



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOÃO DE FREITAS PEREIRA, brasileiro(a), solteiro(a), agricultor(a), portador da Cédula de Identidade nº 3.320.988 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 058.236.444-26, residente e domiciliado na Sítio Umbuzeiro, S/N, Zona Rural, Manaíra -PB CEP: 58.995-000 através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

**OUTORGADO:** HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 168, Centro, Triunfo - PE, CEP: 56.870-000

**PODERES:** a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “**ad judicium et extra**”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

Manaira-PB, 11 de fevereiro de 2019.

x João de Freitas Pereira

**OUTORGANTE**

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE  
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036  
hmp.advocacia@gmail.com



### DECLARAÇÃO

Eu, **JOÃO DE FREITAS PEREIRA**, brasileiro(a), solteiro(a), agricultor(a), portador da Cédula de Identidade nº **3.320.988 SSP/PB**, inscrito no CPF/MF sob o nº **058.236.444-26**, residente e domiciliado na Sitio Umbuzeiro, S/N, Zona Rural, Manaira -PB CEP: 58.995-000 momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

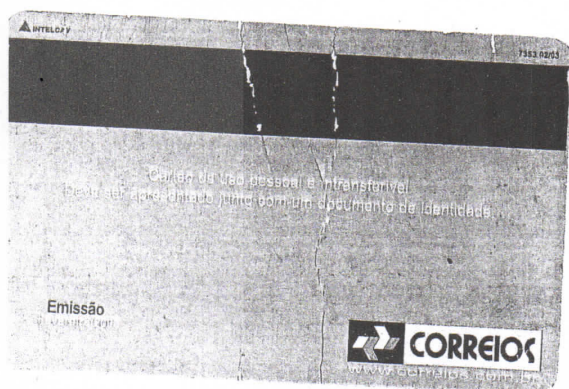
Manaira-PB, 11 de juverio de 2019.

João de Freitas Pereira

**Declarante**



|                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ESTADO DA PARAÍBA<br>SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA<br>INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA<br>DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO | VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL<br>REGISTRO GERAL: 20988<br>DATA DE EXPEDIÇÃO: MAI 2005<br>NOME: JOÃO DE FREITAS PEREIRA<br>FILIAÇÃO: João de Freitas Pereira<br>Carlinda Justino da Silva<br>NATURALIDADE: Curral Velho-PB.<br>DATA DE NASCIMENTO: 05.02.1933<br>DOB. ORIGEM: Cert. Nas. 22.02.12, Liv. A/04, Cartório de Curral Velho-PB.<br>CPF: 056.238.44-16<br>João Pessoa, PB, 12/08/2005<br>ASSINATURA DO DIRETOR<br>LEI Nº 116 DE 29/08/83 |
| NÃO ALFABETIZADO<br>ASSINATURA DO TITULAR<br>CARTEIRA DE IDENTIDADE                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



Número 10.821 Série 0002592

Série 000 95 022



Assinatura do Portador

Nome João Freitas Pereira  
Loc. Nascimento Linda Pr.  
Filiação João de Freitas Pereira e Maria  
Pereira da Conceição  
Doc. Nº 2.923.41.116, me 7.4

Loc. Name: Ilhanda Est. 88 Date 05/02/83  
 Filiação: Estado de Treita Guayra e maria  
 Endereço: rua da pontal  
 Doc. Nº: 6 Nº 2223 Fls. 11 p. me 7.4

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
Obs.: .....  
Data Emissão 43105/1990 DRT Banca 99  
Cláudia Antares Florentino Pinto  
Assinatura do Funcionário

Assinatura do Funcionário  
Mauro Antunes Florentino Pinto  
Matrícula 1.861

N  
...  
De  
...  
Ne  
...  
De  
...  
Ne  
...  
De  
Est  
...  
Do  
...  
Est  
...  
Doc  
Nas  
...  
...  
Doc

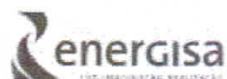


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Releia para simplificar pagamento da taxa fiscal/conta de energia elétrica. Nº 017.565.212



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

EDMILSA BALBINO FURTADO  
SIT UMBUZEIRO S/N  
MANAIRA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1267741-5

### REFERÊNCIA

DEZ/2018

### APRESENTAÇÃO

21/12/2018

### CONSUMO

88

### VENCIMENTO

02/01/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 74,76

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTRUIR AQUI

EDMILSA BALBINO FURTADO

Roteiro: 14-169-473-3625

83690000000-8 74760054000-5 12677412018-5 12000169019-3

### VENCIMENTO

02/01/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 74,76

### MATRÍCULA

1267741-2018- 12-0





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
**DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MANAÍRA – PB**

