

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

WALLISON ROSENDO FERREIRA, brasileiro, portador do RG nº 3996820 SSP/PB e CPF nº 713-171.654-54, residente e domiciliado em Rua Francisco Leocádio Ribeiro Coutinho 201/SL 208, Bessa, João Pessoa-PB, CEP 58036-450

OUTORGADO:

FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB 14.839, estabelecido à Rua Rodrigues de Aquino, 230, Centro, João Pessoa - PB.

PODERES:

A quem confere poderes com a cláusula *ad judicium* para, como seus advogados, representar o outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extrajudicialmente.

PODERES ESPECÍFICOS:

A presente procuração confere aos outorgados poderes para, em nome do outorgante, confessar, negociar e transigir (art. 334, CPC), desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência (art. 105, CPC).

CONTRATO:

Concomitantemente com os poderes acima outorgados, o Outorgante aceita pagar aos advogados contratados honorários correspondentes a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido pelo autor da ação (ou por composição amigável) apuradas em procedimento de execução, com as devidas atualizações até final pagamento, facultado aos advogados contratados requerer nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários a que lhe faz jus, por dedução da quantia a ser recebida pelo Constituinte, ora Contratante (art. 4º, Lei nº 8.906/94). Fornecimento de documentos e informações necessários ao bom e rápido andamento da ação, por conta do outorgante. As partes contratantes elegem o foro da cidade de João Pessoa - PB, para dirimir qualquer ação oriunda deste contrato.

João Pessoa, _____ de _____ de 20____.



OUTORGANTE



Paraíba
João Pessoa
Rua Rodrigues de Aquino, 55
Centro, CEP 58.013-030
Tel.: (83) 3566.3006

fidelis@fidelisadv.com

Maranhão
São Luís
Av. Colares Moreira, Nº 444, Sala 208-A
Renascença II, CEP 65.075-441
Tel.: (98) 3082.7466

1/1



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 200.8.19.08018/01
			Data de emissão: 28/03/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/03/2019
Número da guia: 200.2019.608018 Tipo da Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,54
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.157,03
			Desconto total: R\$ 0,00
866400000117 570309283184 520190331204 081908018013 			Valor final: R\$ 1.157,03

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 200.8.19.08018/01
			Data de emissão: 28/03/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/03/2019
Número da guia: 200.2019.608018 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,54
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.157,03
			Desconto total: R\$ 0,00
866400000117 570309283184 520190331204 081908018013 			Valor final: R\$ 1.157,03

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 200.8.19.08018/01
			Data de emissão: 28/03/2019
Nº do Processo:	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 31/03/2019
Número da guia: 200.2019.608018 Tipo de Guia: Custas Prévias			UFR vigente: R\$ 49,54
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 990,80 - Taxa Judiciária: R\$ 151,87 - Despesas processuais postais: R\$ 13,01 - Taxa bancária: R\$ 1,35			Conta FEJPA: 1618-7228.039-6
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 1.157,03
			Desconto total: R\$ 0,00
866400000117 570309283184 520190331204 081908018013 			Valor final: R\$ 1.157,03





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

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2019.608018 **Data Vencimento:** 31/03/2019 **Data Emissão:** 28/03/2019

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: WALLISON ROSENDO FERREIRA

Promovido: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Valor da Causa: R\$ 10.125,00

Despesas Processuais: R\$ 13,01 **Custas:** R\$ 990,80 **Taxa:** R\$ 151,87

Total da Guia: R\$ 1.155,68

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

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e do art. 98, da Lei 11.103/15.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

_____ / ____ / ____

x Wallison Rosendo Ferreira.



