

# MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

### OUTORGANTE:

João Rodrigues da Silva, brasileiro, casado, porteiro, RG nº 1.334.475, CPF nº 753.327.524-15, residente a Rua Bernadete Xavier Batista, nº 81 - Funcionários II, João Pessoa/PB

**OUTORGADOS:** Giullyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e/ou **Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Av. João Machado, 553, sala 127, Empresarial Plaza Center, Centro, João Pessoa/PB, onde recebe intimações, podendo atuar em conjunto ou separadamente.

**PODERES:** O outorgante concede procuração geral para o foro, conforme o artigo 105 do NCPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium" e os poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, dar quitação, receber, inclusive alvarás judiciais, perante qualquer instituição, inclusive financeiras, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, representar junto às instituições e repartições públicas federais, estaduais e municipais, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer, e, finalmente, praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

João Pessoa, 26.09.2019

João Rodrigues da Silva  
Outorgante

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.  
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.



## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

---

### DECLARAÇÃO DE POBREZA

João Rodrigues da Silva

\_\_\_\_\_, declara, para os fins de obtenção de ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA, e sob as penas da lei nº 7.115, de 29 de Agosto de 1983, que não possui condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

João Pessoa, 26.09.2019

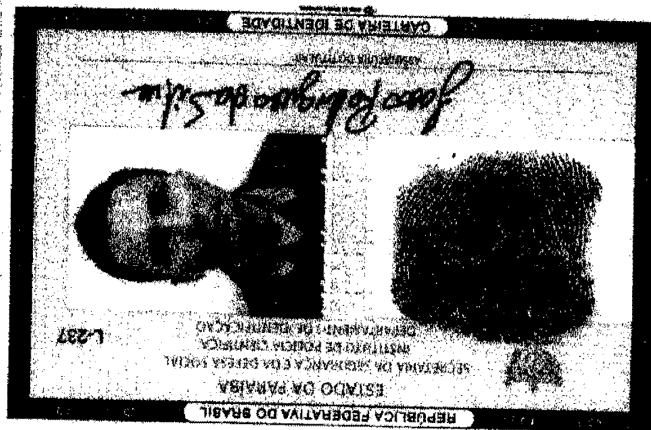
João Rodrigues da Silva

DECLARANTE

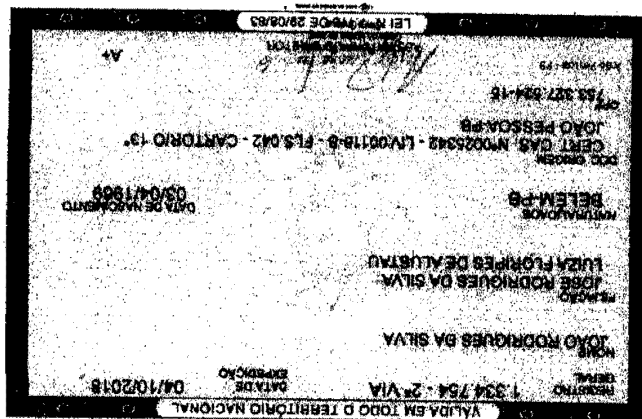
---

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.  
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.





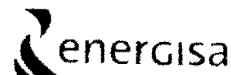
0102 135 6 0



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
RUA BERNARDETE XAVIER BATISTA S/N QD 203 LT 136 APT 103  
JOÃO PESSOA

Nº 028.064.948



ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400  
CNPJ 06.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-4

## DADOS DO CLIENTE

LUCIANA NERIS DE AZEVEDO  
RUA BERNARDETE XAVIER BATISTA S/N QD 203 LT 136 APT 103  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1558293-5

### REFERÊNCIA

JUL/2019

### APRESENTAÇÃO

16/07/2019

### CONSUMO

202

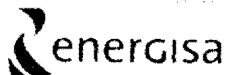
### VENCIMENTO

21/08/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 141,56

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



LUCIANA NERIS DE AZEVEDO

Roteiro: 09-002-471-3860

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/08/2019

### VENCIMENTO

21/08/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 141,56

### MATRÍCULA

1558293-2019- 07-8

09 SET 2019





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 10109.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10109.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:26 horas do dia 03 de setembro 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **João Rodrigues da Silva**, CPF nº 753.327.524-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Luiza Floripes de Alastau e Jose Rodrigues da Silva, natural de Belém/PB, nascido(a) em 03/04/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bernadete Xavier Batista, Nº 81, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Apt 103, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98726-7724.

