

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Rafael Nascimento Gondoso da Silva
Qualificação: Advogado
CPF/MF: 108.757.714-40 RG: 1
Endereço: Sítio Morado, km 1, Jucurutu - 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 Bocalúva, 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 2019.

Rafael Nascimento Gondoso da Silva
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367132/18

Vítima: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

CPF: 108.757.714-40

CPF de: Próprio

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2017

Titular do CPF: RAFAEL NASCIMENTO
CARDOSO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

*Sinistro
3880/470252*

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA : 108.757.714-40

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 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/10/2018
Nome: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
CPF: 108.757.714-40

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 654.038.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01297.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01297.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:39 horas do dia 12 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Rafael Nascimento Cardoso da Silva**, CPF nº 108.757.714-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Viviane Santos do Nascimento e José Antonio Cardoso da Silva, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 29/04/2000 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Macedo, Nº SN, complemento ZONA RURAL, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Mercadinho Zeca Vitor, na cidade de Jacaraú/PB, telefone(s) para contato (83) 99126-8513.

Dados do(s) Fatos:

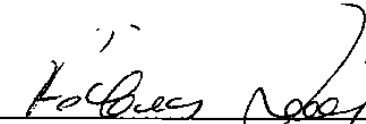
Local: Pb 071, De Frente Ao Mercadinho Real, Jacaraú/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 23/04/17 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

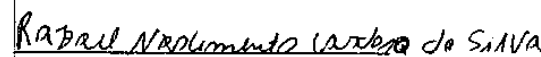
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/POP 110I, BRANCA, 2015/2016, PLACA OFA5191/PB, CHASSI 9C2JB0100GR109609, registrada em nome de LUZIA GOMES DO NASCIMENTO, quando colidiu na lateral esquerda de um CARRO GOL PRETO NÃO IDENTIFICADO, o qual estava estacionado e repentinamente saiu interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.07.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) por uma ambulância de Jacaraú; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 12 de julho de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01297.01.2018.1.00.420





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO 29/04/00
NOME DA MÃE VIVIANE SANTOS DO NASCIMENTO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 995.714
Nº PRONTUÁRIO 101.652
DATA DO ATENDIMENTO 23/04/17
HORA DO ATENDIMENTO 12:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO ACETÁBULO D + FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D
CID 10 S 32.4 + S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), sendo ejetado da moto, apresentando TCE leve dor em coxa D, com provável fratura fechada em perna D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da bacia
RX do tórax - AP
RX da coxa D - AP e P
RX da perna D - AP e P
RX da bacia - AP
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura do acetábulo D + fratura da diáfise do femur D à TC e ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Esdras Furtado e Dr. Nilvan Linhares no 1º tempo e Dr. Orlando Filho e Dr. Kaio Henrique no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 11/05/17
DATA DA EMISSÃO: 18/07/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO (CRM/PE 2516)
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



[illegible]

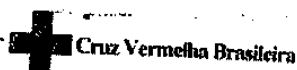
ACOLHIMENTO, SA - - CNES: 123312 - Tel:

[illegible]

<http://www.0800/cv0/pages/boliermergencia>

Num. 23136913 - Pág. 3





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO		BAE 995714	Data/Hora Entrada 23/04/2017 12:11:14	Data Baixa
Data de nascimento 09/04/2000	Idade 17	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato
Mãe LUZIA GOMES DO NASCIMENTO				
Endereço SÍTIO MACEDO, SN		Bairro ZONA RUAL	Município JACARAU	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS	UF PB	Nº Cons. Regional 4827/PB
Data/Hora Classificação 23/04/2017 12:13:08		Data/Hora Prescrição 23/04/2017 15:18:01		

Anamnese

CIRURGIA GERAL PACIENTE ESTÁVEL . COM PATOLOGIA TRAUMÁTICA ORTOPÉDICA CIRÚRGICA . HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL .
F. CO. VISTO USG FAST : NDN . CD: LIBERADO DA CIRURGIA GERAL REAVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO AOS CUIDADOS IMEDIATOS DA
C DIA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conclusão

encaminhado com sucesso para a seção

Dr. Emerson Medeiros
Urologista / Cir. Geral
CRM-PB: 4827 CREMEPE: 13653

EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
(4827/PB)

RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO

172.16.0.6:8080/cvb/pages/pr

ontrol=7&imprimirDadosAnteriores=S&perform=imprimir&id=26695&pesquisa=S&perform=imprimirP...

Cirurgia Geral 23/04/18 12:15h

- Paciente envolvido em acidente de trânsito,
multa vs carro em via pública, sendo ele
a motopista foi expulso da moto.

Ryze dor em puno direita

Suspensão a corrente e contusão, noga queda de
corrente, noga de corrente. Ryze via de apêndice.

Apresenta sintomas de dor direita (função física)

História: trauma + dor leve + função de puno direita.

