



Sá e Benevides

ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

OUTORGANTE:(s)

JOSELMA CÂNDIDO DA SILVA, brasileira, Casada, do lar, Rg nº
3016457, SSP/PB, inscrita Sob CPF nº 079.930.614-28,
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.

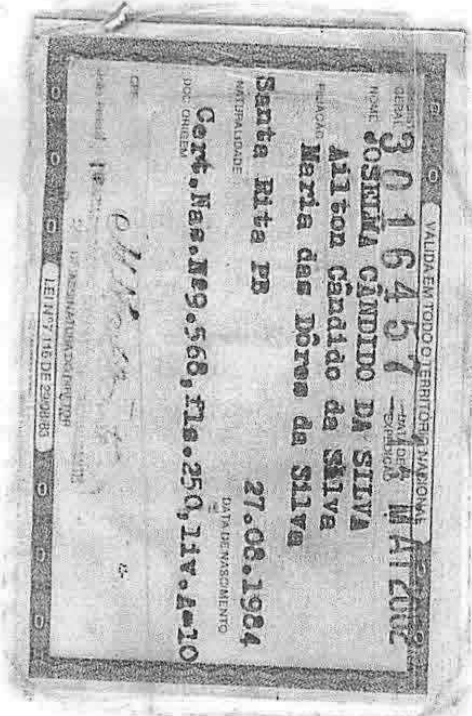
Declara, ainda, nos termos do Art.1º da Lei nº. 7.115 580de 29 de Agosto de 1993 (dispõe sobre a prova documental) e Lei 1060/50, para o fim de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, que é hipossuficiente financeiramente, e sua situação econômica não lhe permite arcar com custas processuais e honorários Advocatícios, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família.

João Pessoa 18 de 07 de 20 19.

Joselma Cândido da Silva

CPF :





9134.5167





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. Lima
Amanda Moreira S. Lima
 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

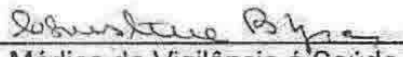
Nº. 1333/2019

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



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
IA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
9056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
TAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 224991 And: Nao
Data: 27/04/2019
Hora: 19:08:13
Recepcionista: GABRIELA DA SO
Clinica: CIRURGICA

SAUDE
MANGABEIRA
BURITY

ADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA Num. Prontuario: 2019.04.003333
NS: 708909715797719 Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 931606718
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
Mãe: MARIA DAS DORES Pai: AILTON CANDIDO DA SILVA
Ocupação: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: DONA-DE-CASA Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Esp.: ESPOSO
Al/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
1 Caso Policial

RE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
Idade: FR:
Sexo: TP:
Peso: Altura:
Alcom3a: IMC:
Terc. And: Q2%:

CONDICIONET DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Saudável ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Ressonância
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular
☐ Vômito

Observações

DATA: 30/04/19

Queixa Principal
CAIDA DE MOTO, TRAUMA EM MIM E ESCORIAÇÕES

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Queda de moto. TCE O, torção, dor, sem lesões
nos membros distais.

Lesão pequena ferimento, sem perda de sangue
hematoma na coxa.

Prescrição

Horário

1. Atendimento
2. Exo de punho
3. Análise de sangue
4. Sutura, dta de

Dr. Amorim S. & C. Silva
Cirurgia Geral

Ser:
 Paciente infante de acidente de trânsito
 Urgente para atendimento
 Com fratura em pé direito
 Doença deficiente renal
 (b)

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Dr. *[assinatura]* de *[assinatura]* do *[assinatura]* de *[assinatura]*
 com *[assinatura]* em *[assinatura]*
[assinatura]

[assinatura]

LUIZ F. G. Junior
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM
 CR: 13333

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

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

[] 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 Ossa da Perna (A) (Fibra e Fibra)

