

**PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"**

**OUTORGANTE:(s)**

JOSELMA Cândido da Silva, brasileira, Casada, do lar, Rg nº 3016457, SSP/PB, inscrita sob CPF nº 079.930.614-23, Residente e domiciliada no Assentamento Campos, Sementes e Mudan, S/N, zona RURAL, CRUZ DO ESPÍRITO SANTO - PB -

**OUTORGADOS:** Procuração bastante que faz o outorgante acima qualificado e abaixo assinado pelo qual constitui como procurador e advogado o **Dr. LUIS ANDRÉ DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE – OAB.20.644/PB** e **JOSE ALBERTO DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE OAB 10469-PB**, ambos com escritório na Rua Rodrigues de Aquino, nº 310, sala 03, Centro de João Pessoa-PB, telefone 32229062, onde recebem intimações. Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui os outorgados podendo os mesmos propor contra quem é de direito as ações competentes tanto no Juízo Cível e Criminal defendê-las nas contrárias no Juízo Cível e Criminal, Juizados Especiais Federais ou Estaduais, Fazenda Pública, e Seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando recursos legais e acompanhado-as, receber citação inicial, valores, receber alvarás no Banco do Brasil, receber RPV (requisição de pequeno valor), dar quitação, confessar, contestar, recorrer, transigir, desistir, renunciar direitos, firmar compromissos, arguir suspeições, efetuar requerimentos administrativos, requerer e receber documentos médicos e prontuários, junto a órgãos estaduais e hospitais, federais e municipais, tais como Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, Complexo Hospitalar de Mangabeira, podendo, inclusive, recorrer na esfera administrativa, revogar procurações e substabelecer, agindo em conjunto ou isoladamente, conferindo amplos poderes para foro em geral, em qualquer Juízo, na instância ou Tribunal, apresentar alegações finais, produzir provas, receber intimações e notificações, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes, agindo em conjunto ou isoladamente, e tudo o mais que for necessário ao cumprimento fiel deste mandato.

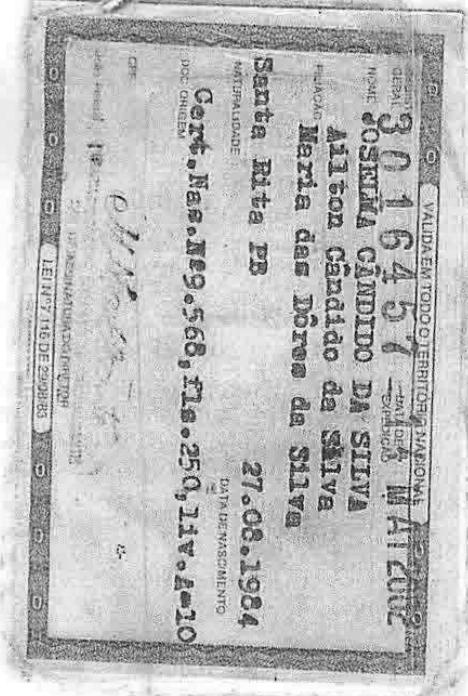
Declara, ainda, nos termos do Art.1º da Lei nº. 7.115/80 de 29 de Agosto de 1993 (dispõe sobre a prova documental) e Lei 1060/50, para o fim de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, que é hipossuficiente financeiramente, e sua situação econômica não lhe permite arcar com custas processuais e honorários Advocatícios, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.

João Pessoa 18 de 07 de 2019.

Joselma Cândido da Silva

CPF :



