

PROCURAÇÃO AD-JUDICIA ET EXTRA



ANDRÉ GUEDES GONÇALVES, brasileiro, casado, autônomo, portador da Cédula de Identidade nº 4.339.575, Órgão Expedidor SSDSP-PB, Regularmente Inscrito no CPF/MF sob o nº 133.891.954-75, Residente e domiciliado na Rua Nova Descoberta, 357 CEP: 58.324-000 - Taquara - Pitimbu-PB, nomeia seu Procurador, **FLÁVIO RODRIGUES LIMA DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 34.560, com endereço profissional situado à Rua Manoel Carlos de Mendonça nº 200, Centro, Goiana – Pernambuco, Conferindo Amplos poderes para o foro em geral, conforme estabelecido no Art. 38 do Código de Processo Civil, com cláusula “Ad judicium et extra”, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ação contra quem de direito, as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, interpondo os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda poderes especiais para receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, fazer acordo, firmar compromisso, renunciar, receber intimações, receber e dar quitação, solicitar e receber Alvarás de quaisquer espécies, RPV e/ou PRECATÓRIO, sendo estes expedidos em nome de Flávio Rodrigues Lima da Silva, OAB – PE 34.560 D levantamento de depósitos judiciais em favor do outorgante, descontando os honorários contratuais de 30% (trinta por cento) dos valores respectivos, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgão da Administração direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares e empresas privadas, podendo atuar em conjunto ou separadamente, enfim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, podendo agir em Juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de iguais poderes.

E, ainda, declara para todos os fins de direito e sob pena de se responsabilizar criminalmente por falsa declaração, que é pobre no sentido jurídico do termo, pois não possui condições de pagar as custas do Processo e Honorários Advocatícios, sem prejuízo do seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade da justiça prevista pela lei nº. 1060/50.

Goiana / PE, em 08 de abril de 2019.



Flávio Rodrigues Lima da Silva
CPF 405756634-20

Outorgante

Diego Henrique Marinho
CPF 03561335-71

Endereço Profissional: Rua Manoel Carlos De Mendonça, nº 200, Centro, Goiana/PE.
Telefone: (81) 9307-7960/9752-8094

DEUS SEJA LOUVADO



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.575 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2015

NOME ANDRÉ GUEDES GONÇALVES

FILIAÇÃO SEVERINO JOSÉ GONÇALVES MARIA EUGENIA GUEDES

NATURALIDADE CAAPORÁ-PB

DATA DE NASCIMENTO 06/11/1979

CPF 133.891.954-75

ISSUE: 13/03/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

NAO ATUALIZADO

CARTeira DE IDENTIDADE

P-024

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recada Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome ANDRÉ GUEDES GONÇALVES

Número 133.891.954-75

Nascimento 06/11/1979

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Sistema Único de Saúde

ANDRÉ GUEDES GONÇALVES

Data Nasc.: 06/11/1979

Sexo: M

203 9638 1264 0000

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

fatramento mensal referente ao consumo de energia.

SEVERINO JOSÉ GONÇALVES
RUA NOVA DESCOBERTA, 357 - TAGUAHA
PITIMBU/PB CEP: 56324000 (AG. 18)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICA
Roteiro 8 - 19 - 210 - 4740
Nº medidor 00001079438

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Caixa Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000.431.929
Código para Débito Automático: 00006743116

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/674311-6**

Canal de contato

Mar / 2017

Apresentação

13/03/2017

Data prevista da próxima leitura

-- Acomodamento da Unidade Amarela --
A bandeira tarifária aplicada no mês de Março/17 será a amarela, com custo de R\$ 2,00 a cada 100 quilowatts-hora (kWh) consumidos. A medida se deve a condições hidrológicas menos favoráveis, o que determinou o acionamento de usinas termelétricas, com custo de geração mais cara.





