

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ernandes Vicente da Silva, nacionalidade: brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: desempregado, portador do RG nº 003.271.534, CPF nº 569.612.354-68, residente e domiciliada na Rua Jose Barbosa Filho 10/n, boquid, Município de \_\_\_\_\_-PB.

OUTORGADO: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA, brasileira, advogada inscrito na OAB/PB sob o n.º 14.540, residente e domiciliada nesta Capital, com endereço profissional localizado à Rua da João Machado, nº 399, Sala 4, Centro, João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: a quem confere amplos e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium", em qualquer instância e/ou nos atos extra judiciais nos termos do artigo 38 do Código de Processo Civil Brasileiro, podendo, ainda, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, dar e receber quitação, firmar compromissos, inclusive de inventariante e, perante quaisquer pessoas jurídicas de direito público, seus órgãos, Ministérios, Secretarias, Autarquias, Empresas Públicas, Fundações e quaisquer pessoas jurídicas de direito privado, Sociedade de Economia mista, conjunta ou separadamente, e substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

Ainda pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica obrigado o outorgante/contratante a pagar a Outorgada os honorários advocatícios pelos serviços prestados, na razão de 30% (trinta por cento), incidente sobre toda vantagem bruta auferida pelo contratante/Outorgante independente de haver honorários de sucumbência, ficando desde logo o M.M. Juízo desde logo autorizado a expedir alvará em separado referente aos honorários contratuais nos termos deste instrumento.

### DECLARAÇÃO DE POBREZA

OUTORGANTE: Ernandes Vicente da Silva, nacionalidade: brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: desempregado, portador do RG nº 003.271.534, CPF nº 569.612.354-68, residente e domiciliada na Rua Jose Barbosa Filho, Município de \_\_\_\_\_-PB, e tendo como norte o Art. 5º, inc LXXIV da Constituição Federal e o parágrafo único do art. 2º da lei 1.060, que é pobre na forma da lei, não podendo arcar com as custas, encargos e demais emolumentos processuais caso venham a ser arbitrados sem sacrifício ou prejuízo de sua família tudo em conformidade com o já citado artigo.

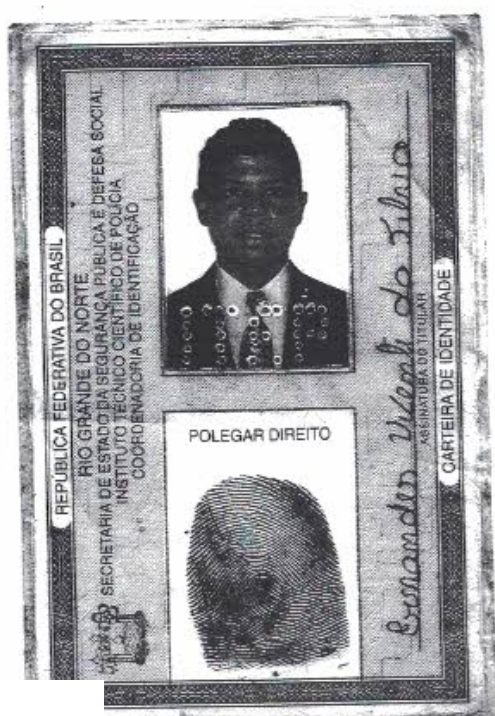
Declara ainda, ser conhecedora da responsabilidade caso este instrumento não reporte com a verdade.

João Pessoa, 12 de março de 2019.

X Ernandes Vicente da Silva









## CERTIDÃO

Nº. 1168/2019

Atendendo solicitação de **FLAVIANA DA SILVA CÂMARA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº210198 e Prontuário Nº 2019.03.0234 pertencentes ao paciente **ERNANDES VICENTE DA SILVA** requerente que foi atendido dia 03/03/2019 às 03h10min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do pilão tibial direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/03/2019 23/04/2019. Com alta médica dia 26/04/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de julho de 2019

Dr. Fabiana F. de Araújo  
CRM/PB 4516



Médica  
CRM/PB 4516





COPIA DO DOCUMENTO  
1100-000000027492321  
21/02/2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 210198 Atd: Nao Regul  
Data: 03/03/2019  
Hora: 03:10:02  
Recepcionista: MAIZE DE FATIMA GOME  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ERNANDES VICENTE DA SILVA

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 003271 Fone: 993758326

Natural: CAICARA/PB Data Nasc.: 25/06/1995 Id: 23 ano(s)