SINISTRO 3180397246 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** WALLISON ROSENDO FERREIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO WALLISON ROSENDO FERREIRA**CPF/CNPJ:** 71317165454**Posição em 29-10-2018 08:16:10**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/10/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE MOTOCICLETA

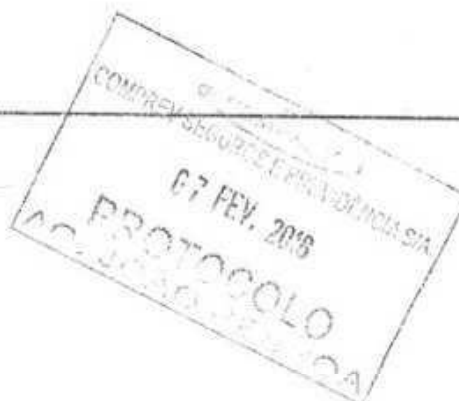
REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 725/2016.

Aos dezoito dias do mês de Maio, do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 14:35 hs, compareceu **WALLISON ROSENDO FERREIRA**, RG; 3996820-SSP/PB., brasileiro, solteiro, natural de Sapé-PB. 18 anos, nascido em 04/08/1997, agricultor, filho de Cláudio Inácio Ferreira e Olinelma Rosendo Costa, alfabetizado, residente no sítio Cordeiro/Sobrado/PB. **O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA:** Quando conduzia a moto Honda CG, 150, Titan, Placas NQA4970-PB. vermelha, ano /modelo 2009, chassi 9C2KC16209R022020, em nome de Terezinha Ricardo da Conceição, avô do noticioso, quando ao entrar no posto novo, sentido João Pessoa, perto de Anta do Sono, quando uma moto também entrou à sua direita, colidindo na lateral direita da mesma, tendo ambos os condutores caído ao solo, sendo socorrido, para o hospital de Trauma, onde foi medicado, segundo Laudo expedido pelo citado hospital, de Prontuário nº 93049, fato ocorrido dia 24/1/2016, por volta das 15:00 hs. Era o que tinha a notificar. O referido é verdade. Dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

Wallison Rosendo Ferreira

DECLARANTE

[Assinatura]
Escrivão



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Wallison Rosendo Ferreira é portador do CID : S 06.8 apresentando cefaléia , acompanhado de leve alteração cognitiva proveniente de seqüela ocasionado por acidente de motocicleta.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742

01-10-2018

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 20.055.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Junior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1 VIA FARMACIA 2 VIA PACIENTE

NOME : WALLISON ROSENDO FERREIRA

SÍTIO CORDEIRO

JOÃO PESSOA – PB

USO ORAL :

HIDANTAL

100 MG

1 CX

TOMAR 2 X AO DIA

01-10-2018

Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742

Assinatura do emitente

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
NOME _____	
IDENTIDADE _____	
ÓRGÃO EMISSOR _____	
ENDEREÇO _____	
CIDADE _____ UF _____	
TELEFONE _____	
	Assinatura do Farmacêutico _____
	Data _____

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090





Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Francisco Assis Fidelis de Oliveira Filho</u>			N de BE: <u>53 53 53</u>		
Idade: <u>73</u>	Sexo: <u>M</u>	Clinica: <u>MC</u>	Enf:	Leito:	
Data de admissão: <u>24/1/16</u>		Alta: <u>30.1.16</u>	Tempo de Permanência:		
Diagnóstico de Internação: <u>TCE</u>					
Diagnóstico Definitivo: <u>TCE (fratura consolidação)</u>					
Diagnóstico Secundário: <u>F33 - 4 farmacoterapia</u>					
Principais exames: <u>CE, RX, TC, RM, ECG, Hemograma</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
Biópsias:					
Anatomia patológica:					
Intecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado Bacteriologista:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()					
Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações: <u>paciente com história de TCE, evoluiu com consolidação da fratura, sem sequelas.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta: <u>Leve</u>					
Repouso:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o litop.					
Medicações para casa: <u>Medicamentos prescritos em receita</u>					
Retorno: <u>Marcar retorno no Hospital</u>					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>31</u> de <u>1</u> de <u>16</u>			Ass. Médico/CRM		
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

FUNG APT 002-2





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 Wallison Rosendo Ferreira

DATA DE NASCIMENTO 04/08/97

NOME DA MÃE Olinelma Rosendo Costa

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 93049

BOLETIM DE ENTRADA N.º 895551

DATA DO ATENDIMENTO 24/01/16

HORA DO ATENDIMENTO 16:31

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Trauma craniano

CID 10 S06.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, sem capacete, nega perda da consciência ou vômitos glasgow 15 pupilas iso/foto. Avaliado pela Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RX pé D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC nenhuma alteração temporal esquerda.