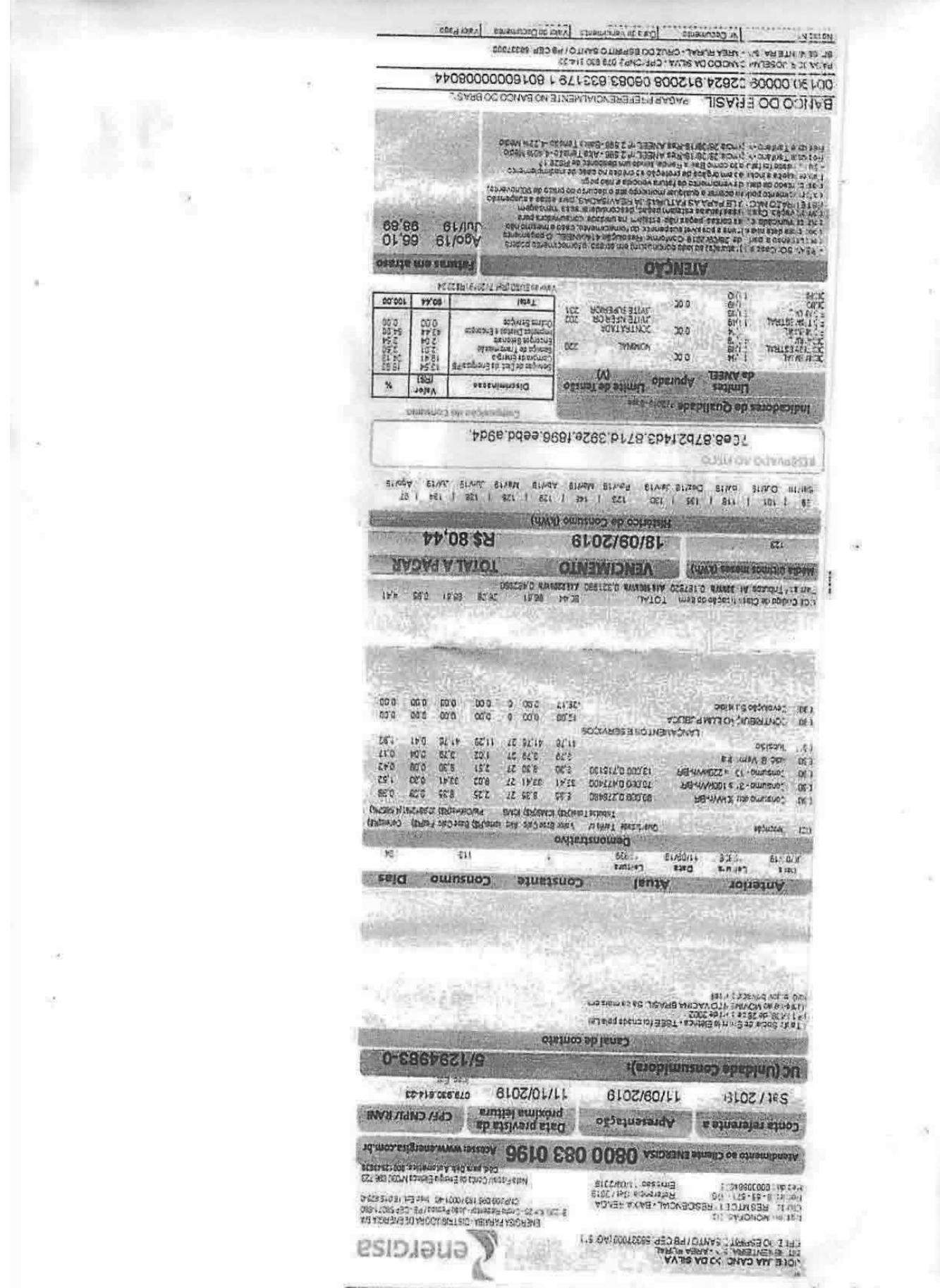


9134.5167



Assinado eletronicamente por: LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE - 07/02/2020 15:20:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020715204292600000027091634>  
Número do documento: 20020715204292600000027091634

Num. 28087609 - Pág. 2





## SECRETARIA DE SAÚDE

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que, JOSELMA CANDIDO DA SILVA, RG: 3016457 SSP/PB, CPF: 079.930.614-23, residente no município de Cruz do Espírito Santo - PB, foi vítima de acidente automobilístico no dia 27/04/2019, por volta das 18:10 horas, e foi socorrido pela ambulância do município de Cruz do Espírito Santo e encaminhado para o Hospital, Tarcísio de Miranda Burity, localizado no município de João Pessoa - PB.

Cruz do Espírito Santo, 21 de outubro de 2019.