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratura de Ossa da Perna

Conduta: _____

Tratamento Cirúrgico

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>JOSEANA CARVALHO DA SILVA</u>		Data da Admissão: <u>29/04/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>Dor e limitação funcional em perna (D)</u>			
HDA: <u>Parat. q. m. de acidente de</u> <u>trav. com trauma na perna (A)</u> <u>Dor difusa e limitação</u> <u>funcional na perna (A)</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <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: _____			
Cabeça e Pescoço: <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: _____			
AR e ACV: <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: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas			
<input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melená <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <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"/> Hematúria			
<input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposou <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			
SNe PSO: <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>Josefma Cândido</i>				Registro:	
Idade: <i>34a</i>	Sexo: <i>FEM</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>26/07/2017</i>			Cirurgião: <i>Humberto 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>				<i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Tíbia e Fíbula</i>					
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 Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11852

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:
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 tíbia
Achados:
Visualização de foco de fratura da tíbia
Conduta:
Realizada manobra de redução
Aposição de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm
Aposição de 02 parafusos cortical distais de Ø 4.5mm
Aposição de 03 parafusos proximais de Ø 4.5mm
Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%
Realizado RX controle
Incisão em região lateral da perna
Dissecção por planos até foco de fratura de fíbula
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
Rechamento:
Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
OBS:

Data: 20/03/19

Dr. Enras P. de Sá Neto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Rég. nº 1852
MEDICO/CRM





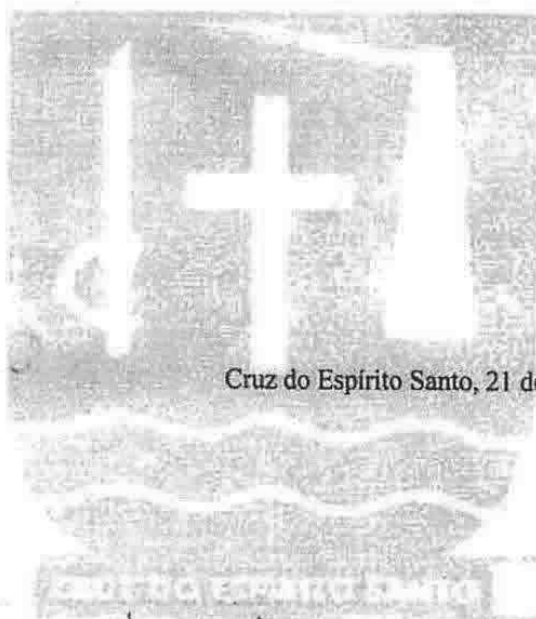




SECRETARIA DE SAÚDE

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 M. S. Lima
Amanda Moreira S. Lima
 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

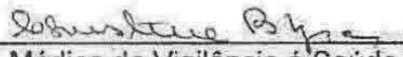
Nº. 1333/2019

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 Burit, 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



REFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
IA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
9056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
Fax: () - CNPJ:

Ficha Nr: 224991 And: Nao
Data: 27/04/2019
Hora: 19:08:13
Recepcionista: GABRIELA DA SO
Clinica: CIRURGICA

SAUDE
MANGABEIRA
BURITY

ADOS DO PACIENTE
Nome: JOSELMA CANDIDO DA SILVA
NS: 708909715797719 Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 931608718
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/08/1984 Id: 34 ano(w)
End.: SITIO CAMPOS SEMENTES E MUDAS, 00
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF: PB
Mãe: MARIA DAS DORES Pai: AILTON CANDIDO DA SILVA
Ocupação: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: DONA-DE-CASA Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Esp.: ESPOSO Escolaridade:
Al/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
Caso Policial

RE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
A: FR:
Q: TP:
Peso: Altura:
Alcemia: IMC:
Frc. Abd: Q2:

CONDICION DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente bom ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Sonolência
☐ Hemorragia ☐ Dispnéia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular
☐ Vontade

Queixa Principal
CAIDA DE MOTO, TRAUMA EM MÍD E ESCORIAÇÕES

Observações

DATA: 30/04/19

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Queda de moto. TLE @, torção, dor, sem lesões
nos membros inferiores.