**CERTIDÃO**

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento **Verbal** de pessoa interessada que, revendo neste Cartório policial o livro de Registro de ocorrência nº **001/2016** nele encontre o Registro nº **064/2018**, cujo teor passo agora a transcrever na entrega: AOS **03 DIAS DO MÊS DE Julho DO ANO DE 2018** NESTA CIDADE DE **MANAÍRA** ESTADO DA PARAÍBA E NA (O) DELEGACIA DE **Polícia Civil Local**, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL **Gutenberg José da Costa Marques Cabral**, COMIGO, ESCRIVÃ (O) DE POLÍCIA DO SEU CARGO, NO FINAL ASSINADO (A), E DECLARADO (A), AI, POR VOLTA DAS **09: h 00min** COMPARCEU **JOÃO DE FREITAS PEREIRA**, COM 35 ANOS DE IDADE: NACIONALIDADE: **Brasileira**; NATURAL DE **Curral Velho U.F. PB** FILIAÇÃO **João de Freitas Pereira, e de Carlinda Justino da Silva**, ESTADO CIVIL: **Solteiro** ESCOLARIDADE: **Alfabetizado**, PROFISSÃO/OCUPAÇÃO **Agricultor**, DOC. DE IDENTIDADE: **3320988** ORGÃO EXPEDIDOR: **SSP/PB** DATA DE EXPEDIÇÃO: **04/05/2005** CPF: **058.236.14426**, Residente: **No-Sítio Umbuzeiro Bairro Zona Rural, Cidade: Manaíra UF PB** COM ENDEREÇO PROFISSIONAL: E FEZ O SEGUINTE REGISTRO: O qual fez a seguinte Ocorrência, Que no dia **27/02/2018**, por volta das **18: h 00min** foi vítima de um acidente automobilístico quando trafegava na Garupa de uma Moto **Honda/CG 150 FAN ESI, COR VERMELHA, CHASSI DE Nº 9C2KC1670DR014912, PLACA PGH3363/PE**, ano e modelo **2013**, a referida Moto acima citada encontrasse em nome do senhor **José Junior Cordeiro Alves**, o declarante afirmou aqui nesta delegacia de policia civil local, que o acidente aconteceu quando a moto derrapou em um poço de lama, e o condutor não conseguiu controlar a referida Moto e o declarante acabou caindo e sofrendo varias lesões, depois foi socorrido por populares que passava pelo o local do acidente para o Complexo Hospitalar Governador Tarcisio Burity, que fica localizado no Bairro de Mangabeira em João Pessoa/PB, a onde o declarante foi atendido, e nada mais disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fé. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA**  
**RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL** referente ao registro de ocorrência supra que deu origem a presente certidão (Art.229 do CPB) falsidade ideológica – pena: reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos

Obs. Esse documento não substitui o original, é valido somente para obtenção da segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.

*João de Freitas Pereira*

Declarante

*[Assinatura]*  
Saveriano Roberto Laurentino  
Escrivão de Polícia  
AD-HOC  
MAT. 132.148-8

Delegacia de Polícia  
Civil de Manaíra - PB

Manaíra-PB Em 03 de Julho 2018



08/02/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

(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 a uma se DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3180463276 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO DE FREITAS PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO JOAO DE FREITAS PEREIRA

CPF/CNPJ: 05823644426

Posição em 08-02-2019 14:31:53

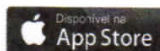
Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui (<https://www.seg> entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 11/02/2019        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

## Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência           | Ver Carta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21/12/2018    | Exigência Documental | ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gE+o1BLVw0BhEe6E1P5eeA==/LhM2RISrdMapi_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvNnf29yDzoo1BykuYSSFnFk=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gE+o1BLVw0BhEe6E1P5eeA==/LhM2RISrdMapi_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvNnf29yDzoo1BykuYSSFnFk=</a> )     |
| 05/10/2018    | Exigência Documental | ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZKHihxj5ouKexMPGdDkVcg==/IV3VIXT__api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvNnf29yDzoo1BykuYSSFnFk=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/ZKHihxj5ouKexMPGdDkVcg==/IV3VIXT__api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvNnf29yDzoo1BykuYSSFnFk=</a> )       |
| 05/10/2018    | Aviso de Sinistro    | ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/exVX1vDjPYzt4hQC8eA1kg==/3vBecs3SSE01api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvNnf29yDzoo1BykuYSSFnFk=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/exVX1vDjPYzt4hQC8eA1kg==/3vBecs3SSE01api_key=AQVWeOrO1x0pIMUmAhGNvNnf29yDzoo1BykuYSSFnFk=</a> ) |

## Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>

ACESSIBILIDADE



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 29/11/2019 11:05:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112911052242000000025737537>  
Número do documento: 19112911052242000000025737537

Num. 26654025 - Pág. 1

PF PURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 106794

Atd: Nao Regular

Clinica HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 28/02/2018

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 09:36:45

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS A

FAX: ( ) - CNPJ:

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Num. Prontuario: 2018.02.004067

CNS: 707408051806571 Sexo: M IDENTIDADE: 3320988 Fone: 998532402

Natural: CURRAL VELHO/PB Data Nasc.: 05/02/1983 Id: 35 ano(s)

End.: SITIO DO CRUZEIRO, OZONA RURAL

Bairro: CENTRO Cidade: PRINCESA ISABEL UF: PB

Mae: CARLINDA JUSTINO DA SILVA

Pai: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: SUBRINO/ JOAO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO ONTEM AS 06/

Vitima de violência por: PROX. DE CASA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

TR: A NO PE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João de Freitas Lima Data da Admissão: 28/12/15  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
QPD: por limitação funcional entorpecida  
HDA: afetada entorpecida de  
mente funcional  
Medicações em uso: \_\_\_\_\_  
Interrogatório Sintomatológico:  
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudores  
☐ 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 ☐ Náusea  
☐ 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-reposo ☐ Deformidade:  
☐ 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.



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

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura de molaço lateral*

Conduta: *Intervenção por procedimento*





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------|----------|-----------------|-----|
| Nome: <i>Sora de Freitas</i>                                                                                                                                                        |                                 |                 |          | Registro:       |     |
| Idade:                                                                                                                                                                              | Sexo:                           | Cor:            | Clínica: | EMP:            | LR: |
| Data: <i>8/3/11</i>                                                                                                                                                                 | Cirurgião: <i>Enlaido Faria</i> |                 |          | 1º Assistente:  |     |
| 2º Assistente:                                                                                                                                                                      |                                 | 3º Assistente:  |          | Instrumentador: |     |
| Anestesista:                                                                                                                                                                        |                                 | Tipo Anestesia: |          | Horário: I:     | T:  |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO                                                                                                                                                      |                                 |                 |          | CID             |     |
| <i>Fuor tomogelo E</i>                                                                                                                                                              |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO                                                                                                                                                      |                                 |                 |          | CID             |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)                                                                                                                                                      |                                 |                 |          | CÓDIGO          |     |
| <i>fix. e 1 placa e parafusos</i>                                                                                                                                                   |                                 |                 |          |                 |     |
| <i>1.2.2</i>                                                                                                                                                                        |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
|                                                                                                                                                                                     |                                 |                 |          |                 |     |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim<br>2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não                                                                                           |                                 |                 |          | Descreva:       |     |
| Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim<br>2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não                                                                                                   |                                 |                 |          |                 |     |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:<br>1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico |                                 |                 |          |                 |     |

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Pte nob anestesiada  
em mesa de cirurgia

Incisão: Incisão lat.

Red. fract.

Achados: Fract. ci. plav. e hum.  
guia e curativo

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Orlando C. Farias Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 4127  
CPF 208.009.674-34

MÉDICO/CRM

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





Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO DINIZ

MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Atestado de 8703

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                                                                                                                                                                          |                        |               |          |                       |        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|----------|-----------------------|--------|
| NOME: <u>Renato de Freitas Pereira</u>                                                                                                                                                   |                        |               |          | PRONTUÁRIO Nº         |        |
| IDADE: <u>35 a</u>                                                                                                                                                                       | SEXO: <u>masculino</u> | COR:          | CLÍNICA: | ENF:                  | LEITO: |
| DATA DE ADMISSÃO: <u>28/07/2018</u>                                                                                                                                                      |                        | DATA DE ALTA: |          | TEMPO DE PERMANÊNCIA: |        |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Infecção aguda de cãibra D</u>                                                                                                                                   |                        |               |          |                       | CID    |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Infecção aguda de cãibra D em braço distal</u>                                                                                                                |                        |               |          |                       |        |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS:                                                                                                                                                                     |                        |               |          |                       |        |
| PRINCIPAIS EXAMES:                                                                                                                                                                       |                        |               |          |                       |        |
| <u>Exame físico</u>                                                                                                                                                                      |                        |               |          |                       |        |
| PROCEDIMENTO REALIZADO:                                                                                                                                                                  |                        |               |          |                       |        |
| <u>Antibiótico</u>                                                                                                                                                                       |                        |               |          |                       |        |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:                                                                                                                                                               |                        |               |          |                       |        |
| ANATOMIA PATOLÓGICA:                                                                                                                                                                     |                        |               |          |                       |        |
| INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                     |                        |               |          |                       |        |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA:                                                                                                                                                                 |                        |               |          |                       |        |
| CONDIÇÕES DE ALTA: <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO |                        |               |          |                       |        |