Atenciosamente,

*Amanda M. S. Lins*  
Amanda Moreira S. Lins  
Secretaria de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Cruz do Espírito Santo  
Rua Epitácio Pessoa, nº 09 Centro – 58.337-000 - Cruz do Espírito Santo – PB



Assinado eletronicamente por: LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE - 07/02/2020 15:20:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020715204528400000027091642>  
Número do documento: 20020715204528400000027091642

Num. 28087617 - Pág. 1



## CERTIDÃO

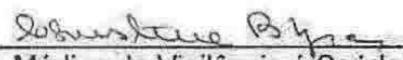
Nº. 1333/2019

Atendendo solicitação de JOSE ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº224991 e Prontuário N° 2019.04.3311 pertencentes ao paciente JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA que foi atendido dia 27/04/2019 às 19h08min, vítima de queda de moto. Apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/05/2019. Com alta médica dia 21/05/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de agosto de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



SETEIRA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
IMPÉXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI  
IA, AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
9656-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 224991 Até: Nao  
Data: 27/04/2019 SAÚDE  
Hora: 19:08:13 NGABEIR/  
Recepção/Analista: GABRIELA CR 20 BURITY  
Clínica: CIRURGIA 2

DADOS DO PACIENTE  
 Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA Num. de vezes atendida: 1  
 NIS: 708909715797719 Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 931608718  
 Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1984 Id: 34 ano(s)  
 End.: SITIO CAMPOS SEMENTES E MUDAS,00  
 Bairro: ZONA RURAL Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB  
 Mae: MARIA DAS DORES Pai: AILTON CANDIDO DA SILVA  
 Escolar: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
 Capac: DONA-DE-CASA Estado Civil: NAO INFORMADO  
 INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
 Esp.: ESPOSO  
 Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
 Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vítima de acidente por: MAO

vitima de violência por: NAO

## 1 Caso Policial

## RE-CONSULTA

ípo de Classificação de Risco: AMARELO

FR:

TP:

so: Al:

Vi com'è a:

#### REFERENCES

#### CONDICÕES DO PACIENTE AO SER HEMEDDO

1.1 Apartamentos Ena (1 Unids)

### 3.3 Politicization and Socialization

1.1 Hemorrágia 1.3 Dispareia

1.1. *Pinnaria* 1.2. *Salvinia*

RECD. 1970-2560 0

### Observation

30 109179

✓ storia - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

And on into the O. river, where we'll

Thierry Ferrero, <sup>candidate</sup> prédicto

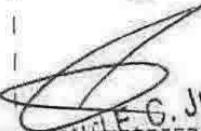
Immature in organs

Horario: ① Atendimiento  
moral  
② Rezo & para O  
③ Adoración & Oficio  
④ Sustento & otra d.



Set. 1  
Pac. niver de cedula de nro.  
Nego nro. eua descrev.  
Com Vacina em puro (b)  
Dose definida e puro (b)

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)  
Ex: fundo d V. li. dol. f. bl.  
e) Inj. n. 1. em V. fundo  
eng.

  
Laerte G. Junior  
ANOTACOES OCA ENFERMAGEM  
CR 3333

Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem |

OCEDIMENTO REALIZADO

STADO DO PACIENTE

Residencia  Transferido  Desistencia  UTI  
 Alta a pedido  Enfermaria  Obito:  Atestado  SVU  ZMI

  
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  HTFCirurgias: \_\_\_\_\_  HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] JHEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] 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: \_\_\_\_\_

*Fratura de Ossos da Perna (FIBRA ETIBOL)*

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

*Fratura de ossos da Perna*

Conduta: \_\_\_\_\_

*Rec�amento Clínico**Lanit. S. Júnior*



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Isacena Crisina da Silva</u>				Data da Admissão: <u>29/09/19</u>
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:				
Endereço:				Bairro:
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:	
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:	
Escolaridade:				
QPD:	<u>Dor e hiperativa funcional em ferma ①</u>			
HDA:	<u>Parox. gabinete de trabalho de</u> <u>maior com visão de perna ②</u> <u>Dor abdominal e dor urinária</u> <u>funcional ③</u>			
Medicações em uso:				
Interrogatório Sintomatológico:				
Geral: <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____				
Pele:				
<u>Cabeca e PESCOÇO:</u> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____				
<u>AR e ACV:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____				
<u>ABD:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume				
<u>AGU:</u> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____				
<u>SME:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos				
<u>SN e PSQ:</u> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade: _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor				

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



Nome: <i>Joselma Cândido</i>			Registro:
Idade: <i>34a</i>	Sexo: <i>FEM</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i> EMP: <i></i> LR: <i></i>
Data: <i>26/07/2017</i>		Cirurgião: <i>Humerto Jansen</i>	
1º Assistente: <i>Yury R2</i>		2º Assistente: <i>Eneas R3</i>	
Anestesista: <i>Dra Camila</i>		Instrumentador:	
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO			
<i>Fratura dos Ossos da Perna D</i> CID <i>S82.3</i>			
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO			
<i>O mesmo</i> CID			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)			
<i>Osteossíntese de Tíbia e Fíbula</i> CÓDIGO			
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			