Exame físico: sem lesões, sem dor
localizada nos membros inferiores.

Prescrição

Horário

1. Analisar o paciente
2. Exame de pulso
3. Analisar o exame
4. Sutura e dilação

Dr. Amorim S. S. Pereira
Cirurgião Geral



Ser:
 Paciente. inf. de acidente de traf.
 Urg. encaminhado ao hospital
 Com V. de 100, em peso ①
 Dado o diagnóstico de ①

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Rx: fratura de V. de 100 de 1.º grau
 com lesão de V. de 100 de 1.º grau



Laércio G. Junior
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM
 CR: 13333

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

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

[] 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 Ossa da Perna (A) (Firma e Físico)

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratura de Ossa da Perna

Conduta: _____

Tratamento Cirúrgico

LUIZ F. D. JUNIOR
CRM - 88056-384
RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>JOSEANA CAROLINA DA SILVA</u>		Data da Admissão: <u>29/04/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>Dor e limitação funcional em perna @</u>			
HDA: <u>Parat. q. m. de acal. de</u> <u>mov. com V. m. p. m. @</u> <u>Dor difusa e limitação</u> <u>funcional p. m. @</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <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: _____			
Cabeça e Pescoço: <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: _____			
AR e ACV: <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: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas			
<input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melaena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <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"/> Hematúria			
<input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposu <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			
SNe PSO: <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:	LR:
Data: <i>26/07/2017</i>			Cirurgião: <i>Humberto 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>				<i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Tíbia e Fíbula</i>					
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 Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 11852

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:
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
Achados:
Visualização de foco de fratura da tibia
Conduta:
Realizada manobra de redução
Aposição de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm
Aposição de 02 parafusos cortical distais de Ø 4.5mm
Aposição de 03 parafusos proximais de Ø 4.5mm
Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%
Realizado RX controle
Incisão em região lateral da perna
Dissecção por planos até foco de fratura de fíbula
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
Rechamento:
Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
OBS:

Data:

20/03/19

Dr. Enras P. de Sá Neto
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
Rég. nº 1852
MEDICO/CRM









SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª 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**.

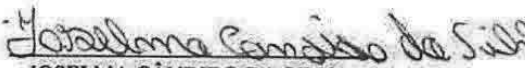
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 27/04/2019, POR VOLTA DAS 18H10MIN, VINHA TRAFEGANDO NA GARUPA DA MOTO, PRÓXIMO A SUA RESIDÊNCIA, NO SÍTIO SEMEITEIRA, MUNICÍPIO DE CRUZ DE ESPÍRITO SANTOS, NA ZONA 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 TARCÍSIO BURITTY, 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



23/01/2020

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(7)

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 para 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	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/5zBCZ7hYFiLMXFkcvYCapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oaJdG0=
13/11/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hERUTGNGK7k76PoEapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oaJdG0=



13/11/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/vnODUo9CllIFN5KsADmrapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=)
09/11/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/O1fNTyRo5iO1bdomnhWapi_key=YRpHjzVJQ7d6yFt7Hy1naQdi+zg03AkCDAoM7oajdG0=)



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

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



Disponível na
App Store

(<https://itunes.apple.com/us/app/segu-ro-dp vat/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)



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-Efetutados.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://portal.lider.com.br/seguro-dpvat/acompanhe-o-processo/>)
l%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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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 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



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 XIV¹, da Constituição Federal,e nos termos do art. 152 inciso VI,§1º do CPC², bem assim o art. 203 § 4º do CPC³, 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 Perícias.

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

¹ 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)

² 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.

³ 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
SEM E NOME



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) - *Rosa do Espírito*;
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 Sílvia Almeida, nº 725 Expedicionários (Ponto Cardio), Fone: 83-3225.4090, devendo apresentar-se portando documento pessoal com foto, cópias 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>

JOSELMA CANDIDO DA SILVA de Brito



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

Edson Almeida Candido da Silva de Brito