**Dados do(s) Fatos:**

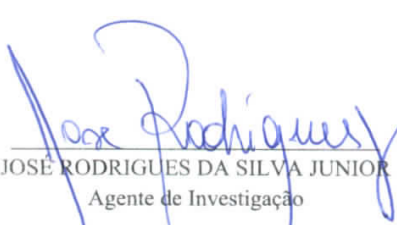
Local: Avenida Juscelino Kubitschek, Retorno Geisel, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/01/19 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

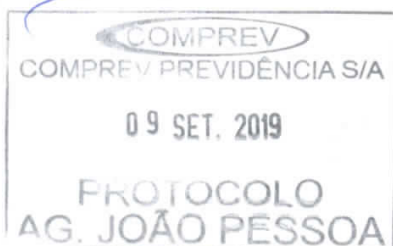
QUE NO DIA 05/01/2019, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2018, PLACA QSA-3447/PB, CHASSI 9C2KC2210JR049069, NA AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE, GEISEL, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA DESTA NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE RETORNOU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA NO DIA 17/01/2019, ONDE REALIZOU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/01/2019, COM ALTA MÉDICA EM 27/01/2019, CONFORME CERTIDÃO 0758/2019, ASSINADA PELA MEDICA FABIANA FERNANDES DE ARAUJO.

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

João Pessoa/PB, 03 de setembro de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
JOAO RODRIGUES DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 10109.01.2019.1.00.401





## CERTIDÃO

Nº. 0758/2019

Atendendo solicitação de JOAO RODRIGUES DA SILVA 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 nº 198315 e prontuário 2017.02.003487 pertencentes a **JOAO RODRIGUES DA SILVA** que foi atendido dia 05/01/2019 às 19H32min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Retornou dia 17/01/2019 às 10h08min com ficha nº 198315, apresentando febre e dor na perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 24/01/2019 com alta médica dia 27/01/2019.

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

João Pessoa, 20 de maio de 2019

Médica

CRM/PB 4516

Dra. Fabiana F. de Araújo  
CARDIOLOGIA  
CRM PB 4516





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	João Rodrigues			Data da Admissão:	21/10/19
Prontuário:		Idade:		Enfermaria:	
Nome da Mãe:					
Endereço:				Bairro:	
Cidade:		Estado:		Fone:	
Sexo:	F ( ) M ( )	Cor:		Estado Civil:	
Escolaridade:				Religião:	
				Data de Nascimento:	/ /
QPD:					
HDA:	Quinta-feira de manhã em Shutterstock de fotos de esses de uma foto de uma criança				
Medicações em uso:					
09 SET 2019					
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>					
<b>Geral:</b> <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: ____					
<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"/> 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"/> 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"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: ____					
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <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 PSQ:</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.



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF  
[ ] 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: *Ex*

Hipóteses Diagnósticas: *Ex quer da jama* *paciente de 1ª consulta*

Conduta: *Ex + Análise*







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:		Data da Admissão:	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento: / /	
QPD:			
HDA:			
Medicações em uso:			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> <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: ____			
<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"/> Bôcio <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"/> Dispnéia <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"/> 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"/> 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"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: ____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <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 PSQ:</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 58056-394. Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM - 21/10/2019 16:46:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102116461258400000024646997>

Número do documento: 19102116461258400000024646997

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

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

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

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

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





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Roberto Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>45</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica: <i>Urologia</i>	EMP:	I.R:
Data: <i>10/10/2019</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Silva</i>			1º Assistente: <i>Dr. Roberto Silva</i>	
2º Assistente: <i>Dr. Roberto Silva</i>		3º Assistente: <i>Dr. Roberto Silva</i>		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Roberto Silva</i>		Tipo Anestesia: <i>ra</i>		Horário: I: <i>14h</i>	T: <i>16h</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Prostata - BPH</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Prostata - BPH</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Prostata - Resectomia Aberta</i>					
<i>+ Cistostomia Inter</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					

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





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Falcão da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>49a</i>	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>20/10/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Santos</i>			1º Assistente: <i>Dr. Humberto</i>	
2º Assistente: <i>Fagundes</i>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Falcão</i>		Tipo Anestesia: <i>geral</i>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ex. de útero de grau E</i>					
<i>+ hipertensão</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ótimo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Ex. de útero de grau E</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 ( ) 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.





SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COM. DO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58051-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 198315 Atd: Nao Regular  
Data: 17/01/2019  
Hora: 10:08:23  
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUES  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Num. de vezes atendido: 3

Num. Prontuario: 2017.02.003487

CNS: 124414612080009 Sexo: M IDENTIDADE: 1334754 Fone: 987331606

Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 03/04/1969 Id: 49 ano(s)

End.: RUA BERNADETE XAVIER BATISTA, 81 CPF-1334754

Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUIZA FLORIPES DE ALUSTAU

Pai: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987331606 / IDENTIDADE: 1334754

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: FEBRE E DOR

Vitima de violência por: NAO

[ ] 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

PACIENTE CIRURGIADO HA +/- UMA SEMANA, REFERE  
DOR E FEBRE (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
05011-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 195239 Atid: Nao Real  
Data: 05/01/2019  
Hora: 19:32:29  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.02.003487

CNS: 124414612080009 Sexo: M IDENTIDADE: 1334754 Fone: 987331606

Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 03/04/1969 Id: 49 ano(s)

End: RUA BERNADETE XAVIER BATISTA, 81 CPF-1334754

Mãe: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mar: LUIZA FLORIPES DE ALUSTAU

Pai: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Legisl: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987331606 / IDENTIDADE: 1334754

Endereço: RUA

Transporte Utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO HJ AS18:40

Vitima de violência por: NO GEISEL

Qual. Causa Potencial

EXAME FÍSICO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tip. de Classificação de Risco: AMARELO

Cor: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

Ed: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispnéia

Coloemias: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Ard: O2%:

[X] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Princip. Principal

Observacao

CA DE QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E DESMAIO

Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Exame Físico - (hora do atendimento medico)  
Paciente consciente, orientado, sem alterações de nível de consciência.  
Exame físico sem alterações significativas.  
Exame físico sem alterações significativas.

Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Conduta

Prescrição

02: 1. Analgésico (Paracetamol)

2. 2. Analgésico (Paracetamol)

3. 3. Analgésico (Paracetamol)

4. 4. Analgésico (Paracetamol)

Rela Vieira  
11/01/2019



# 100.

Paciente admitido de acidente de trânsito.  
Após avaliação em departamento, Glasgow 15.  
Após exame físico, paciente em estado  
sem sinais de instabilidade, porém  
Dor e desconforto em punho @

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Dr. Gustavo de Vilhena (assinatura)  
Ficha clínea.  
Exame físico e radiografia de punho  
do. Tratamento com Voltale e analgésicos.

Lauro F. C. JUNIOR  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM - PB 69187EOT - 13839

#### ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Q/de.	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residência [ ] Transferido [ ] Desistência [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOAO RODRIGUES DA SILVA

PRONTUÁRIO Nº

IDADE: 49 ANOS

SEXO: MASC

COR

CLÍNICA

Ortopedia

ENF.:

LEITO:

DATA DE ADMISSÃO: 05-01-2019

DATA DE ALTA: 12-01-2019

TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura dos ossos da Perna

CID

S.82.2

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

( ) mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO

INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

(X) MELHORADO

( ) REMOVIDO

( ) A PEDIDO

( ) CURADO

( )

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico COM PLACA E PARAFUSOS. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuação de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO:

Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina 500mg, aine e analgésico

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. ROBERTO SANTOS

Dr. Fei





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Data da Admissão:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_