Dr. Eneas P. Pessoa Neto  
Médico e Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 11852

## **DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA**

### **Docência e Preparo:**

*Paciente em decúbito dorsal sob anestesia*

## Assepsia + Antissepsia

### Aposição de campos cirúrgicos estéreis

**Incisão:**

Incisão:  
Incisão em 1/3 médio da região anteromedial da perna

## Abertura de tensor da fascia lata

Dissecação por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face medial de diáfise da tibia

### Archaeologists

Achados: Visualização de foco de fratura da tíbia

### **Conduta:**

### Conduita:

Posição de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm

"posição de 02 parafusos cortical distais de Ø 4.5mm

Aposição de 03 parafusos proximais de Ø 4.5mm

## Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

### Realizado RX controle

### Incisão em região lateral da perna

### Dissecação por planos até foco de fratura de fibula

### Redução dos fragmentos ósseos

Aposição de 01 placa 1/3 tubular Ø 3.5mm

Aposição de oz cortical Ø 3.5mm distais

### Aposição de 03 parafusos proximais

### rechamento:

### **FECHAMENTO DE PLANOS MUSCULARES, SUBCUTÂNEO E PELE**

### Curativo

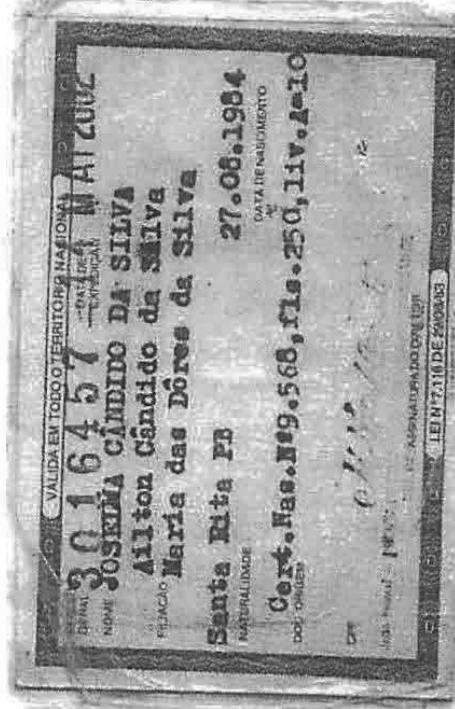
**OBS:**

Data: 20/05/19

Dr. Eneés P. Basso Neto  
Médico Residente  
Jornalista  
1988/1992  
**MÉDICO/CRM**









## SECRETARIA DE SAÚDE

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que, JOSELMA CANDIDO DA SILVA, RG: 3016457-SSP/PB, CPF: 079.930.614-23, residente no município de Cruz do Espírito Santo - PB, foi vítima de acidente automobilístico no dia 27/04/2019, por volta das 18:10 horas, e foi socorrido pela ambulância do município de Cruz do Espírito Santo e encaminhado para o Hospital, Tarcísio de Miranda Burity, localizado no município de João Pessoa - PB.

Cruz do Espírito Santo, 21 de outubro de 2019.

Atenciosamente,



*Amanda Moreira S. Lins*  
Secretária de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde de Cruz do Espírito Santo  
Rua Epitácio Pessoa, nº 09 Centro – 58.337-000 - Cruz do Espírito Santo – PB





## CERTIDÃO

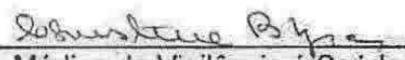
Nº. 1333/2019

Atendendo solicitação de JOSE ALBERTO DE SÁ E BENEVIDES ALBUQUERQUE e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº224991 e Prontuário Nº 2019.04.3311 pertencentes ao paciente JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA que foi atendido dia 27/04/2019 às 19h08min, vítima de queda de moto. Apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 20/05/2019. Com alta médica dia 21/05/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de agosto de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137





Sot. 1.  
Pant. niger de cuello de m.  
Ngo nando en desu.  
Cau Yacu, en pue (1)  
Sue, difundido en pue (1)

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)   
 Dr. J. L. S. da C. Bel  
 C.D. Instituto de Ci. da Terra  
 Curitiba

*Latt H. F. G. Junior*  
ANOTACOES SOB  
ENFERMAGEM  
CR. 121339

Ref	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Reservado p/ liberacão

### Assinatura da Enfermagem

### - ACENDIMENTO REALIZADO

ESTUDO DO PACIENTE

Residencia       Transferido       Desistencia       UTI  
 Alta a pedido       Enfermaria      Obito:  Atestado  S.M.  I.M.