|                                                      |                                                 |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| RESUMO CLÍNICO                                       | (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPEUTICA, COMPLICAÇÕES) |
| <u>Portador de síndrome da parotidite aguda, com</u> |                                                 |
| <u>infecção aguda de cãibra D em braço distal.</u>   |                                                 |
| <u>Tratado com antibiótico e analgésico.</u>         |                                                 |
| <u>Alta com prescrição de antibiótico.</u>           |                                                 |

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIETA:                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                |
| REPOUSO:                                                                                                                                                                                                             | Relativo em casa por _____ dias.                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                      | Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.                                        |
|                                                                                                                                                                                                                      | Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias. |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</u> |                                                                                                |
| MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Cefalexina + Mexsulid</u>                                                                                                                                                                   |                                                                                                |

|         |                                                               |
|---------|---------------------------------------------------------------|
| RETORNO | Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.           |
|         | Ao Ambulatório do <u>Dr. Orlando</u> em 30 dias para revisão. |

|                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| DATA: <u>09/03/2018</u>                                           |  |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar |  |
| Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO                  |  |
| TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO                              |  |

**Dra. Laiana Barreto**  
Médica  
CRM/RN - 8491





## CERTIDÃO

Nº. 0671/2018

Atendendo solicitação de **JOAO DE FREITAS PEREIRA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº106794, e Prontuário de Nº 2018.02.004067 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/02/2018 às 09H36min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido á avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/03/2018 com alta médica dia 09/03/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 08 de maio de 2018

*Rosângela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



**PODER JUDICIÁRIO**  
**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA**  
**1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Rua São Roque, S/N, Centro, PRINCESA ISABEL - PB - CEP: 58755-000 - ( )

---

**Processo: 0801981-16.2019.8.15.0311**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JOAO DE FREITAS PEREIRA

Advogado do(a) AUTOR: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - PE25252

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

**DECISÃO**

Vistos.

1. Defiro o pedido de justiça gratuita, nos termos do art. 98 do CPC/2015.

2. Informam os autos que o autor requereu pagamento de seguro DPVAT, porém não obteve o pagamento que entende devido, o que torna necessária a realização de perícia médica no autor(a), para melhor elucidação dos fatos.

3. Determino ao cartório que adote as providências necessárias à realização de perícia no(a) autor, inclusive, **intimando-se as partes** para, querendo, indicarem seus quesitos e seu(s) assistente(s) técnico(s) para acompanhar o exame pericial, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, devendo o perito observar o questionário abaixo.

4. Nesta mesma oportunidade, **cite-se a ré** para, querendo, oferecer contestação no prazo de 15 (quinze) dias úteis, **após a juntada do laudo da perícia judicial**, sob pena de revelia, ocasião em que o ente deverá apresentar toda a documentação que interesse ao julgamento da causa.

5. Advirta-se o autor, para comparecer ao local que será realizada a perícia levando consigo todos os exames e receitas médicas que possua e que se relacionem com a doença / enfermidade alegada na inicial.

6. Juntado o laudo judicial, aguarde-se a contestação e intmem-se as partes para se pronunciarem a respeito, apresentando, se for o caso, proposta de acordo para por fim à lide.

7. Em sendo proposto acordo, intime-se a parte adversa para dizer se o aceita, em 05 (cinco) dias úteis.

8. Oportunamente, **solicite-se o pagamento dos honorários periciais**, os quais fixo em R\$ 200,00 (duzentos reais).

Cite-se. Intmem-se. Cumpra-se.

PRINCESA ISABEL/PB, data da assinatura digital.

Maria Eduarda Borges Araújo

Juíza de Direito

(assinado mediante certificado digital)