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

**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

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

**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

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

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

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

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

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

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

**SME:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-repoção ☐ Deformidade  
☐ Artalgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Morricidade e Sensibilidade  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Pua Arg. Fiscal José Costa Duarte S/N CEP 58056-334 Mangabeira II João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM - 21/10/2019 16:46:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102116461258400000024646997>

Número do documento: 19102116461258400000024646997

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

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

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

Dr. Lúcio Flávio  
Mendes  
Mendes

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 53056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME: JOAO RODRIGUES DA SILVA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 49 ANOS	SEXO MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 17-01-2019		DATA DE ALTA: 17-01-2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>REFRATURA DOS OSSOS DA PERNA</i>					CID <i>S.82.0</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

*Paciente portador(a) de Fratura dos Ossos da Perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico COM PLACA E PARAFUSOS. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuação de de tratamento e orientações.*

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

**DIETA:** *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

**REPOUSO:** Relativo em casa por **15** dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *cefalexina 500mg, aine e analgésico*

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21** dias.  
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em 7 dias para revisão. DR ROBERTO SANTOS

*Dr. Felipe Bezerra*  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - 11126

27-01-2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

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





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b>				<b>Registro:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Cor:</b>	<b>Clínica:</b>	<b>EMP:</b>	<b>LR:</b>
<b>Data:</b>	<b>Cirurgião:</b>			<b>1º Assistente:</b>	
<b>2º Assistente:</b>	<b>3º Assistente:</b>			<b>Instrumentador:</b>	
<b>Anestesista:</b>	<b>Tipo Anestesia:</b>			<b>Horário:</b>	<b>T:</b>
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<b>Acidente durante Ato Cirúrgico</b>				<b>Descreva:</b>	
1 ( ) Sim					
2 ( ) Não					
<b>Biópsia de Congelação:</b>					
1 ( ) Sim					
2 ( ) Não					
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b>					
1 ( ) 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:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO/CRM

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





## Declaração de Comparecimento

Declaramos para os devidos fins que o paciente

João Rodrigues da Silva compareceu a esta unidade no dia 15/08/2019, para atendimento e foi liberado no horário.

Paciente realizou 20 sessões no período de 25/06/2019, recebendo alta nesta data 15/08/2019. João Pessoa - PB 15/08/2019.

Yasmin Frede Batista  
Fisioterapeuta  
CREFITO 279244 - F







ORTOPEDIA MS COMERCIO E SERVICOS LTDA - ME  
R PROFESSOR ARTUR BATISTA, 70, JAGUARIBE  
58015010 - JOAO PESSOA - PB  
CNPJ: 17802566000130 IE: 162118287  
Telefone: 35061061

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE  
CONSUMIDOR ELETRONICA

COD	REF	DESCRICAO	QTD	UN	VL UNI	ST	VL TOTAL
102		MULETA CANADENSE ARTICULADA PRETA	1	UND	X 65,000	II	65,00
102		MULETA CANADENSE ARTICULADA PRETA	1	UND	X 65,000	II	65,00
Qtde. Total de Itens							2
Valor Total R\$							130,00
Desconto R\$							10,00
Valor a Pagar R\$							120,00
FORMA DE PAGAMENTO							VALOR PAGO R\$
ESPECIE							120,00

Consulte pela Chave de Acesso em  
[www.receita.pb.gov.br/nfca/cor\\_1ta](http://www.receita.pb.gov.br/nfca/cor_1ta)  
2519 0517 8025 6600 0130 6500 1000 0006 1216 2150 7265

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO  
NFC-e nº: 000000612 Série: 001  
Data Emissão: 24/05/2019 11:36:47  
Protocolo de Autorização: 325190125604276  
Data de Autorização: 24/05/2019 11:36:50





Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R\$ 26,64 F  
onte: IBPT



TER VOCE COMO CLIENTE E UM PRIVILEGIO.  
OBRIGADO, VOLTE SEMPRE.