Nome do paciente/Responsável

Resumen a Sencillo de Medicina



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  HTFCirurgias: \_\_\_\_\_  HTF

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] JHEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ] 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: \_\_\_\_\_

*Fratura de Ossos da Perna (FIBRA ETIBOL)*

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

*Fratura de ossos da Perna*

Conduta: \_\_\_\_\_

*Exame Clínico**LANTH. S. JUNIOR*

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N - CEP 58058-384 - Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Isacana Crisina da Silva</u>				Data da Admissão: <u>29/04/19</u>
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:				
Endereço:				Bairro:
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:	
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:	
Escolaridade:				
QPD:	<u>Dor e hiperativa funcional em perna ①</u>			
HDA:	<u>Parox. gabinete de aula ①</u> <u>maior em Vicente de Carvalho ①</u> <u>Dor abdominal e dor urinária</u> <u>funcional ①</u>			
Medicações em uso:				
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>				
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudoresc <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____				
<b>Pele:</b>				
<b>Cabeça e PESCOÇO:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____				
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____				
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume				
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____				
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidex pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos				
<b>SN e PSO:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor				

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



Nome: <i>Joselma Cândido</i>			Registro:
Idade: 34a	Sexo: FEM	Cor:	Clínica: Ortopedia
Data: 26/07/2017	EMP: LR: Cirurgião: <i>Humerto Jansen</i>		
1º Assistente: <i>Yury R2</i>	2º Assistente: <i>Eneas R3</i>		
Anestesista: <i>Dra Camila</i>	Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<i>Fratura dos Ossos da Perna D</i>			S82.3
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<i>O mesmo</i>			
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)			CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Tíbia e Fibula</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não			
Descreva:			<i>Dr. Eneas P. Pessoa Neto</i> Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 11852
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			

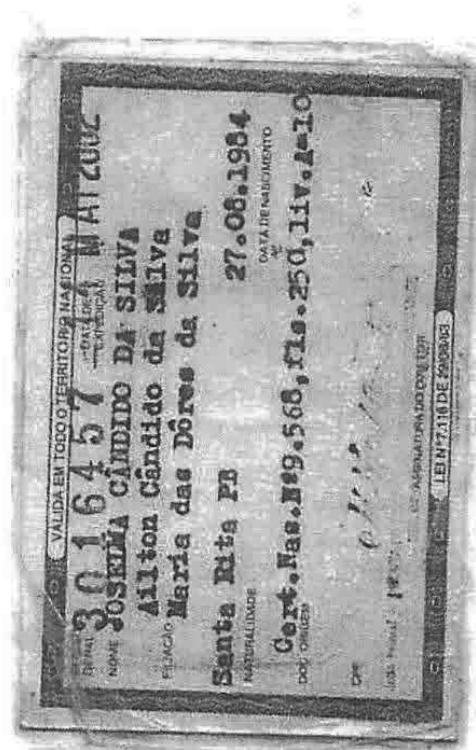
Descrição da Cirurgia	
<b>Paciente e Preparo:</b>	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
<b>Assepsia + Antissepsia</b>	Aposição de campos cirúrgicos estéreis
<b>Incisão:</b>	Incisão em 1/3 médio da região anteromedial da perna Abertura de tensor da fascia lata Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério Acesso entre músculo tibial anterior e face medial de diáfise da tibia
<b>Achados:</b>	Visualização de foco de fratura da tibia
<b>Conduta:</b>	Realizada manobra de redução “posição de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm “posição de 02 parafusos cortical distais de Ø 4.5mm Aposição de 03 parafusos proximais de Ø 4.5mm Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%
<b>Realizado RX controle</b>	Incisão em região lateral da perna Dissecção por planos até foco de fratura de fibula Redução dos fragmentos ósseos Aposição de 01 placa 1/3 tubular Ø 3.5mm Aposição de 02 cortical Ø 3.5mm distais Aposição de 03 parafusos proximais
<b>Rechamento:</b>	Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele
<b>Curativo</b>	
<b>OBS:</b>	