CD: Solicita RX de pulso e puno Direito

" RX de tornozelo e região cervical

" FAST

* " avaliação da motopista

* " " da musculatura

Dr. Wilson Carlos Moreira
CRM-PR 10292

13:45h Ninho

Glasgow 15

Pupilo Iz

Sem déficit motor

Alto Nível

Dr. Gustavo Carlos Patrão
Neurocirurgia
CRM-PR 8800





SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

H.E.E.T.S.H.L

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP

Rafael Nascimento Cardoso

995714

Jacaré

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	29 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	31 - QTD.
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	35 - QTD.
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	37 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
38 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - QTD.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 - placa de reconstrução c/06 furos
01 - placa OCP c/06 furos (cortada)
03 - parafuso espessura m= 40
01 - parafuso cortical m= 35
01 - parafuso cortical m= 30
01 - parafuso cortical m= 35

Dr. Nilvan da Silva Coutinho
CRM 444-0/3.000-5844-4
Ortopedia e Traumatologia

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO	48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEALTH

Nome: Rafael Nascimento, Corden BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Exatoma de Apatite (D), _____
Cirurgião: Dr. Ulysses Furtado 1º Assistente: Dr. Nilvan Lima
2º Assistente: Dr. Marcos (R2) 3º Assistente: Luana
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Wenceslau
Tipo de Anestesia: Novi Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico (CID-10)	CID
<u>D Fx de Metacarpo (D)</u>	

Procedimento (Código)	Código
<u>D MFI com placa e parafusos</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Nilvan da Silva Lima
CRM: 5044-03200-005644
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 07/05/14

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEESTIL

Nome: RAFAEL MASCARENHAS MAIOLO BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: FX DISTAL da FÊMUR (D)
Cirurgião: DR. MARIO 1º Assistente: DR. GILBERTO
2º Assistente: DR. MARIO (D) 3º Assistente: DR. VICTOR (D)
Instrumentador: _____ Anestesista: DR. MARIO
Tipo de Anestesia: RAPI Horário: Início ____:____: Término ____:____:

Diagnóstico Pós-Operatório	GID
<u>(D) FX DISTAL da FÊMUR (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>(D) MAFS com PLCA + PNFUSOS</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (x) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(x) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Jr. Nilvana Silva Linhares
CRM: 3447033,06.005844-4
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 03/05/18

FONGI ASCIR 000.1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

RETSUL

Posição e Preparo:

- 1) ASB PROFILAXIA
- 2) POS em DECUBITO LATURAL horizontal
- 3) ANTI-GIPSIA + ASSURGIA DE ME 1 e 2 e 3
- 4) APOSELTO DE CANALIZADOR

Incisão:

- 5) VIA POSTERIOR (VIA DE KOSTER - LAMARQUE) P/ OMBIL
- PNE, PCE, OMBIL DO G. MAXIMO, DESINFECCAO DO PNEO (CANALIZADOR)

- 6) MANEJO DE M. CÍNTICO

Achados:

- 7) Ex. de PNEO posterior de M. CÍNTICO
- 8) OBSERVADO CANALIZADOR DE M. CÍNTICO ANTERIOR (M. CÍNTICO)
- 9) PNEO MANEJO.

Conduta:

- 10) APOSELTO APÓS PREPARAÇÃO DO PNEO DE PNEO.
- 11) FICHA DE ENCAMENTO DA PNEO posterior com PNEO de OMBILIZADO 4,5MM e FICHA + 4 PNEOS (CANTALIZADOR) PNEO DE 2 PNEOS (CANTALIZADOR) 3MM (com ANTERIOR)
- 12) OBSERVADO CANALIZADOR DO OMBIL APÓS PNEO.
- 13) LIMPANDO COM SE 0,9.
- 14) FICHA DE PNEO
- 15) SUTURA DO PNEO
- 16) CANALIZADOR
- 17) PNEO DE CANALIZADOR.

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa, 09/05/14.

F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEITOR

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
1) AFB profilaxia.	
2) Pos em DDH, SOB anestesia + Rutina de Fluido VSA 9/8/11	
3) Ant-sepia + Assupcia de PJS	
4) Aposição de Campos Estéril	
Incisão:	
5) Via Lateral da Cota	
6) Cuidados de Hemostasia + Divisão com Planos Anatómicos	
7) Plano Ósseo.	
Achados:	
8) Fr. Desficiente de Fêmur, fraco consensual.	
Condução:	
9) Preparação de Foco de Fratura + Limpeza	
10) Aproximação Aberta + Fixação com Placa DCP 4,5 Unas	
11) Pinos + 9 Parafusos Completos.	
12) Limpeza CI GP 0,9%	
13) Fechamento por Pinos	
14) Curativos Estéril	
15) Rx de Controle.	
Fechamento:	
Observação:	

Dr. Nilvan da Silva Lima
CRM: 5044-0/2000-0056-44
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 09/05/11