SOFTCOM TECNOLOGIA - 83 31333600  
VENDEDOR EDMARIA



 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 200.8.19.31208/01
			<b>Data de emissão:</b> 21/10/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/10/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.631208 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias  <b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 506,30 <b>Promovente:</b> JOÃO RODRIGUES DA SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 106,31 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A  <b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63  <b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6  <b>Parcela:</b> 1/1  <b>Valor total:</b> R\$ 613,96  <b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866100000060 139609283185 520191031209 081931208011 			<b>Valor final:</b> R\$ 613,96

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 200.8.19.31208/01
			<b>Data de emissão:</b> 21/10/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/10/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.631208 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias  <b>Promovente:</b> JOÃO RODRIGUES DA SILVA <b>Promovido:</b> BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A  <b>Detalhamento:</b>			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63  <b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6  <b>Parcela:</b> 1/1  <b>Valor total:</b> R\$ 613,96  <b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
			<b>Valor final:</b> R\$ 613,96

 <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b> Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 200.8.19.31208/01
			<b>Data de emissão:</b> 21/10/2019
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Joao Pessoa	<b>Classe Processual:</b> PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	<b>Data de vencimento:</b> 31/10/2019
<b>Número da guia:</b> 200.2019.631208 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias  <b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 506,30 <b>Promovente:</b> JOÃO RODRIGUES DA SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 106,31 - Taxa bancária: R\$ 1,35 <b>Promovido:</b> BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A  <b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,63  <b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6  <b>Parcela:</b> 1/1  <b>Valor total:</b> R\$ 613,96  <b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
866100000060 139609283185 520191031209 081931208011 			<b>Valor final:</b> R\$ 613,96





Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 200.2019.631208

**Data Vencimento:** 31/10/2019

**Data Emissão:** 21/10/2019

**Comarca:** Joao Pessoa

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** JOÃO RODRIGUES DA SILVA

**Promovido:** BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A

**Valor da Causa:** R\$ 7.087,50

**Despesas Processuais:** R\$ 0,00

**Custas:** R\$ 506,30

**Taxa:** R\$ 106,31

**Total da Guia:** R\$ 612,61

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.**



Seguradora Líder-DPVAT ...

https://seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido

Permitir que https://seguradoralider.com.br execute "Microsoft Office?"

Dicas Indispensáveis

**PAGUE SEGURO**

Como Pagar  
Consulta a Pagamentos Efetuados

**ACOMPANHE O PROCESSO**

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

### SINISTRO 3190523646 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOAO RODRIGUES DA SILVA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev  
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB  
**BENEFICIÁRIO** JOAO RODRIGUES DA SILVA  
**CPF/CNPJ:** 75332752415

**Posição em 21-10-2019 16:17:18**  
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
20/09/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





**PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DA CAPITAL**

---

**4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA**

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB  
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

**ATO ORDINATÓRIO (CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL - CGJ-TJPB)**

**Nº DO PROCESSO: 0809548-66.2019.8.15.2003**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOAO RODRIGUES DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

De acordo com as prescrições do Código de Normas Judicial da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, **INTIMO a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, juntar comprovante de endereço em seu nome e documentos que comprovem a hipossuficiência financeira, necessários para análise do pedido de gratuidade**, consoante §3º do art. 1º da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA GERAL nº 02/2018, datada de 28/11/2018, publicada no DJE de 30/11/2018.

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2019.

SILVANA GIANNATTASIO

Técnico Judiciário



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA/PB.**

**Processo: 0809548-66.2019.8.15.2003**

**JOAO RODRIGUES DA SILVA**, já qualificado nos autos da ação em epígrafe, por intermédio de seus advogados adiante assinado, vem, respeitosamente, perante vossa Excelência, em cumprimento ao despacho retro, informar que o autor não possui nenhum comprovante de residência em seu nome, **TODOS ESTÃO EM NOME DE SUA ESPOSA: LUCIANA NERIS DE AZEVEDO**, de modo que não há como suprir o despacho proferido por Vossa Excelência.

Requer ainda a juntada da carta de concessão do benefício que está recebendo desde o acidente de trânsito, comprovando a necessidade de que seja deferida a Assistência Judiciária Gratuita.

Caso Vossa Excelência entenda necessário, diante da inexistência/impossibilidade de trazer aos autos documento que comprove a residência do autor no lugar indicado na inicial e boletim de ocorrência, que seja encaminhado oficial de justiça no endereço indicado a fim de comprovar tais informações.