RX normal

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano.

ALTA HOSPITALAR: 31/01/16

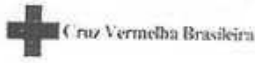
DATA DA EMISSÃO: 28/04/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



nuvo + BIAE



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 895551



Identificação do paciente

ID 994145	Nome WALLISON ROSENDO FERREIRA	Sexo Masculino
Data de nascimento 04/08/1997	Idade 18 anos 5 meses 20 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe OLINELMA ROSENDO COSTA	Religião CATOLICA	Prontuário
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	Pai CLAUDIO INACIO FERREIRA	Responsável (Parentesco) OLINELMA ROSENDO COSTA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993269543	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3996820	Nº Cns 165730785790009
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)	Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Email	Naturalidade SAPE	CBO/R

Endereço

CEP 68342000	Município de residência SOBRADO	UF PB	Logradouro CORDEIRO
Número SN	Complemento	Bairro AREA RURAL	

Admissão

Data e Hora Prevista 24/01/2016 16:31:12	Número da pulseira 1000004677795	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIAO GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Classificação de risco		Detalhe do acidente MOTO X MOTO
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura TCE
--------------	-------	--------------------

Exames complementares

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

Dados clínicos: *24/01/16 NCA (20:50) Acidente de moto.*

Diagnóstico: *sem contato 25 15:00*

Atendido por: *ANA RENNATA DE MEDEIROS NOBREGA*

em pausa

Dr. Ricardo R. Carvalho
Neurocirurgia
Fone: 336620

Col: LCT Otimizado => ANALGESIA

PEQUENA HEMORRAGIA
CORTICAL TAMBEM E
SUSCITO DE CONTUSÃO (MINIMA)

24/01/2016



Nº 10.302
25-01-16

Acidente motorizado
sem copete!

fls 15

TCC - pequena
cabeça T - E

C/ Ulmer e
+ Antunes
Ulmer de
Ulmer.

Dr. Mauro Guilherme
Newman
25-01-16





Primeiro Atendimento Mé



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

END: CONDÉIRO
N. SR. RIBEIRAL
SOMARDO
FONE: ()
CELULAR: (63) 991269543
IDADE: 19
DT. ENTRADA: _____

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente de trânsito
em Capeote. Negro período de consciência
e de consciência. Possui queixa no
to e louro desorientado. Não há
pardo

EXAME PRIMÁRIO

VIAS Parvas Obstruídas
AÉREAS Parvas Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade
 VENTILAÇÃO MECÂNICA
 APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente
HTE: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente
RUIDOS
 Sim
 Não
HTD: Riscos
 Sibilos
 Estertores
HTE: Riscos
 Sibilos
 Estertores
FR: _____ Imp. SaO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: Normal Pálida Cianótica
 Pletórica Ictérica
TEMPERATURA DA PELE Normal Quente Fria
PULSO Normal Aumentado
 Fino Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO Regular Irregular Ausente
BULHAS Normatonéticas Hipofonéticas
 Hipofonéticas Ausente
SOPRO Presente Ausente
BE OU B4 Sim Não
FC: _____ bmp PA: _____ X _____ mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN:

NON

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Entorregente Paralisadas Isocóricas Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

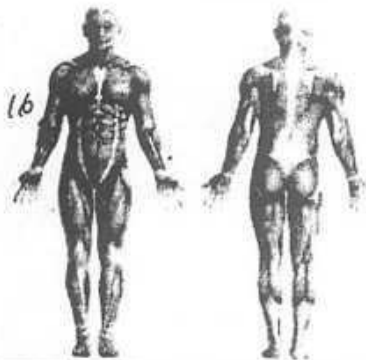
ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea <input checked="" type="checkbox"/>	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos: <input checked="" type="checkbox"/>	Obedece aos comandos: <input checked="" type="checkbox"/>
A solicitação verbal: 3	Confuso / Chora, mas é consolável: 4	Localiza a dor: 5
Ao contínuo 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