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



1

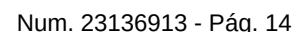
Continuarea sa 15 intrebari

CIRCULANTS
Glen Hargreaves
250852



2

CIRCULANTE
Eduardo Henrique
250852





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

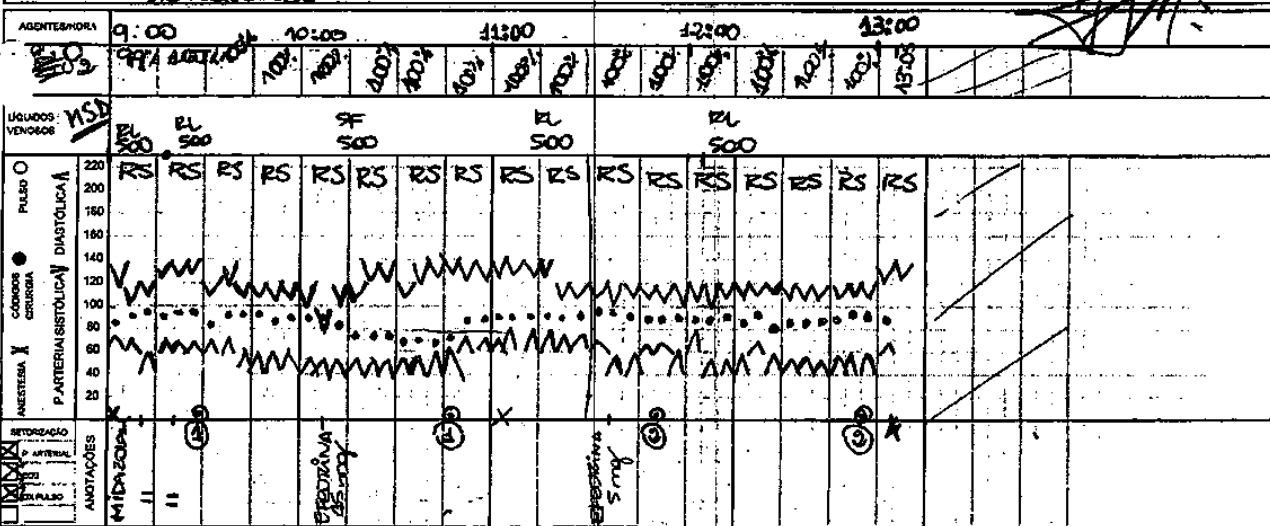
FICHA DE ANESTESIA

HELENY

DATA: 09/05/17

PRONTUÁRIO: 995714

PACIENTE: RAFAEL NOMEINHO COUTINHO DA SILVA		SEXO: M	COR:	IDADE: 17 anos
PRESSÃO ARTERIAL: 120 x 75	PULSO: 85	RESPIRAÇÃO: Eufônica	TEMPERATURA: 36,5	PESO: 60 kg
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		GRUPO SANGÜÍNEO: A		
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL: CONSCIENTE		DROGAS EM USO: NENHUMA
PRÉ-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA): I		
DOSE/HORA: MIDAZOLAM				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO + FRATURA DE ACETÁBULO +				
CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DIÁFISE DE FÊMUR DIREITO EXPLORAÇÃO DE N. OBTURADOR				
CIRURGIÃO: DR. ORLANDO + NILWANA AUXILIARES + ESTEIAS				
INÍCIO DA ANESTESIA: 9:00		TÉRMINO DA ANESTESIA: 13:05		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 405 min
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS
ANESTESISTA: DR. HÉRCULES		CPF: +55 81 3000 1111		CRM-PB: 3774-PP/1474-RN



☐ ANESTESIA GERAL		☒ RAQUIDIANA	☐ EPIDURAL	☐ BLOQ. PLEXO	☐ BLOQ. NERVOS	☐ OUTROS
PACIENTE SENTADO, ASSÉPSIA E ANTISEPSIA REALIZADAS COM ALCOOL A 70%.						
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO						
DOSE	1	MIDAZOLAM 2 + 1 + 1 mg	11			
NACI	2	BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% (20mg)	12			
SANGUE	3	MORFINA 1mg	13			
RINGER	4	CEFALOSOLINA 2g + 1g	14			
TOTAL	5	DEXAMETASONA 10mg	15			
DESTINO DO PACIENTE	6	DIPLOLON 2g	16			
☐ APT	7	EPIDURAL 15mg	17			
☐ ENFERMARIA	8		18			
☐ UTI	9		19			
☒ OUTROS: UCI	10		20			
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES						
PUNÇÃO MEDIANA EM L1-L2 ÚNICA, COM QUINQUE 25G. VASOZ LIMPO, NO MOTENSO, SEM INTERFERÊNCIA.						
PACIENTE ESTÁVEL, SOB SEM QUESITAS FC 92 bpm, PA: 122 x 70 mmHg, SAT: 100-99% EM O2 SUPLENTE. ENCAMINHADO À UCI.						
ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Hércules Pereira Trindade						
F. (NO) ABCIR - Médico Anestesiologista CRM 3774-PB / 1474-RN						

(PI ELAIA
PI LUISA)





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE. MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

as piz de Kirschner m 4.0

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

Dr. Maria...
10204

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Rafael Nascimento Cardoso BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 23/04/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Redução Intrales de Luxação de Anel ☒ ☒
Cirurgião: Dr. Saul Martins 1º Assistente: Dr. Nathan (408) Henriques
2º Assistente: _____ 3º Assistente: Thiery ☒
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Sedação Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
☒ Luxação de Anel ☒	
☒ Fratura de Propul de Femur ☒	

Procedimento Cirúrgico	Código
☒ Redução Intrales de Luxação de Anel ☒	
☒ Trepano trans epifisária Tibial ☒	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

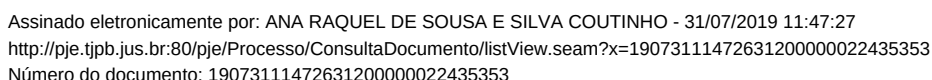
Dr. Saul Martins
CRM 10204

João Pessoa, 23/04/17

F(NG).ASCIR.009-I



FINCLASCR.021-2





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 23/04/17

PRONTUÁRIO: 995714

HISTÓRICO

PACIENTE: Rafael Nascimento Cordeiro SEXO: M COR: IDADE: 37

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO

AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO

ESTADO MENTAL

DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

ESTADO FÍSICO (ASA)

ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura luxação de Quadril + Fratura de fêmur D

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIÃO Dr. Martinho Pontes AUXILIARESINÍCIO DA ANESTESIA 16:00TÉRMINO DA ANESTESIA 17:00

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

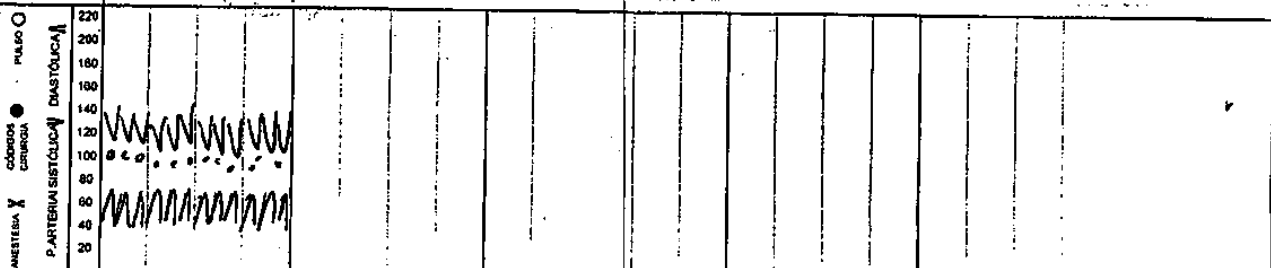
VALORES R\$

ANESTESISTA Dr. 901CPF Dr. Juliana (R1)

CRM-PB

AGENTES/HORA 16:00 17:00

LÍQUIDOS VENOSOS

SETORIZAÇÃO
☐ P. INTERNA
☐ BQ
☐ DI. PLAC.
ANOTAÇÕESANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☒ OUTROS Sedação

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

GLICOSE	VOLUME em ml	
1	<u>Propofol 50 mg</u>	11
2	<u>Fentanil 100 ug</u>	12
3	<u>Droperidol 2,5 mg</u>	13
4	<u>Midazolam 2,5 mg</u>	14
5		15
6		16
7		17
8		18
9		19
10		20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

Assinatura do Anestesiologista
Ana Raquel de Sousa e Silva Coutinho
CRM-PB 1251

P. (INO) ASCIR. 025-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



RECETAS

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① Antitétano profilático
- ② Paciente em DPAP sob monitoragem
- ③ Anestesia e Antitétano
- ④ Colocação de campos estéril

Incisão:

- ⑤ Realizada manobra de redução de quadril sob controle de escopia
- ⑥ Passagem de fios de sutura tipo equalizer 1/8" com Fio KC 4.0.

Achados:

- ⑦ RX de controle

Conduta:

Exatidão da
Cirurgia

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

23/04/12





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 10875771440 CPF da vítima: 10875771440 Nome completo da vítima: Rafael Nascimento Cardoso da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Rafael Nascimento Cardoso da Silva CPF titular da conta: 10875771440 Profissão: estudante
Endereço: Sítio Mourão Número: m Complemento:
Bairro: Chão Rimal Cidade: Jacarai Estado: PB CEP: 58278000
Email: 991268513

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRU: <u>0044</u>	CONTA NRU: <u>112449</u>	AGÊNCIA NRU: <u></u>	CONTA NRU: <u></u>
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

10 de agosto de 2018
Local e Data

Rafael Nascimento Cardoso da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 726 7274

173-438690443-2

22/JUN/2018 HORA DE 10:54:53

NOTA 13 18800-8 IERM: 018966

LOCALIDADE: JACARAUA

SAG VINCULADA: 0024 CONTROLE: 332937125

DEPOSITO EM DINHEIRO

0044 013 00112449-0

RAFAEL N C SILVA

VALOR 45,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS.

ESTE RECIBO E VALIDO COMO COMPROVANTE DE DEPOSITO

173-438690443-2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafael Nascimento Cardoso da Silva,

RG nº 3923966, data de expedição 25/11/10, Órgão SSP,

CPF nº 10875771440, 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>Sítio Macaob</u>
Número	<u>1m</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58278000</u>
Telefone de Contato	<u>99126 8513 1993573356</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 10/08/18

Assinatura do Declarante: Rafael Nascimento Cardoso da Silva



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Receber para sempre: Luzia Gomes do Nascimento - CPF 580714880 Nº 011 034 100

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230 Km 75 - Cristo Rei/João Pessoa - PB CEP 58071-480
CNPJ 09.095.193-0001-10 Inscrição 16.015.821-0

DADOS DO CLIENTE		5/722866-1		
LUZIA GOMES DO NASCIMENTO				
SIT MACEDO S/N				
JACARAÚ				
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2018	16/08/2018	112	23/08/2018	R\$ 74,19



LUZIA GOMES DO NASCIMENTO
Roteiro: 08-029-573-1400
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/09/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
23/08/2018	R\$ 74,19	722866-2018-08-4



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Rafael Nascimento R. da Silva CPF da Vítima: 10875771440 Data do Acidente: 23.04.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Rafael 10 de agosto de 2017
Local e Data

Rafael Nascimento Cardoso da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

