA DIREITA E COTOVELO DIREITO. EF= FERIMENTO CORTOCONTUSO EM COTOVELO DIREITO. GLASGOW 15. -

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE TÓRAX  
RX DE OMBRO DIREITO- FRATURA DE CLAVÍCULA

### TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO AO 1º ATENDIMENTO + AVALIAÇÃO COT + TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM ENFAIXAMENTO + RETORNO AO HTOP APÓS 08 DIAS PARA AVALIAÇÃO + SUTURA DO FCC + MEDICAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 07/05/2016  
DATA DA EMISSÃO: 20/09/2016

Drª. Joacila Braga Brandão  
CRM: 1741/PB

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



918522

QUES dos s

Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 918522



GOVERNO  
DA PARAÍBA



Identificação do paciente

ID 1033982	Nome JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS		Sexo Masculino
Data de nascimento 04/02/1982	Idade 34 anos 3 meses 3 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe MARIA DAS GRACAS RODRIGUES DOS SANTOS	Pai NAO INFORMADO		Prontuário
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993907608	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns 700009445479909	
Local de procedência CAAPORA		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

CEP 58324573	Município de residência PITIMBU	UF PB	Logradouro DAS PRINCESAS, S/N
Número 262	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora Prevista 07/05/2016 11:56:39	Número da pulseira 100004698905	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		

Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA 120 x 70 mmHg	Pulso 86	Temperatura 36
---------------------	-------------	-------------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por PRISCILA JORGE DA SILVA	CID
	Tempo 09min 51seg

Imprimir

16/08



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

Pri

1000004698905 BE.: 918522  
JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS  
DT. NASC.: 04/02/1982  
MAE: MARIA DAS GRACAS RODRIGUES DOS S  
END.: DAS PRINCESAS, S/N  
N. 262 - CENTRO  
PITIMBU  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 993907688  
IDADE: 34  
DT. ENTRADA: 07/05/2016 11:56:39

Médico



HETSHL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

B.E.

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente traz do pelo SAMU com  
queixa de dor em clavícula  
e cotovelo.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ☐ Pervias ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade

☐ Cora dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD ☐ Presente e normal  
☐ Rude  
☐ Diminuído  
☐ Ausente

HTE ☐ Presente e normal  
☐ Rude  
☐ Diminuído  
☐ Ausente

2 - RUÍDOS

HTD ☐ sim  
☐ Não

HTE ☐ Roncos  
☐ Sibilos  
☐ Estertores

FR: \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pleórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☐ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☐ Normatonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

BE OU B4

☐ Sim ☐ Não

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg T: \_\_\_\_\_ °C

ECG:

ABDOMEN:

DÉFICIT NEUROLÓGICO

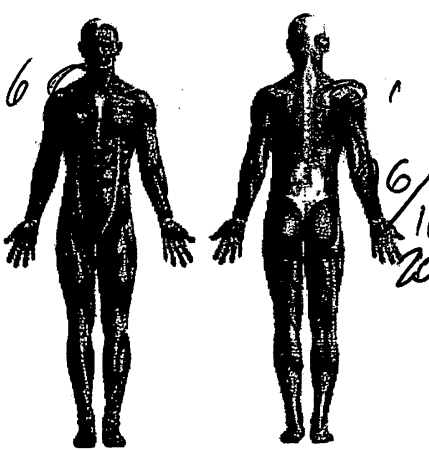
Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

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

F(NG).CC.001-1



EXAME SECUNDÁRIO																																		
ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim: _____																																	
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim: _____																																	
IMUNIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim: _____																																	
PATOLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim: _____																																	
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim: _____																																	
LOCAL DA LESÃO	<div> <p>Identifique o local com o número correspondente ao lado →</p>  </div> <div> <p>1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efusão subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36</p> </div>																																	
OBS.:																																		
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau																																	
EXAMES SOLICITADOS	<input checked="" type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada																																	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> <th>ASSINATURA E CARIMBO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10		
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO																																
1																																		
2																																		
3																																		
4																																		
5																																		
6																																		
7																																		
8																																		
9																																		
10																																		
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO	<p>Solicito parecer da <u>OKto</u> às _____ do dia _____</p> <p>Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____</p>																																	
DESTINO DO PACIENTE	<p>( ) Centro cirúrgico</p> <p>( ) Transferência (unidade de saúde) _____</p> <p>( ) Internado (setor) _____</p> <p>( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A reavalia ( ) Desistência</p> <p>( ) Óbito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) JIML ( ) SVO</p>																																	
DATA	____/____/____																																	
SAÍDA	____/____/____																																	
HORAS:	____:____																																	
ASSINATURA/CARIMBO	ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL																																	