Data: 20/05/19

Bl. Eneias P. Jossé N°0  
Av. Presidente  
Ottavio P. J. 1852  
ORTHOCLÍNICA  
MEDICO/CRM









SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12323.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12323.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:42 horas do dia 23 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Joselma Cândido da Silva**, CPF nº 079.930.614-23, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Do Lar, filho(a) de Maria das Dôres da Silva e Ailton Cândido da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 27/08/1984 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Sementeira, Nº S/N, complemento AREA RURAL, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo a Igreja Assembleia de Deus, na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 99816-0871.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Sementeira, nº S/N, Área Rural, Próximo a Sua Residência, Cruz do Espírito Santo/PB, bairro Centro; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 27/04/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 27/04/2019, POR VOLTA DAS 18H10MIN, VINHA TRAFEGANDO NA GARUPA DA MOTO, PRÓXIMO A SUA RESIDÊNCIA, NO SÍTIO SEMEDEIRA, MUNICÍPIO DE CRUZ DE ESPÍRITO SANTO, NA ZOA RURAL, NA MOTO DE MARCA-HONDA/NRX160 BROS ESD, DE COR-VERMELHA, ANO-2015/2016, PLACA-NQK7671/PB, CHASSI-9C2KD0800FR002166, CRLV EM NOME DA PESSOA RONALDO TAVARES DE BRITO, QUANDO FOI VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SENDO SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO DE CRUZ DO ESPÍRITO SANTO, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA TARCISIO BURITY, SENDO CIRURGIADA NO DIA 20/05/2019, DE CORDO COM O CID S82.3, CONFORME CERTIDÃO DE Nº 1333/2019, COM ALTA MÉDICA NO DIA 21/05/2019, ASSINADA PELA MEDIDA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de outubro de 2019.

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA  
Agente de Investigação

JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 12323.01.2019.1.00.401

1/1





(1)

Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT  
Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. O prazo para o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3190603010 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSELMA CANDIDO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSELMA CANDIDO DA SILVA

CPF/CNPJ: 07993061423

Posição em 23-01-2020 13:41:21

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

09/12/2019 R\$ 2.362,50 R\$ 0,00 R\$ 2.362,50

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/12/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sispvdatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/5zBCZ7hYFiLMXFkcvYC/api_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=">Download</a>
13/11/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	<a href="https://sispvdatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hERUTGNGK7k76PoEb/api_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=">Download</a>



13/11/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 ( <a href="https://sispvadocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vnODUo9C1iiFN5KsADmrapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oaJdG0=">https://sispvadocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vnODUo9C1iiFN5KsADmrapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oaJdG0=</a> )
09/11/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 ( <a href="https://sispvadocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O1fNTyRo5iO1bdomnhWapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oaJdG0=">https://sispvadocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O1fNTyRo5iO1bdomnhWapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oaJdG0=</a> )



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

#### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

#### ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A 0

#### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

#### PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de Indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo/>)  
I%C3%ADder-  
dpvat)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
- › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)
- › Saiba Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)
- › Pontos de Atendimento (</Pontos-de-Atendimento>)
- › Como Pedir Indenização (</Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao>)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
- › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
- › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
- › Telefones de Contato (</Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidoria>)
- › Canal de Denúncias (</Contato/canal-de-Denuncias>)
- › Mapa do Site (</Mapa-do-Site>)

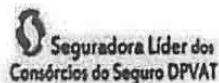


(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Termos-de-Uso.aspx>)



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372338/19

Vítima: JOSELMA CANDIDO DA SILVA

CPF: 079.930.614-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/04/2019

Titular do CPF: JOSELMA CANDIDO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

**JOSELMA CANDIDO DA SILVA : 079.930.614-23**

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

3190603010

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/10/2019  
Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA  
CPF: 079.930.614-23

JOSELMA CANDIDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS

*Renato Luna Dias*



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.