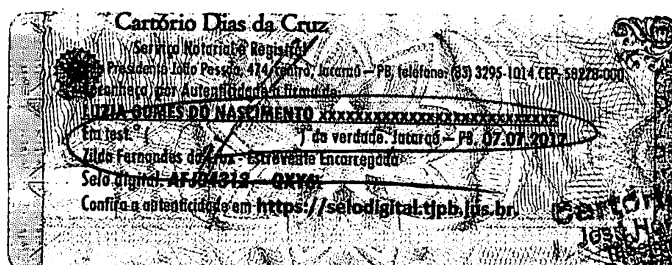
Eu, Ruzia Gomes do Nascimento,
RG nº _____, data de expedição ____/____/____,
Órgão _____, portador do CPF nº 579068824-15, com
domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Moxosb, nº sm,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Rafael N. Cardoso da Silva, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda 700
Ano: 2015
Placa: OFA 5191
Chassi: 9C2JB01006R109609
Data do Acidente: 23.04.17
Local e Data: Jacaraú - Paraíba, 30/08/18

Ruzia Gomes do Nascimento
(Assinatura do Declarante)

Rafael N. Cardoso da Silva

(Assinatura do Condutor) (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório Dias da Cruz
João Dias da Cruz
Oficial de Registro
Presidente João Pessoa, 474
CEP: 58278-000
Jacaraú - Paraíba



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

ACC E 0 0 4 3 3 3 2 4 8 4 3

DEFILIAN - PB Nº 012507610931
 REGISTRO DE PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO
 1 0107759498-1-00/00000000 2017

LUZIA GOMES DO NASCIMENTO

57906882415 OFA5191/PB
 NOVOA 9C2JB0100GR109609

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC GASOLINA
 HONDA/POP 1101 2015 20460

2. P/109 /CI PARTIC BRANCA

COTA ÚNICA 00/00/00000 1ª COTA

V ***** 0 2ª COTA

A ***** 3ª COTA

SEGURO PREMIO 03/04/2017

A.F. ADM DE CONCESSÃO HONDA LTDA

JACARA 03/04/2017
 419 2241

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO SEGURO DPVAT

PB Nº 012507610931 2017 03/04/2017

LUZIA GOMES DO NASCIMENTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEVA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoit-mt.com.br
SAC DPVAT 0800 12 1204

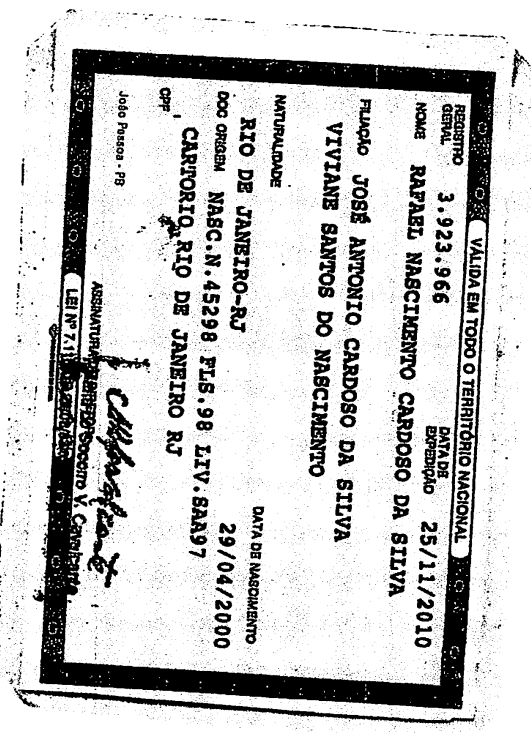
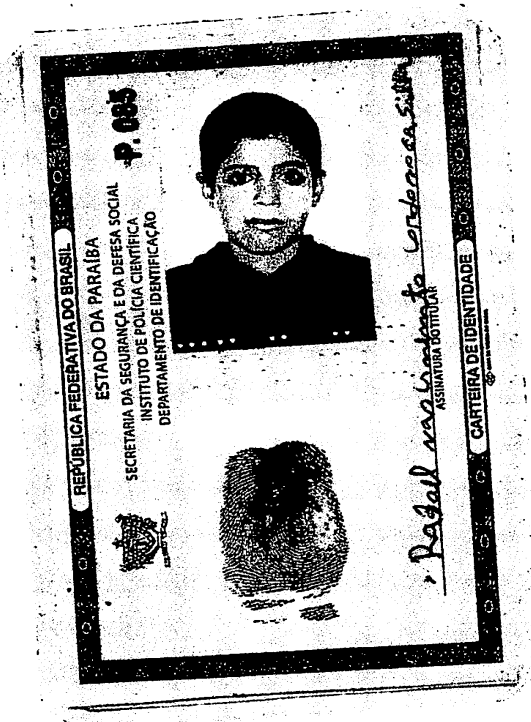
LUZIA GOMES DO NASCIMENTO

57906882415 OFA5191/PB
 01077594981 HONDA/POP 1101
 2015 (RS) 9 9C2JB0100GR109609

PREMIO TARIFFARIO

SEGURO P A G O

SEGURO LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.608/0001-04
 2241-19149964201470408



Vistos, etc.

Considerando a impossibilidade de audiência na mediação por falta de perícia passo a decidir:

Nos termos do **Convênio n. 015/2014** celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Mafre Seguros Gerais S/A, **determino a designação de audiência de conciliação entre as partes com a realização de perícia** a cargo da Seguradora, neste Juízo e Fórum Cível de João Pessoa.