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: Não Sim: _____
 MEDICAMENTOS: Não Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO Não Sim: _____
 PATOLOGIA Não Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: Não Sim: _____

LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado. →



- 1 Abrasão
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empalamento
- 9 Efsema 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 Tendinea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sínis de Isquemia
- 36

OBS.: _____

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS
 Radiografias Lavado peritonial
 Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial
 Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1 Atendimento em UCI		
2 SFR 1000ml EV		
3 Propofol 2ml + AD EV		
4 Propofol 100mg + 100ml SF EV		
5 Curativo e limpeza		
6		
7		
8 Propofol 100mg gtt. Ricardo Cavalari		
9 SF 0,9 + 100ml		
10		

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO
 Solicito parecer da DR. BME / ortofixação às _____ do dia ____/____/____
 Solicito parecer da DR às _____ do dia ____/____/____

DESTINO DO PACIENTE
 Centro cirurgico
 Transferencia (unidade de saúde) _____
 Internado (setor) _____

SAÍDA
 Alta hospitalar Decisão médica A pedido A reavalia Desistência
 Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família JML SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL





EVOLUÇÃO DO P.

10000447708 BE: 995551
UNIL1530 ROSENDO FERREIRA
DT. NASC.: 04/08/1997
MÃE: ULTRILINA ROSENDO COSTA

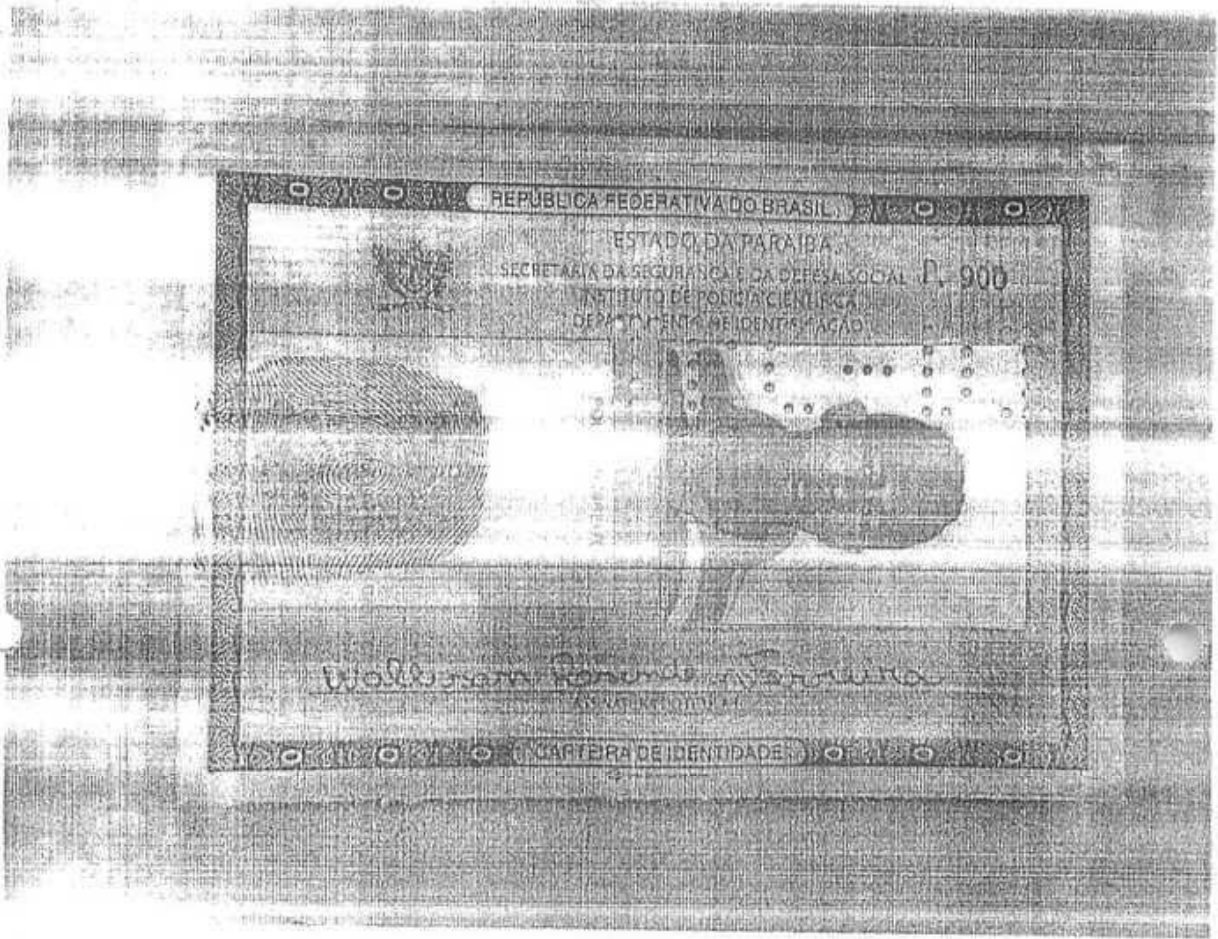


BE//

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
24/01/16		<p># <u>Biomorfologia facial</u> #</p> <p>Pete artui de oculoate de nite, apertal a expas fini. Fec em supracili (1). Sem dnu de fustm facial.</p> <p>af: (1) Hto 3-nt.</p> <p>(2) As unil de cypri</p> <p>Nota: da Nóbrega Alves Cirurgia de MÁXILO-FACIAL RCC: 4072</p> <p>Orto</p> <p>ant a unil, de es pens e pe p. - estomú com Am puluoz</p> <p>(4) No pens o A* p-p</p> <p>Roberto Pires de Almeida Ortopedia / Traumatologia Cirurgia de Mão CRM: 10111 - 210710401</p>