Requer ao final o andamento regular do processo.

**Nestes termos,**

**Pede deferimento.**

João Pessoa, 10 de dezembro de 2019

---

Giullyana Flávia de Amorim

OAB/PB: 13529

---

Enéas Flávio S.de Moraes Segundo

OAB/PB: 14318



LUCIANA NERIS DE AZEVEDO

RUA BERNADETE XAVIER BATISTA, S/N / QD 203 LT 135 APT 103 - FUNCIONARIOS  
JOAO PESSOA / PB CEP 58072738 (AG 1)



Ligação: MONOFÁSICO

Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA

Roteiro: 9-2-471-3860

Medidor: 00008447046

Referência: Nov / 2019

Emissão: 14/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 15.015.223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica NPG4 252 494  
Cód. para Déb. Automático: 00015582935

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a

Nov / 2019

Apresentação

14/11/2019

Data prevista da  
próxima leitura

16/12/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

034.601.494-85

Insc. Est.

**UC (Unidade Consumidora):**

**5/1558293-5**

**Canal de contato**

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de  
vacinação e se previna.

Anterior		Atual		Constante	Consumo
Data	Leitura	Data	Leitura		
16/10/19	13650	14/11/19	13823	1	173

### Demonstrativo

Demonstrativo						
Descrição	Quantidade	Tarifa C/	Valor Base Calc		Aliq. ICMS(R\$)	Base
			Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)		
Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,266070	7,98	7,98	27	2,15
Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,456120	31,92	31,92	27	8,83



Assinado eletronicamente por: GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM - 12/12/2019 14:00:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121214004176800000026074955>

Número do documento: 19121214004176800000026074955





**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO**

SEQ: 108558  
DATA: 28/05/2019

NOME:	DI	NR
JOAO RODRIGUES DA SILVA	(NIT: 3244146120-8) 13.001.070	628.118.365-0

COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO APOSENTADORIA POR INVALIDEZ (32)  
- 628.118.365-0 REQUERIDO EM 24/05/2019 COM RENDAMENAL DE R\$ 1.422,82 CALCULADA CONFORME ABAIXO.  
COM INICIO DE VIGENCIA A PARTIR DE 24/05/2019

CASO NÃO TENHA FEITO OPÇÃO PELO CRÉDITO EM CONTA CORRENTE OU POUPANÇA, COMPAREÇA A PARTIR DE 18/06/2019 NA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA INDICADA ABAIXO, MUNDO, OBRIGATORIAMENTE, DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO APRESENTADO NO ATO DO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO. OS CRÉDITOS SUBSEQUENTES SERÃO EFETUADOS NO 5 DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

ÓRGÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA

487361 - ITAU - JOAO PESSOA MANAIRA

AVENIDA GOVERNADOR FLAVIO RIBEIRO COUTINHO, 106

MANAIRA

VIA SEGURADO

Renato Rodrigues Vieira  
Presidente do INSS

\*\*\* NAO HOUVE GERACAO DE CREDITOS ATRASADOS DE ANO ANTERIOR \*\*\*

\*\*\* NAO HOUVE GERACAO DE CREDITOS ATRASADOS \*\*\*

REND. MENSAL INICIAL (EM: R\$ ) 1.422,82

**DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DO MES**

05/2019	REND. MENSAL	331,99	AD ARRED CRE	0,12	COMPL. RES.	302,11
TOTAL BRUTO	332,11	DESCONTO	302,11	LIQUIDO	30,00	

OBS: E DE 10 (DEZ) ANOS O PRAZO PARA REVISÃO DO ATO DE CONCESSÃO, CONFORME LEI 8213/91 ART 103.

(\*) Renda Mensal proporcional ao período de 31/03/2019 a 31/03/2019

AS aposentadorias por idade, tempo de contribuição e especial concedidas pela Previdência Social, são irreversíveis e irrenunciáveis, após o saque do primeiro pagamento ou do PIS, PASEP ou FGTS.