Para tanto, determino a escrivania a nomeação perito judicial constante dos quadrados do Tribunal de Justiça, nos termos da Cláusula primeira, item 1.2, que deverá ser intimado para comparecer a audiência e realização da perícia, ficando facultado às partes a indicação de assistentes de perito, nos termos do Convênio.

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

P. e Intimem-se as partes, devendo o Advogado do autor comparecer acompanhado de seu constituinte.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

João Pessoa, 31 de julho de 2019

Juiz de Direito.





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

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

0842576-31.2019.8.15.2001 [SEGURO]
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Ato Ordinatório

Designo a perícia para o dia 09/10/2019.

Intimo o **PERITO GUSTAVO FARIAS MENDONÇA**, CRM PB 6786, para realizar as Perícias.

Intimo a parte autora através do seu advogado para comparecer a perícia médica no dia 09 / 10/ 2019, a partir das 13:30 horas, o atendimento será por ordem de chegada, no endereço Av. Camilo de Holanda, nº 814, Centro, João Pessoa, devendo apresentar-se **portando documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial, no dia da perícia.**

João Pessoa-PB, em 29 de agosto de 2019

MARIA JANDIRA UGULINO NETA

Analista/Técnico Judiciário





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

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

0842576-31.2019.8.15.2001 [SEGURO]
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Ato Ordinatório

Designo a perícia para o dia 09/10/2019.

Intimo o **PERITO GUSTAVO FARIAS MENDONÇA**, CRM PB 6786, para realizar as Perícias.

Intimo a parte autora através do seu advogado para comparecer a perícia médica no dia 09 / 10/ 2019, a partir das 13:30 horas, o atendimento será por ordem de chegada, no endereço Av. Camilo de Holanda, nº 814, Centro, João Pessoa, devendo apresentar-se **portando documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial, no dia da perícia.**

João Pessoa-PB, em 29 de agosto de 2019

MARIA JANDIRA UGULINO NETA

Analista/Técnico Judiciário





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0842576-31.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, que até a presente data o perito não enviou o resultado das perícias realizadas ou não.

JOÃO PESSOA, 22 de outubro de 2019
ADALBERTO SARMENTO DE LIMA SILVA





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0842576-31.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico que juntei o laudo daperícia realizada. O referido é verdade e dou fé.

JOÃO PESSOA, 31 de janeiro de 2020
MARIA JANDIRA UGULINO NETA



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DE JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – ESTADO DA PARAÍBA.**

PERÍCIA MÉDICA

Informações da Vítima

Nome completo: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

Processo: 0842576-31.2019.8.15.2001

Endereço completo: SÍTIO TIMBÓ - JACARAÚ/PB

Informações do acidente

PERICLIADO VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 23/04/2017, NAS PROXIMIDADES DO MERCADINHO REAL EM JACARAÚ/PB, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA EM JOÃO PESSOA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR DIREITO ASSOCIADO A FRATURA DO ACETÁBULO IPSILATERAL. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

Resp.: MEMBRO INFERIOR DIREITO

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resp.: CICATRIZES CIRÚRGICAS EM QUADRIL E COXA DIREITA, ATROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO ARTICULAR.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

Resp.: Não se aplica.



IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
- b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resp.: CICATRIZES CIRÚRGICAS, LIMITAÇÃO ARTICULAR, ATROFIA MUSCULAR E DEFICIT MOTOR DO MIB ASSOCIADO A COXARTROSE.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que **comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima**).

b) ☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa **apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima**). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ **Parcial Completo** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2 ☒ **Parcial Incompleto** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

MEMBRO INFERIOR DIREITO ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa



2ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

João Pessoa – PB, 09 de Outubro de 2017.


GUSTAVO FARIAS MENDONÇA – CRM/PB 6786





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0842576-31.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Tendo em vista a juntada do Laudo pericial, intime-se a parte ré para efetuar o depósito dos honorários do Perito. Após a realização do pagamento expeça-se o alvará judicial em nome do Perito subscritor do Laudo, independentemente de nova conclusão.

Sobre o Laudo Pericial, digam as partes, em 05 dias. Designe-se a audiência, conforme ID 23142283. Intimações e diligências necessárias.

JOÃO PESSOA, 31 de janeiro de 2020.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0842576-31.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Tendo em vista a juntada do Laudo pericial, intime-se a parte ré para efetuar o depósito dos honorários do Perito. Após a realização do pagamento expeça-se o alvará judicial em nome do Perito subscritor do Laudo, independentemente de nova conclusão.

Sobre o Laudo Pericial, digam as partes, em 05 dias. Designe-se a audiência, conforme ID 23142283. Intimações e diligências necessárias.

JOÃO PESSOA, 31 de janeiro de 2020.

Juiz(a) de Direito



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

COMARCA DE JOÃO PESSOA

Juízo do(a) 7ª Vara Cível da Capital

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

Tel.: () ; e-mail:

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

v.

CARTA DE INTIMAÇÃO DE DESPACHO - PROMOVIDO

Nº DO PROCESSO: 0842576-31.2019.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Intimação: Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

Prezado(a) Senhor(a),

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). JOSE CELIO DE LACERDA SA, MM Juiz(a) de Direito deste 7ª Vara Cível da Capital, e em cumprimento ao despacho constante no ID 27862916 dos autos da ação acima referenciada, **fica a parte RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A**, através de seu representante legal, conforme o caso, **INTIMADA** para tomar ciência da seguinte determinação:

DESPACHO

Vistos, etc.