End.: LOGRADOURO DE CAIACRA- RUA JOSE BARBOSA FILHO, 41 CPF: 088282274- ORIENTADO SOBRE O CART

Bairro: CENTRO Cidade: CAICARA UF: PB

Mae: MARIA APARECIDA ASCEDIO TARGINO

Pai: JOSE VICENTE DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: GARI

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

INFORMACOES DE ENTRADA

I.: A MAE

Tr. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE H TRAUMA SEN. HUMBERTO LUC

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO HJ

Vitima de violencia por: AS 21:00 EM LOGRADOURO DE CAICARA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Abd: O2%:

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM FX DE TIBIA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[X] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAUMA

Historia Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Acidente às 21:00, Paciente estava pegando um ch

beber álcool; Ven humilhado do hospital ao trauma

Diagnostico

Fratura fechada do osso da perna direita

Prescricao

Conduta

Horario da medicacao

At bloco cominica

Dr. Thales Couceiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6876

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
				03:45 Pac. transferido p/ O Centro cirurgico p/ tratamento cirurgico

Joseane Borges da Silva  
COREN-PB 86718-TE

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





### Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

### Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

### Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: *NA*

Hipóteses Diagnósticas: *Lesão Patológica Comum 1/3 Bimil nos*

*Assim no Bimil*

Conduta: *Controle do dano com fixação Rômulo*

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: \_\_\_\_\_ Data da Admissão: 08/03/19  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

QPD: \_\_\_\_\_

ADA: \_\_\_\_\_

*Atendimento de rotina em  
Unidade de Pronto Atendimento  
para o tratamento de  
doença de pele alérgica.*

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposouso ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor \_\_\_\_\_

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 21/02/2020 12:29:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022112295552900000027492321>

Número do documento: 20022112295552900000027492321

Num. 28514584 - Pág. 10



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>BERNARD VIEIRA DA SILVA</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>03/03/18</i>	Cirurgião: <i>Thales Couzatto</i>			1º Assistente: <i>Wesley</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador: <i>ELISA</i>	
Anestesista: <i>Marcelo</i>		Tipo Anestesia: <i>Ramiflurano</i>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura exposta comitida com perda de substância óssea do 1/3 distal dos ossos da perna direita</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Fixação externa com controle do dano</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

*Dr. Thales Couzatto*  
Otopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8876

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA - 21/02/2020 12:29:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20022112295552900000027492321>

Número do documento: 20022112295552900000027492321

Num. 28514584 - Pág. 11



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Anteriores e laterais do antebraço

Incisão: Com J.F. gai.

2. LATERAL DO ANTEBRAÇO Com J.F. gai.

Achados: DO FOCO DE FRATURA

3. FRATURAS EXTENSAS PARA CONTROLES

Conduta: DO DADO OBRAS DA PRIMA

(FRATURAS TRANSVERSAS PARA CONTROLES  
DO 1/3 DIAM)

FRATURAS DO FURCULA ANTIOXIA E  
FURCULA DO 1/3 DIAM DA PRIMA

Fechamento:

FRATURAS DO ANTEBRAÇO DIREITO

OBS:

Data:

03/03/19 05:33

MÉDICO/CRM

Dr. Thales Couceiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9876

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Nome: <b>ERNANDES VICENTE DA SILVA</b>			Registro:	
Idade: <b>23a</b>	Sexo: <b>Masc</b>	Cor:	Clínica: <b>Ortopedia</b>	EMP:
Data: <b>23/04/2019</b>			Cirurgião: <b>DR. GERSON</b>	
1º Assistente: <b>VALDEBAN R2</b>			2º Assistente:	
3º Assistente: <b>VOLGRAM</b>			Instrumentador: <b>ANA</b>	
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>
<b>Fratura CONSOLIDADA VICIOSAMENTE do Píleo Tibial Direito</b>				<b>S82.3</b>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>
<b>O mesmo</b>				
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				<b>CÓDIGO</b>
<b>Osteossíntese de Fratura do Píleo Tibial e Fíbula</b>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:				
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

APOSIÇÃO DE GARROTE EM MID

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 distal de osso da perna direita e face lateral de tornozelo direito

Dissecção por planos

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização de foco de fratura COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA da tíbia e da fíbula distal

Conduta:

Realizada OSTEOTOMIA DE FIBULA DISTAL

Aposição de 01 placa 1/3 DE CANO 3.5mm + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS

Aposição DE FIXADOR EXTERNO HÍBRIDO EM TÍBIA DIREITA

Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos

Curativo

OBS:

Data: 23 / 04 / 2019

Dr. Valdeban Carvalho Jr.  
Médico - CRM 7692  
MÉDICO/CRM



**- IDENTIFICAÇÃO OCORRÊNCIA**

DATA: 05-03-19 HORA: 21:45 Nº ID: 036637 PACIENTE/USUÁRIO: Francisco Vicente da Silva BAIRRO: Centro MÉDICO REGULADOR: Fabiano SEXO: M ( ) F ( )

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. Francisco Gomes

APOIO LOCAL: ( ) PM ( ) RESGATE/BOMBEIROS ( ) PRF ( ) CPTRAN ( ) JOUTRO:

CINEMÁTICA: 1) ACIDENTE C AUTOMÓVEL ( ) CAPOTAMENTO ( ) COLISÃO - ( ) FRONTAL ( ) LATERAL ( ) TRASEIRA / USO DE CINTO DE SEG. - ( ) SIM ( ) NÃO ( ) IGR AIR BAG - ( ) SIM ( ) NÃO ( ) ACIDENTE COM MOTO - USO DE CAPACETE ( ) SIM ( ) NÃO NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL: 3 ( ) QUEDA - ALT. APROX. ( ) AFOGAMENTO ( ) JOUTRO ( ) FAB ( ) FAF ( ) FET ( ) EMPALA ( ) AGRESSÃO FIS. ( ) ESPANCAMENTO ( ) QUEIMADURA: AGENTE -

VÍTIMA ENCONTRADA: ( ) DENTRO DO VEÍCULO ( ) FORA DO VEÍCULO ( ) PROJETADA ( ) ENCARCERADA ( ) DECÚBITO LATERAL ( ) DORSAL ( ) VENTRAL ( ) SENTADO ( ) DEAMBULANDO ( ) SOCORRIDA POR TERCEIROS ( ) CAPACETE RETIRADO POR TERCEIROS

**EXAME FÍSICO**

**ESTADO INICIAL**

	V A	RES	C I R C	N E U R	E X P	ABDO	QUEI	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM							
								HISTÓRICO: ( ) DIABETES ( ) HAS ( ) CARDIOPATIA ( ) TABAGISTA ( ) ETILISTA ( ) ALERGIAS:	ANTECEDENTES FAMILIARES:	MEDICAMENTOS EM USO:	QUEIXAS: DOR MED ( ) PARESTESIA ( ) PLEGIA ( ) PARESIDA ( ) OUTRAS:	DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM: ( ) PADRÃO RESP. INEFICAZ ( ) RIS. PARA ASPIRAÇÃO ( ) VOLUME DE LIQ. DEFICIENTE ( ) RISC. PARA FUNC. RESP. ALT. ( ) PERI TISSULAR INEF. : PERIFÉRICA ( ) PERF. TISSULAR INEF. : CEREBRAL ( ) PERF. TISSULAR INEF. : GI ( ) RISC. P VOL. DE LIQ. DEFIC ( ) PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA ( ) RISC. P DISFUN. NEUROVASCULAR PERI. ( ) DOR AGUDA ( ) CONFUSÃO AGUDA ( ) RISC. P TEMP. CORPO. DESEQUI. ( ) INTEGRIDADE DA PELE PREJU. ( ) INTEGRIDADE TISSULAR PREJU. ( ) MOBILIDADE FÍSICA PREJU. ( ) RISCO P TRAUMA ( ) RISCO P INFEC. ( ) RISCO DE CHOQUE ( ) HIPOTERMIA ( ) HIPERTERMIA ( ) RISC. DE DHE ( ) NÁUSEA ( ) ANSIEDADE ( ) MEDO OUTROS:	RELACIONADO A/EVIDENCIADO POR:	IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST./EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:	LOCAL DE DESTINO:

**SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS**

HORA	PA mmHg	FR irpm	FC bpm	SPO <sub>2</sub> %	Tax °C	HGT mg/dl	ECG	APGAR
21:00	130/90	22	94	93	36,5	730		
21:10	130/90	20	94	93				

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Ox: 2 l/min ( ) CAT. NASAL ( ) MR ( ) BVM ( ) JML ( ) JCT ( ) CAN. OROF. ( ) ASPIRAÇÃO DE VVA ( ) ELEVação DE DECUB. ( ) SNG ( ) SVD

CURATIVO: ( ) COMPR ( ) SIMPLES ( ) TORNIQUETE ( ) IRRI. OCUL ( ) IMOBILIZAÇÃO: TALAS DE EXTRE LOCAL: ( ) KED ( ) PRANCHA RÍGIDA ( ) COLLAR CERV - TAM: 1 ( ) ESTABI. LAT. DE CABE ( ) TRAÇÃO DEFÊMUR ( ) MOBI. DE OBJ. IMPALA ( ) RETIR. RÁPIDA AVP ABOCATH N° 18 LOCAL: MSE