1=ALVARO CORRIGENDOS

REGISTRO GERAL 3-996-820 DATA DE EXPEDICAO 28/09/2011

NOME WALLISON ROSENDO FERREIRA

FILIAÇÃO CLAUDIO INACIO FERREIRA OLIVELMA ROSENDO COSTA

NATURALIDADE SAPÉ-PE

DATA DE NASCIMENTO 04/06/1997

DOC ORIGEM NASC. N. 17727 FIS. 219 DIV. A-15 CARTORIO CORRADO-PE

SIGNATURA DO TITULAR

1=ALVARO CORRIGENDOS





MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

713.171.654-54

Nome

WALLISON ROSENDO FERREIRA

Nascimento

04/08/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda- via de conta.

Boloto para singles pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 000.650.167



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 236, Km 25 - Crlato Releitor - Jofo Pessoa / PB - CEP 55071-480
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.923-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - C3DIGO DO CONSUMIDOR	
OLINELMA ROSENDO COSTA SIT CORDEIRO SAN SOBRADO			5/1136054-2	
REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2018	16/01/2018	113	23/01/2018	R\$ 61,96

Acesse: www.energisa.com.br

DESTAQUE AQUI



OLINELMA ROSENDO COSTA
Roteiro: 09-264-779-2750
8365000000-2 61960054000-0 11360542018-2 01000264019-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
23/01/2018	R\$ 61,96	1136054-2018- 01-0



0820154-62.2019.8.15.2001



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
8ª VARA CÍVEL DE JOÃO PESSOA**

0820154-62.2019.8.15.2001

Vistos, etc

Defiro o pedido de assistência judiciária.

1. CERTIFIQUE a escritania a existência de outra ação idêntica a presente, envolvendo as mesmas partes, eventualmente distribuída para vara cível diversa;
2. Caso negativa a certidão, determino a citação da parte ré, com prazo de 15 dias, uma vez que a audiência de conciliação/medição prevista no art. 334, do CPC/2015 mostra-se inoportuna no presente caso.
3. Apresentada contestação, INTIME-SE para impugnar no prazo de 15 dias.

CUMPRA-SE.