Tendo em vista a juntada do Laudo pericial, intime-se a parte ré para efetuar o depósito dos honorários do Perito. Após a realização do pagamento expeça-se o alvará judicial em nome do Perito subscritor do Laudo, independentemente de nova conclusão.

Sobre o Laudo Pericial, digam as partes, em 05 dias. Designe-se a audiência, conforme ID 23142283. Intimações e diligências necessárias.

JOÃO PESSOA, 31 de janeiro de 2020.

Juiz(a) de Direito

Assinado eletronicamente por: JOSE CELIO DE LACERDA SA

02/02/2020 10:00:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 27862916





20020210003393800000026877850

Prazo: 5 dias

JOÃO PESSOA-PB, em 7 de fevereiro de 2020

De ordem, ROGERIO FELICIANO DA SILVA
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 20020210003393800000026877850



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**COMARCA DE JOÃO PESSOA****Juízo do(a) 7ª Vara Cível da Capital**

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

Tel.: () ; e-mail:

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

v.

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO PARA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO - PROMOVENTE

Nº DO PROCESSO: 0842576-31.2019.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). JOSE CELIO DE LACERDA SA, MM Juiz(a) de Direito deste 7ª Vara Cível da Capital, **fica(m) a(s) parte(s) AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA, através de seu(s) advogado(s) cadastrado(s) no PJE, abaixo indicado(s), INTIMADA(s)** para comparecer(em) neste juízo, no endereço supra, à **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO** designada: **Tipo: Conciliação Sala: Conciliação Data: 19/03/2020 Hora: 15:20 h**, ficando desde já advertida(s) que o não comparecimento resultará em extinção do processo e condenação em custas processuais, conforme art. 51 e o seu §2º da Lei 9099/95 c/c o enunciado 28 do FONAJE, advertindo-se, ainda, acerca da faculdade de se fazer acompanhar, querendo, por advogado ou, observando-se os requisitos legais, por defensor público, nas causas até vinte salários mínimos, sendo obrigatória a assistência nas causas de valor superior, nos termos do art. 9º da Lei 9.099/95, facultando-se, também, trazer testemunhas e demais provas documentais, nos termos dos arts. 32 a 37 da Lei 9.099/95. **Frustrada a conciliação**, o que constará do respectivo termo, prosseguirá a audiência de instrução e julgamento, com a defesa oral ou escrita, decretação ou não de revelia, juntada de documentos, manifestação das partes, resolução de preliminares e incidentes, porventura, arguidos, depoimentos pessoais e testemunhais, quando necessários, nos termos do art. 27 e seguintes da Lei 9.099/95.

Por fim, fica(m) a(s) parte(s) **INTIMADA(s)** para, até a data da audiência, juntar aos autos toda documentação eventualmente ausente no momento da distribuição, em conformidade com a petição inicial, sob pena de extinção e arquivamento do feito ou redistribuição para unidade competente, tudo com base na legislação vigente, Arts. 320, 321 c/c Art. 485, inciso I do CPC, Art. 8º da Lei 9.099/95, Resolução 55/2012/TJPB e Lei Complementar 96/2010-LOJE. *Documentação necessária, conforme o caso: comprovante de residência em nome próprio, RG, CPF, procuração advocatícia, ata de eleição do síndico, estatuto/regimento condominial, comprovante para fins de enquadramento da empresa nas situações do Art. 8 da Lei 9.099/95, etc.*

Advogado do(a) AUTOR: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - PB11968

De ordem do(a) MM Juiz(a) de Direito, **ficam a(s) parte(s) e seu(s) advogado(s) ADVERTIDOS** que a presente intimação foi encaminhada, **via sistema**, exclusivamente ao(s) advogado(s) que se encontrava(m), no momento da expedição, devidamente cadastrado(s) e validado(s) no PJe/TJPB, conforme disposto na Lei Federal nº 11.419/2006. **Observação:** A eventual ausência de credenciamento resulta na intimação automática apenas do(s) advogado(s) habilitado(s) que esteja(m) devidamente cadastrado(s) e validado(s) no sistema PJe do TJPB, uma vez que a prática de atos processuais em geral por meio eletrônico somente é admitida mediante uso de assinatura eletrônica, sendo, portanto, obrigatório o credenciamento prévio no Poder Judiciário, conforme arts. 2º, 5º e 9º da Lei 11.419/2006 c/c art. 7º da Resolução 185/2013/CNJ.

JOÃO PESSOA-PB, em 7 de fevereiro de 2020

De ordem, ROGERIO FELICIANO DA SILVA
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 20020210003393800000026877850



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

Juízo do(a) 7ª Vara Cível da Capital

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

Tel.: () ; e-mail:

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

v.