F(NG).CC.001-1





1000004688805  
JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS BE.: 918522  
DT. NASC.: 04/02/1982  
MAE: MARIA DAS GRACAS RODRIGUES DOS S

END.: DAS PRINCESAS, S/N  
N. 262 - CENTRO  
PITIMBU  
FONE: ( )  
CELULAR: (03) 993907600  
IDADE: 34  
DT ENTRADA: 07/05/2016 11:56:39

IENTE



Nome do paciente

ONTUÁRIO

DATA	HORA	DESCRIÇÃO-DA EVOLUÇÃO
7/5/16		ORTOPEDIA
		Fratura de CLAVICULA
		Orto (enfaturado) 1/2
		FRAT. de CLAVICULA
		Ao HTOP p/ reanálise
		c/ 8 dias
		Orto Traumatologia
		CRM 4922
		Estimula

Santo de Tarso I. Romão  
Ort. Traumatologia  
CRM 4922

F(NG).ENF.018-1



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

NOME: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS  
BE: 918522  
DATA: 11/5/2016 16:28  
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 07/05/2016.

RX. TÓRAX AP  
TRANSPARÊNCIA PULMONAR NORMAL.  
SEIOS COSTO-FRÊNICOS LIVRES.  
ARCOS COSTAIS SEM ALTERAÇÕES.

RX. OMBRO DIREITO AP  
FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA.

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

7

DR. CAIO MARIO MEDEIROS  
RADIOLOGISTA CRM 3645





## DESPACHO

Vistos, etc.

Apreciando a petição inicial, por sua vez, revela-se que a autora pleiteia receber o valor máximo previsto na Lei n. 6.194/74 para a indenização do seguro DPVAT, ou seja, R\$ 13.500,00. Nada obstante, a promovente não descreve minimamente a sequela irreversível que sofreu, limitando-se, a relatar que foi vítima de acidente de trânsito e que, em razão deste, sofrera “inúmeras lesões”, não sendo possível a este juízo adivinhar quais lesões efetivamente sofrera e em que grau e localização.

Sendo assim, tem-se que a promovente não declinou a causa de pedir, pois, para tanto, não basta o relato de que se vitimou em um acidente de trânsito, nem a alegação genérica de que suportou uma sequela inespecífica. Faz-se necessário que a demandante esclareça se a invalidez alegada se abateu sobre sua estrutura corporal por inteiro ou sobre parte dela, devendo, neste caso, declinar que parte e/ou funções do seu corpo restaram inválidas. Isso porque a Lei 6.194/74 e sua respectiva tabela trazem percentuais indenizatórios distintos a serem aplicados de acordo com o alcance da sequela. Logo, a inicial, tal como elaborada, não permite concluir se do pedido do autor, buscando receber indenização securitária ao valor máximo de R\$ 13.500,00, decorre logicamente dos fatos alegados (sequela inespecífica), tampouco dos fundamentos (Lei 6.194/74 e respectiva tabela), que a própria autora invocou na inicial.

Não é demais esclarecer que a perícia não tem por finalidade dar sentido ou complemento aos fatos alegados no pedido vestibular, e sim comprová-los ou desconstituí-los, no todo ou em parte. A função da perícia, pois, é probatória, isto é, serve demonstrar ou contrapor fatos previamente relatados, seja na inicial ou na contestação.

Sendo assim, intime-se a parte autora, para, em 15 dias, a emendar a inicial, sob pena de seu

indeferimento por inépcia:

a) esclarecer que parte do seu corpo e/ou função restou permanentemente inválida em razão das lesões

sofridas no acidente de trânsito;

b) sanar a contradição acima circunstanciada ou retificar seu pedido, seja para justificar o valor pleiteado, seja para retificá-lo de acordo com os fatos (sequela) e os fundamentos legais (tabela) que invocou;

c) se for o caso, corrigir o valor da causa.