João Pessoa, 20 de maio de 2019.

RENATA DA CÂMARA PIRES BELMONT

Juíza de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
8ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0820154-62.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
A s s u n t o : [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: WALLISON ROSENDO FERREIRA
Polo passivo: RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, em consulta ao PJE e STI, constatei a inexistência de outra ação idêntica a presente, envolvendo as mesmas partes.

JOÃO PESSOA, 18 de julho de 2019
CLEOPATRA CAMPOS MEDEIROS





8ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

0820154-62.2019.8.15.2001 [SEGURO]

Nome: WALLISON ROSENDO FERREIRA

Endereço: R FRANCISCO LEOCÁDIO RIBEIRO COUTINHO, 201, AERoclUBE, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58036-450

Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Endereço: Avenida Presidente Epitácio Pessoa_**, 723, - até 1145 - lado ímpar, Estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, **CITO Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, na pessoa do seu representante legal, com endereço: Avenida Presidente Epitácio Pessoa_**, 723, - até 1145 - lado ímpar, Estados, JOÃO PESSOA - PB**, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da ação supra, bem como para **integrar a relação processual apresentando sua defesa no prazo de 15(quinze) dias**, nos termos do art. 238, do NCPC. Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor. (art. 344, NCPC).

JOÃO PESSOA-PB, 18 de julho de 2019.

CLEOPATRA CAMPOS MEDEIROS
Analista/Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:
<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
21027564



CERTIDÃO

Certifico que e dou fé que em cumprimento ao mandado retro, no dia 22/07/2019, às 09h30min, me dirigi ao endereço indicado neste, e sendo aí, **CITEI A MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, na pessoa de seu representante legal, o **Sr. LUCAS SOUSA ESPÍNOLA**, que tomou conhecimento de todo conteúdo do presente mandado, que lhe entreguei a contrafé e a cópia da inicial e após a sua leitura, exarou sua nota de ciência. O referido é verdade.

João Pessoa, 22 de julho de 2019.

EMANNUELLE GOUVEIA ROLIM FERREIRA

Oficiala de Justiça Avaliadora

Cod. 9625-5



Successfully created



8ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

0820154-62.2019.8.15.2001 [SEGURO]

Nome: WALLISON ROSENDO FERREIRA

Endereço: R FRANCISCO LEOCÁDIO RIBEIRO COUTINHO, 201, AERoclUBE, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58036-450

Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Endereço: Avenida Presidente Epitácio Pessoa_**, 723, - até 1145 - lado ímpar, Estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

MANDADO DE CITAÇÃO


De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, CITO Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, na pessoa do seu representante legal, com endereço: Avenida Presidente Epitácio Pessoa_**, 723, - até 1145 - lado ímpar, Estados, JOÃO PESSOA - PB, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da ação supra, bem como para integrar a relação processual apresentando sua defesa no prazo de 15(quinze) dias, nos termos do art. 238, do NCPC. Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor. (art. 344, NCPC).

JOÃO PESSOA-PB, 18 de julho de 2019.

CLEOPATRA CAMPOS MEDEIROS
Analista/Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 21027564

 Assinado eletronicamente por: CLEOPATRA CAMPOS MEDEIROS
18/07/2019 17:22:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 22827990



MAPFRE SEGUROS
Lucas S. Espínola
Assistente Comercial

1907181722433990000022145158

22/07/2019

19/07/2019 10:06



CERTIDÃO

Certifico que e dou fé que em cumprimento ao mandado retro, no dia 22/07/2019, às 09h30min, me dirigi ao endereço indicado neste, e sendo aí, **CITEI A MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, na pessoa de seu representante legal, o **Sr. LUCAS SOUSA ESPÍNOLA**, que tomou conhecimento de todo conteúdo do presente mandado, que lhe entreguei a contrafé e a cópia da inicial e após a sua leitura, exarou sua nota de ciência. O referido é verdade.

João Pessoa, 22 de julho de 2019.

EMANNUELLE GOUVEIA ROLIM FERREIRA
Oficiala de Justiça Avaliadora
Cod. 9625-5