CARTA DE INTIMAÇÃO PARA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO - PROMOVIDO

Nº DO PROCESSO: 0842576-31.2019.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Intimação: Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

Prezado(a) Senhor(a),

De ordem do(a) Excelentíssimo(a) Dr(a). JOSE CELIO DE LACERDA SA, MM Juiz(a) de Direito deste 7ª Vara Cível da Capital, venho, por meio desta, tendo em vista a **citação** válida ocorrida no processo em epígrafe, **INTIMAR a parte RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A**, através de seu representante legal, conforme o caso, para comparecer neste juízo, no endereço supra, à **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO** designada: **Tipo: Conciliação Sala: Conciliação Data: 19/03/2020 Hora: 15:20 h**, ficando a parte Promovida advertida, desde já, que o não comparecimento importará em **REVELIA**, reputando-se verdadeiras as alegações da parte autora e, em **JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE**, consoante art. 20 da Lei nº 9.099/95 e art. 355 do Código de Processo Civil, podendo na oportunidade apresentar resposta, oral ou escrita, e produzir provas documentais ou testemunhais (arts. 32 a 37 da Lei 9.099/95), advertindo-se, ainda, acerca da faculdade de se fazer acompanhar, querendo, por advogado ou, observando-se os requisitos legais, por defensor público, nas causas até vinte salários mínimos, sendo obrigatória a assistência nas causas de valor superior, nos termos do art. 9º da Lei 9.099/95. **Frustrada a conciliação**, o que constará do respectivo termo, prosseguirá a audiência de instrução e julgamento, com a defesa oral ou escrita, decretação ou não de revelia, juntada de documentos, manifestação das partes, resolução de preliminares e incidentes, porventura, arguidos, depoimentos pessoais e testemunhais, quando necessários, nos termos do art. 27 e seguintes da Lei 9.099/95.

JOÃO PESSOA-PB, em 7 de fevereiro de 2020

De ordem, ROGERIO FELICIANO DA SILVA
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 20020210003393800000026877850





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0842576-31.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
A s s u n t o : [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico que o Aviso de Recebimento (AR) foi devolvido nesta data e anexado ao Autos.

JOÃO PESSOA, 4 de março de 2020
ROGERIO FELICIANO DA SILVA





AVISO DE
RECEBIMENTO

AR

DATA DE POSTAGEM

DESTINATÁRIO
BRADESCO SEGUROS S/A
PROCESSO 0842576-31.2019.8.15.2001
PARQUE SOLON DE LUCENA 641
CENTRO
58013-131 - JOÃO F

JU 36889561 0 BR

(CÓDIGO DE BARRAS OU Nº DE REGISTRO DO OBJETO)

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR
UNIDADE JUDICIÁRIA
7ª VARA CÍVEL DA CAPITAL
AVENIDA JOÃO MACHADO S/N
CENTRO
58013-520 - JOÃO PESSOA - PB

UNIDADE DE POSTAGEM

CARIMBO
UNIDADE DE ENTREGA



17 FEB 2020

17 FEB 2020

PB

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª ____/____/____ ____:____h

2ª ____/____/____ ____:____h

3ª ____/____/____ ____:____h

OBSERVAÇÃO
CARTA DE INTIMAÇÃO PROCESSO 0842576-31.2019.8.15.2001

MOTIVO DE DEVOLUÇÃO

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ 1 Mudou-se | ☐ 5 Recusado |
| ☐ 2 Endereço insuficiente | ☐ 6 Ausente |
| ☐ 3 Não existe o número | ☐ 7 Ausente |
| ☐ 4 Desconhecido | ☐ 8 Falecido |
| ☐ 9 Outros | |

RUBRICA E MATRÍCULA DO
CARTEIRO

ASSINATURA DO RECEBEDOR

Mozart Costa

DATA DE ENTREGA

Nº DOC. DE IDENTIDADE

DO RECEBEDOR





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0842576-31.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: RAFAEL NASCIMENTO CARDOSO DA SILVA
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico que o Aviso de Recebimento (AR) foi devolvido nesta data e anexado ao Autos.

JOÃO PESSOA, 4 de março de 2020
ROGERIO FELICIANO DA SILVA





AVISO DE
RECEBIMENTO

AR

DATA DE POSTAGEM

DESTINATÁRIO
BRADESCO SEGUROS S/A
PROCESSO 0842576-31.2019.8.15.2001
PARQUE SOLON DE LUCENA 641
CENTRO
58013-131 - JO

JU 36890220 5 BR

(CÓDIGO DE BARRAS OU N° DE REGISTRO DO OBJETO)

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR
UNIDADE JUDICIÁRIA
7ª VARA CÍVEL DA CAPITAL
AVENIDA JOÃO MACHADO S/N
CENTRO
58013-520 - JOÃO PESSOA - PB

UNIDADE DE POSTAGEM

CARIMBO
UNIDADE DE ENTREGA

17FEV 2020

PB

TENTATIVAS DE ENTREGA

1ª ____/____/____ : ____ h
2ª ____/____/____ : ____ h
3ª ____/____/____ : ____ h

OBSERVAÇÃO
CARTA DE INTIMAÇÃO PROCESSO 0842576-31.2019.8.15.2001

MOTIVO DE DEVOLUÇÃO

☐ 1 Mudou-se	☐ 5 Recusado
☐ 2 Endereço insuficiente	☐ 6 Não encontrado
☐ 3 Não existe o número	☐ 7 Ausente
☐ 4 Desconhecido	☐ 8 Falecido
☐ 9 Outros	

RUBRICA E MATRÍCULA DO
CARTEIRO

Evandro Tavares de Farias

ASSINATURA DO RECEBEDOR

DO RECEBEDOR

DATA DE ENTREGA

Nº DOC. DE IDENTIDADE



Assinado eletronicamente por: ROGERIO FELICIANO DA SILVA - 04/03/2020 17:34:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030417343277200000027746882>

Número do documento: 20030417343277200000027746882