OUTROS:

**TERAPÊUTICA INSTITUIDA**

MEDICAÇÕES/SOLUÇÕES	DOSE/VOLUME	VIA DE ADM	HORARIO
3 RL	30ml	EU	21:30
Analgico	falta	EU	11 11
Ritidano	falta	RU	11 11

**LOCAL DE DESTINO:** HETSITZ

**RESPONSÁVEL:** Dra. Monize Spazzapan Martins

**FUNÇÃO:** Médica Residente - Clínica Geral

**CRM-PB 11490**

**EQUIPE**

**ENFERMEIRO:** André

**COREN:** 630162

**TÉC. ENFER.**

**COREN:**

**CONDUTOR:** Teodoro



TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/CAICARA - FB, NESTA OPORTUNIDADE.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 01: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA 02: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

PERTENCES DO PACIENTE \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO RECEPTOR: \_\_\_\_\_

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Ernandes Vicente Silva portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10 horas, portador(a) da patologia CID-10 J93.2/S82.2, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 (noventa) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 02/09/2019

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-354, Mangabeira II, João Pessoa - PB







**ESTADO DA PARAÍBA**

**PODER JUDICIÁRIO**

**COMARCA DA CAPITAL**

**3º JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

**Av. João Machado, s/n – 1º andar – Centro**

**3208-2579**

**Processo Nº 0811769-91.2020.8.15.2001**

**Nome: ERNANDES VICENTE DA SILVA**

**Endereço: R DA REPÚBLICA, 390, - até 663/664, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP:  
58010-180**

**Advogado: FLAVIANA DA SILVA CÂMARA OAB: PB14540 Endereço: desconhecido**

**MANDADO DE INTIMAÇÃO ADV AUTOR - AUDIÊNCIA UNA**

**Fica Vossa Senhoria devidamente intimada para fazer-se presente, acompanhado da(s) parte(s) autora(s), à audiência UNA de conciliação, instrução e julgamento designada para o dia Tipo: Una Automática Sala: 05-CONCILIAÇÃO/04-INSTRUÇÃO Data: 17/06/2020 Hora: 15:20 , neste Juizado Especial, sob pena de não comparecendo o (a) autor(a) ser extinto o processo sem resolução do mérito.**

**João Pessoa, 26 de fevereiro de 2020**

**ANILTON DE OLIVEIRA SILVA**



Poder Judiciário da Paraíba  
3º Juizado Especial Cível da Capital  
Comarca de JOÃO PESSOA

---

Processo nº 0811769-91.2020.8.15.2001

**DESTINATÁRIO(A):** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.  
Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º Andar, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP:20031205

**Tipo:** Una Automática Sala: 05-CONCILIAÇÃO/04-INSTRUÇÃO Data: 17/06/2020 Hora: 15:20

---

**REMETENTE:**

UNIDADE JUDICIÁRIA: 3º Juizado Especial Cível da Capital

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

---

**PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL (436)**

Processo nº 0811769-91.2020.8.15.2001

AUTOR: ERNANDES VICENTE DA SILVA

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

**CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3º Juizado Especial Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente **CITADO(A)** por todos os atos do processo acima mencionado, e intimado para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de: **Tipo: Una Automática Sala: 05-CONCILIAÇÃO/04-INSTRUÇÃO Data: 17/06/2020 Hora: 15:20**, ficando advertido(a), desde já, que não comparecimento importará **REVELIA**, reputando-se verdadeiras as alegações do(a) autor(a) e, em **JULGAMENTO ANTECIPADO DA LIDE**, consoante art. 20, da Lei nº 9.099/95 e 355 do Código de Processo Civil, podendo na oportunidade apresentar resposta, oral ou escrita, e produzir provas documentais ou testemunhais, nos termos ao art. 455 do Código de Processo Civil.

JOÃO PESSOA, 26 de fevereiro de 2020

De ordem, ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ E DOCUMENTOS DO PROCESSO ACIMA MENCIONADO ACESSE O LINK:  
<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

**Documentos associados ao processo**

<b>Título</b>	<b>Tipo</b>	<b>Chave de acesso**</b>
Petição Inicial	Petição Inicial	20022111285369600000027489239
Documento de Comprovação	Documento de Comprovação	20022112295293100000027492320
CCF21022020	Documento de Comprovação	20022112295552900000027492321