João Pessoa, 11 de fevereiro de 2020

Juiz de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba**

**7ª Vara Cível da Capital**

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

---

**0808397-37.2020.8.15.2001 [ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO]  
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

---

**ATO ORDINATÓRIO**

De acordo com o art.93 inciso XIV<sup>1</sup>, da Constituição Federal,e nos termos do art. 152 inciso VI,§1º do CPC<sup>2</sup> , bem assim o art. 203 § 4º do CPC<sup>3</sup> , que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, c/c o provimento CGJ nº 04/2014, publicado em 01/08/2014, e da portaria 01/2015 da 7ª Vara Cível, procedo com:

Intimo a Perita ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA, CRM PB 4183, para realizar as Pericias.

Intimo a parte autora através do seu o advogado para comparecer a pericia médica no dia 23/04/ 2020, a partir das 15:00 horas, no endereço *Rua Sílvio Almeida, nº 725 Expedicionários* (Ponto Cardio), Fone: 83-3225.4090,devendo apresentar-se **portando documento pessoal com foto, copias do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial, no dia da perícia.**

Intimo a seguradora para no termo do convênio nº 015/2014, fazer o depósito no valor da perícia que será de R\$ 200,00 (duzentos reais), no prazo de 15 dias, a partir da intimação.

João Pessoa-PB, em 2 de março de 2020

**MARIA JANDIRA UGULINO NETA**

Analista/Técnico Judiciário

<sup>1</sup> Art. 93. Lei complementar, de iniciativa do Supremo Tribunal Federal, disporá sobre o Estatuto da Magistratura, observados os seguintes princípios:

XIV os servidores receberão delegação para a prática de atos de administração e atos de mero expediente sem caráter decisório; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)

<sup>2</sup> Art. 152. Incumbe ao escrivão ou ao chefe de secretaria: VI - praticar, de ofício, os atos meramente ordinatórios. § 1º O juiz titular editará ato a fim de regulamentar a atribuição prevista no inciso VI.

<sup>3</sup> Art. 203. Os pronunciamentos do juiz consistirão em sentenças, decisões interlocutórias e despachos. § 4º Os atos meramente ordinatórios, como a juntada e a vista obrigatória, independem de despacho, devendo ser praticados de ofício pelo servidor e revistos pelo juiz quando necessário



Poder Judiciário da Paraíba

---

**Número do Processo:** 0808397-37.2020.8.15.2001

### C E R T I D Ã O

Certifico e dou fé, que, em cumprimento ao mandado retro, dirigi-me ao endereço indicado e, lá, na data abaixo, **INTIMEI** a senhora **Joselma Cândido da Silva**. Ele(a) exarou seu ciente e recebeu a contrafé que lhe ofereci.

Cruz do Espírito Santo, 06 de março de 2020.

Marcelo Ramos Correia

Oficial de Justiça

Successfully created

*CAMPOS  
Sementes Miúdas*



7ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA

**0808397-37.2020.8.15.2001 /ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO/**

**Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA ( 98160 - 8718 ) / Pessoal do Espólio ;**  
**Endereço: Assentamento Campos Sementes Miúdas, S/N, ZONA RURAL, ZONA RURAL, CRUZ E SANTO - PB - CEP: 58337-000 ( 99134-5167 / Filha: Jordânia )**

**Nome: MAPFRE**  
**Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - até 1145 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000**

### MANDADO DE INTIMAÇÃO

*(Pagamento da quantia executada - art. 523, do CPC)*

O(a) MM. Juiz(a) de Direito da 7ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, INTIME-SE o(a) executado(a) Nome:  
**JOSELMA CANDIDO DA SILVA, Endereço: Assentamento Campos Sementes Miúdas, S/N, ZONA RURAL, ZONA RURAL, CRUZ E SANTO - PB - CEP: 58337-000** para tomar conhecimento e para dar integral cumprimento:

Intimo a parte autora e seu advogado para comparecer a perícia médica no dia 23 / 04 / 2020, a partir das 15:00 horas, no endereço Rua Sílvio Almeida, nº 725 Expedicionários (Ponto Cardio), Fone: 83-3225.4090, devendo apresentar-se portando documento pessoal com foto, copias do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial, no dia da perícia."

JOÃO PESSOA-PB, em 2 de março de 2020.

De ordem, **MARIA JANDIRA UGULINO NETA**  
Servidor

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

*② Josélma Cândido da Silva de Souza*



Assinado eletronicamente por: **MARIA JANDIRA UGULINO NETA**

02/03/2020 16:05:21

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

ID do documento: **28685428**



20030216052100100000027652335

imprimir

*② Joyllma Cândido da Silva de Brito*