Base legal - redação introduzida pelo Decreto 6208/07 no Art 181-B do decreto 3048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado (a) aposentado(a) por invalidez que retornar voluntariamente a atividade terá sua aposentadoria automaticamente cancelada, a partir da data do retorno, de acordo com o art. 46 da Lei n. 8.213/91.







PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

---

0809548-66.2019.8.15.2003

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOAO RODRIGUES DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

---

### DECISÃO

---

Manuseando-se os autos, observa-se que a parte promovente possui domicílio no bairro **FUNCIONÁRIOS**, nesta Capital, e o promovido têm endereço no bairro do **CENTRO**, desta cidade de João Pessoa/PB, conforme declinado na petição inicial e, ainda, na declaração de pobreza.

A rigor, tratando-se de competência territorial e, portanto, incompetência relativa, não poderia esta ser declarada de ofício.

Acontece que, nesta comarca, existem os juízos centralizados e os juízos distritais e, neste caso, a competência não é relativa, mas absoluta. Ou seja, a competência regionalizada na lei de organização judiciária é do juízo, isto é, competência funcional, pois corresponde à divisão interna das atribuições entre os vários juízos da mesma comarca e, conseqüentemente, pode e deve ser declarada de ofício.

No tema, ensinam Nelson Nery Júnior e Rosa Maria de Andrade Nery (in “CPC Comentado”, RT, 17ª ed., p. 488):

“Juízos distritais e regionais. Há comarcas que têm juízos distritais ou regionais (v.g. São Paulo, Porto Alegre, Campinas, etc.). Trata-se de competência de juízo, portanto absoluta (funcional). Ainda que os motivos para divisão dos juízos sejam o valor da causa e/ou o território, como ocorre na comarca de São Paulo, são, na verdade subcritérios do critério funcional. Este é o que prevalece na caracterização da espécie de competência. Assim, na comarca de São Paulo o juiz de vara central deve declarar-se de ofício



incompetente, remetendo os autos ao juízo regional, e vice-versa, porque estará declinando de ofício incompetência absoluta, não incidindo a proibição do STJ-33.”

A resolução 55/2012 da Presidência do TJPB que define os bairros que integram a jurisdição deste foro regional, preceitua:

“Art. 1º - A jurisdição das Varas Regionais e dos Juizados Especiais Regionais Mistos de Mangabeira será exercida nos limites territoriais dos bairros de Água Fria, Anatólia, Bancários, Barra de Gramame, Cidades dos Colibris, Costa do Sol, Cuiá, Ernesto Geisel, **Funcionários II, III e IV**, Grotão, Jardim Cidade Universitária, Jardim São Paulo, João Paulo II, José Américo, Mangabeira, Muçumagro, Paratibe, Penha, Planalto da Boa Esperança e Valentina Figueiredo”.

Ante o exposto, não estando o domicílio das partes inseridos no rol dos bairros sob a jurisdição do Foro Regional de Mangabeira, nos termos da Resolução nº 55/TJPB, **reconheço a incompetência absoluta deste juízo e determino a remessa destes autos à Distribuição do Fórum Cível desta Capital, para ser redistribuído, por sorteio.**

**REMETA IMEDIATAMENTE.**

**CUMPRA COM URGÊNCIA**

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

Juíza de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**3ª Vara Cível da Capital**

**Processo nº 0809548-66.2019.8.15.2003**

**DESPACHO**

Vistos.

Defiro o pedido de gratuidade de justiça.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócua. A experiência prática demonstra que as partes não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação.

Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

JOÃO PESSOA, data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**3ª Vara Cível da Capital**  
**AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**  
**JOÃO PESSOA**  
**( )**

**MANDADO DE CITAÇÃO**

**Nº DO PROCESSO:** 0809548-66.2019.8.15.2003

**CLASSE DO PROCESSO:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**ASSUNTO(S) DO PROCESSO:** [Acidente de Trânsito]

Autor: JOAO RODRIGUES DA SILVA

N o m e : B R A D E S C O S E G U R O S S / A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, 58013-131, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-130

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado por seu representante legal e através do oficial de justiça designado a cumprir o despacho em frente:

Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

JOÃO PESSOA, em 28 de abril de 2020.