João Pessoa, data e assinatura eletrônicas.

Daniela Falcão Azevedo

Juíza de Direito



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

COMARCA DA CAPITAL

JUÍZO DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL,

AVENIDA JOÃO MACHADO, 532 – 5º ANDAR – JAGUARIBE

58.013-520 – JOÃO PESSOA PB

TELEFONES: (83) 3208-2487, 3208-248

## **ATO ORDINATÓRIO:**

PELO PRESENTE ATO, INTIMO A PARTE AUTORA, POR SEU ADVOGADO, PARA OS EFEITOS DO DESPACHO CONSTATANTE DO ID Nº 18547508, PRAZO DE QUINZE DIAS.

JOÃO PESSOA, 19.02.2020.

**ANTONIO REGINALDO PATRIOTA**

**MAT. 469.199-7**



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

**JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS**, 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, com a devida vênia, perante Vossa Excelência, em cumprimento do despacho retro, nos termos do Art. 321 do CPC, informar e requerer o que segue:

O demandante fora vítima de acidente de trânsito e ciente da cobertura do Seguro DPVAT, pleiteou a liberação do mesmo pela VIA ADMINISTRATIVA conforme protocolo de abertura de sinistro junto a Seguradora Líder em anexo.

Cumpra destacar, inobstante ter o promovente obedecido os preceitos insculpidos na Lei 6194/74, a promovida sem qualquer justificativa plausível, sem que a parte tivesse realizado qualquer tipo de perícia médica, alega que o seu pedido foi cancelado.

Desta feita, vendo frustrado seus Direitos, a parte autora ingressou com a referida demanda colacionando aos autos o Boletim de Ocorrência e o **Laudo/Prontuário Médico, que ATESTAM o ocorrido e suas LESÕES.**

Pugnou o demandante pela realização de perícia Médica afim de que se possa **ATESTAR as SEQUELAS decorrentes das LESÕES SOFRIDAS, avaliando o segmento corporal afetado e a função acometida, nos termos do artigo 3º, §1º, INC I e II.**

No caso em apreço o Segurado, sofreu **LESÕES MEMBRO SUPERIOR DIREITO (CLAVÍCULA).**

Reitera assim o promovente pela realização de Perícia Médica, **com o fito de atestar e legalmente enquadrar o percentual da sequela resultante no membro afetado e as funções comprometidas e seus reflexos.**

Por fim, considerando que o patamar máximo indenizável é de **ATÉ R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), bem como que a indenização tem percentuais distintos, a ser aplicado de acordo com sequela avaliada anatômica e funcionalmente, no caso em apreço, entendemos



que o percentual máximo a ser aferido, poderá chegar a limite indenizável de **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)**. Sendo, portanto, esse o valor a ser atribuído a causa.

**Além disso** a Lei nº 6.194/74, que instituiu o Seguro obrigatório – DPVAT, alterada pela Lei nº 8.441/92 e 11.482/2007, em seu conteúdo normativo não estabelece a necessidade de **esgotamento da esfera administrativa**, afim de pleitear o recebimento do seguro, assim como não exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte do sistema, para tal fim. Como se não bastasse, a Constituição Federal de 1988, diferentemente da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instância administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexistência de exaurimento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial.

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Assim, apresentados todos os requisitos previstos em lei, que é o Boletim de Ocorrência e Documentos médico-hospitalares, não há qualquer justificativa para a falta de pagamento da devida indenização.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 04 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*





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**13ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0827961-07.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

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

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

**Nomeio perito o Dr. LUCIANO JOSE LIRA MENDES, médico ortopedista, telefones (83) (83) 99984-8151, e-mail: LUCIANOJLIRAMENDES@BOL.COM.BR. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do Convênio nº 015/2014-TJ/PB celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.**

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

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

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

Cumpra-se.



JOÃO PESSOA, 15 de julho de 2020.

ANDRÉA CARLA MENDES NUNES GALDINO

Juiz(a) de Direito

PORTARIA GAPRE nº 578 de 06/04/2020.