ANA CRISTINA PESSOA DINIZ

Servidor

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

**NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:** 19102116460823800000024646975



## CERTIDÃO

Certifico, em razão do meu ofício, que, de acordo com o que disciplina o [artigo 3º, da Resolução 313/2020 do CNJ](#), que autoriza a utilização dos meios tecnológicos disponíveis para cumprimento dos atos judiciais, em face da condição excepcional ocasionada pela Pandemia; pelo que estatui o ATO DA PRESIDÊNCIA do TJPB, Nº 33/2020, em seu Art. 9º, que autoriza o trabalho remoto para quem se enquadra no grupo de risco, sendo este o meu caso, como forma de prevenção do contágio pelo Coronavírus e por analogia ao Art. 246, V, do CPC/15, nos termos do Art. 6º, da Lei nº 11.419/2006, pelas 16h:06m, do dia 12/08/2020, enviei cópia do **MANDADO DE CITAÇÃO**, para o e-mail da parte promovida, **Bradesco Seguros S/A (vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br)**, tendo a Sra. Vanda Carmem Fabricio Wanderley, representando a parte promovida, acusado recebimento no dia 14/08/2020, às 14h:49m, conforme cópias dos e-mails em anexo, ficando cientificado de todo conteúdo do presente mandado e **CITADO** para todos os efeitos legais. O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 17 de agosto de 2020

Jorge Humberto Carneiro de Barros

Oficial de Justiça





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**3ª Vara Cível da Capital**  
**AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**  
**JOÃO PESSOA**  
**()**

**MANDADO DE CITAÇÃO**

**Nº DO PROCESSO:** 0809548-66.2019.8.15.2003

**CLASSE DO PROCESSO:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**ASSUNTO(S) DO PROCESSO:** [Acidente de Trânsito]

Autor: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, 58013-131, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-130

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado por seu representante legal e através do oficial de justiça designado a cumprir o despacho em frente: **Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.**

JOÃO PESSOA, em 28 de abril de 2020.

ANA CRISTINA PESSOA DINIZ  
Servidor

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

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 19102116460823800000024646975



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA PESSOA DINIZ

28/04/2020 18:37:43

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

ID do documento: 30224931



20042818374377400000029047666

imprimir





Jorge Humberto Barros &lt;jhcbpb@gmail.com&gt;

---

**MANDADO DE CITAÇÃO**

---

**Jorge Humberto Carneiro de Barros** <jhcbpb@gmail.com>

12 de agosto de 2020 16:05

Para: vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br

Prezada, conforme orientação do jurídico desta empresa, por conta da PANDEMIA, segue, em anexo, MANDADO DE CITAÇÃO dirigido ao BRADESCO SEGUROS S/A, para ser dado ciência e retorno do mandado assinado o mais breve possível por este mesmo e-mail.

Oficial de Justiça da Capital  
Mat. 471917-4.

--

**Jorge H C Barros**

Cel: 996405159



Remetente notificado por  
[Mailtrack](#)



Livre de vírus. [www.avast.com](http://www.avast.com).



**Citação\_Bradesco Seguros\_ 0809548-66.2019.815.2003.pdf**  
128K





Jorge Humberto Barros &lt;jhcbpb@gmail.com&gt;

---

**MANDADO DE CITAÇÃO**

---

**Vanda Carmem Fabricio Wanderley** <vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br>  
Para: Jorge Humberto Carneiro de Barros <jhcbpb@gmail.com>

14 de agosto de 2020 14:49

Jorge,

Recebido

**Vanda Carmem F. Wanderley****8337 – Bradesco Seguros João Pessoa****Tel. (83) 3222-4837**

vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br

**Bradesco Seguros S.A**

Parque Solon de Lucena, 641 – Centro

João Pessoa – PB

**De:** Jorge Humberto Carneiro de Barros [mailto:jhcbpb@gmail.com]**Enviada em:** quarta-feira, 12 de agosto de 2020 16:06**Para:** Vanda Carmem Fabricio Wanderley <vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br>**Assunto:** MANDADO DE CITAÇÃO

[Texto das mensagens anteriores oculto]