ETIM DE OCORRÊNCIA Nº		Nº CIOP/COPOM: 575	
SUOp	Data da Ocorrência 19/10/16	Hora 18 h 20 min	Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e Nº) PB-000
de Referência		Código da Ocorrência	
eza da Ocorrência		Prefixo da Viatura 5911	
ndante da Guarnição (Nome, Posto/Grad. e Matrícula)		Patrolheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula)	
Lista (Nome, Grad. e Matrícula)		Patrolheiro 02 (Nome, Grad. e Matrícula)	
Completo do Solicitante		Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s)	
reço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)			
Acusado (s)			
e Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
e Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	
reço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Nº CPF	
o de Referência		Nº CNH	
mações Biométricas		Profissão Declarada	
da Pele: Branca. Altura Estimada: 1,70.		Compleição Física: () Normal () Magro () Gordo	
ca(s) Característica(s) (Assinalar)		Alcunha	
Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros			
crever Marca Característica)			
e Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
e Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	
reço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Nº CPF	
to de Referência		Nº CNH	
ormações Biométricas		Profissão Declarada	
da Pele: Branca. Altura Estimada: 1,70.		Compleição Física: () Normal () Magro () Gordo	
rca(s) Característica(s) (Assinalar)		Alcunha	
Tatuagem () Cicatriz () Sinal de Nascimento () Outros			
crever Marca Característica)			
Vítima(s)			
me Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
me Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	
reço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Nº CPF	
nto de Referência		Nº CNH	
me Completo		Profissão Declarada	
me Completo da Genitora		Data de Nascimento (d/m/a)	
ndereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Nº RG/Órgão Expedidor	
onto de Referência		Nº CPF	
me Completo		Nº CNH	
me Completo da Genitora		Profissão Declarada	
ndereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Data de Nascimento (d/m/a)	
onto de Referência		Nº RG/Órgão Expedidor	
me Completo		Nº CPF	
me Completo da Genitora		Nº CNH	
ndereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Profissão Declarada	
onto de Referência		Data de Nascimento (d/m/a)	
me Completo		Nº RG/Órgão Expedidor	
me Completo da Genitora		Nº CPF	
ndereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Nº CNH	
onto de Referência		Profissão Declarada	
me Completo		Data de Nascimento (d/m/a)	
me Completo da Genitora		Nº RG/Órgão Expedidor	
ndereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)		Nº CPF	
onto de Referência		Nº CNH	
me Completo		Profissão Declarada	





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 948618 e PRONTUÁRIO nº 97637

PACIENTE: ANDRÉ GUEDES GONÇALVES

DATA DE NASCIMENTO: 01.01.85

Data e Hora do Atendimento: 19.09.16

Horário: 20:09h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente automobilístico apresentando quadro de TCE, entubado, Glasgow 06 com cianose. Atendido pelo Dr. Luiz Ricardo Santiago Melo CRM 4687, Dr. Saulo de Tarso Torquato CRM 4922, Dr. Adilson de A. Viana Junior CRM 7339, Dr. Mauro Guerra CRM 6018.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO INTRACRANIANO + LESÃO AXONAL DIFUSA CID 10 S 06 9

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx de Tórax AP e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, Rx do ombro esquerdo AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou lesão axonal aguda, sem fratura de crânio e tratamento cirúrgico em 02.10.16 com traqueostomia e tratamento clínico conservador para TCE.

ALTA HOSPITALAR: 10.11.16

Data da Emissão: 08.03.17


DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVBMEETSHL
CRM - 3920
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

LAPTOP/ST





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 19/09/16	ID da Ocorrência: 1430590	<input type="checkbox"/> USB <input checked="" type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 43	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 17:55Hs	Hora de Chegada no Local: 18:05Hs
Paciente / Usuário: André Guedes Gonçalves			Idade:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: PB 044			Bairro:	Médico Regulador: Dr. Wendel		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HEETSAL			Destino (Unidade Hospitalar)			

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: JCE	Hospital de Origem:
▶ CAUSAS EXTERNAS	Responsável:
▶ Acidente de Trânsito	Hospital de Destino:
<input type="checkbox"/> Colisão carro x moto	Responsável:
<input type="checkbox"/> Queda de moto	
<input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento por: Camo	
<input type="checkbox"/> Colisão carro x carro	
<input type="checkbox"/> Capotamento	
<input type="checkbox"/> Outro:	
<input type="checkbox"/> F.A.F.	ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> AIDS
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Alcoolismo
<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> AVC
<input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada:	<input type="checkbox"/> Convulsões
<input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Choque Elétrico	<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca
	<input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa
	<input type="checkbox"/> Doença Mental
	<input type="checkbox"/> Doença Renal
	<input type="checkbox"/> Droga
	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
	Quais?

1. DADOS VITAIS

PA: 10x70 FC: 83 FR: 14 HGT: SpO2 - S/O2: 76% SpO2 - C/O2: 100%

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções: SERV + SCAR

Evolução do Enfermeiro:

Vítima de atropelamento ocasionado por JCE grupo
foi realizado protocolo e encaminhado ao HEETSAL.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA



☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

1 - VENTILAÇÃO:

Espontânea ☒ Assistida ☐ Ritmo Irregular ☐ Parada respiratória

2 - EXPANSIBILIDADE:

Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

3 - ACHADOS:

Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

4 - CIRCULAÇÃO:

Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

1 - EDEMAS:

Não ☐ Sim - Local: _____

2 - PERFUSÃO

Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3 - PULSO

Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

4 - E.C.G.

Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

EXAME NEUROLÓGICO

CGL 6

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

contrato: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ outro: _____

vel de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

PROCEDIMENTOS

Bomba de Infusão
Cânula Orofaringea
Colar cervical
Controle de hemorragia
Cricotireoidostomia
Curativo

☐ DEA
☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☒ Intubação Orotraqueal
☒ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto
☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☐ Prancha Longa
☒ Punção venosa
☐ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical
☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

scrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

2 SRL + 1 equipo + 1 plus 16 mm + 1 tubo 7,5m

ERTENCES DA VÍTIMA

Não
Sim
objetos:

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Emerson MATRÍCULA: _____

C. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

FERMEIRO(A): Maiana R. Silva COREN: 425.634

EDICO(A): Dr. Rizzo CRM: _____

formações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

DME: _____ RG / CPF: _____

SSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

STEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____

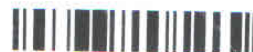




ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Jeito 2744(07110) a part.

Boletim de Atendimento: 948618



Identificação do paciente

ID 1083836		Nome ANDRE GUEDES GONCALVES		Sexo Masculino	
Data de nascimento 01/01/1985		Idade 31 anos 8 meses 18 dias		Estado civil Prontuário	
Mãe MARIA EUGENIA GUEDES		Religião NAO INFORMADA		Pal SEVERINO JOSE GONCALVES	
Escolaridade NAO INFORMADO		Responsável (Parentesco) WILTON GUEDES - IRMAO(A)		DDD Fijo Fone Fijo	
DD Móvel		Fone Móvel		Nº Cns	
Documento NAO INFORMADO		Número documento		Tipo MUNICÍPIO	
Local de procedência PITIMBU		Naturalidade		UF PB	
Email		CBO/R			
Endereço					
CEP 8324000		Município de residência PITIMBU		UF PB	
Número 91		Complemento		Logradouro NOVA DESCOBERTA	
				Bairro ITAGUARA	
Admissão					
Data e Hora 19/09/2016 20:09:12		Número da pulseira 5649517		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIAO GERAL		Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco				Origem do paciente SAMU	
Caráter de atendimento URGÊNCIA		Motivo do atendimento ACIDENTE DE BICICLETA		Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA	
Indicadores e Transporte					
Plano de saúde Nº		Veículo ambulância Sim		Trauma S'm	
Quem transportou AMB SAMU					
Pulso		Temperatura		21 09-16	
Exames complementares					
Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []					
Diagnóstico A. UTE					
Tendido por MILA NICOLLE FERNANDES GOMES					
Tempo 03min 09seg					

Neurocirurgia
GM. PB 6018

06:00h Diuresi desp. 800 ml
Debito da sonda 54 G 300 ml desp.

19/09/2015 20:11



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: ANDRE GUEDES GONÇALVES

BE/Prontuário: 948618

Idade: 31 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Cor: Parda

Data: 07 / 10 / 2016

Clínica/Setor: UTI 1

EMP:

LR: 06

Cirurgia: TRAQUEOSTOMIA

Cirurgião: Dr. Adilson de A. Viana Junior

1º Assistente

2º Assistente:

3º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: O cirurgião

Tipo de Anestesia: Local + sedoanalgesia

Horário: Início 14:35 Término 15:00

ICE (LESÃO AXONAL DIFUSA)

CID

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA

VENTILAÇÃO MECÂNICA PROLONGADA

Procedimientos Cirúrgicos

Código

TRAQUEOSTOMIA

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição:

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria

[X] Terapia Intensiva

() Residência

() Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 07 / 10 / 2016

Médico/CRM:

Dr. Laécio Bragança de Araújo
Terapia Intensiva
CRM 383247

F(NG).ASCIR.009-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Andrei Pedro Guedes</u>		Registro: <u>048618</u>			
Idade: <u>35</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u>Urg</u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Data: <u>02/10/16</u>	Cirurgião: <u>A. Albuquerque</u>		1º Assistente: <u>A. Roberto Costa</u>		
2º Assistente: <u></u>		3º Assistente: <u></u>		Instrumentador: <u></u>	
Anestesista: <u></u>		Tipo de Anestesia: <u></u>		Hora Inicio: <u></u>	Hora termino: <u></u>

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<u>Enterocolo Perforado.</u>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<u>Ressecção</u>	

Acidente durante ato cirúrgico 1ºsim 2ºnão	Descreva:
Biopsia de congelação:	1º sim 2º não
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria 2º terapia intensiva 3º residência 4º óbito durante ato cirúrgico

2 10 16
João Pessoa - Data

[Assinatura]
Ass. do Medico / CRM





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>André Pedro Gonçalves</u>		Registro: <u>048618</u>			
Idade: <u>35</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u></u>	Clinica: <u>Urg</u>	EMP: <u></u>	LR: <u></u>
Data: <u>08/10/16</u>	Cirurgião: <u>A. Albuquerque</u>		1º Assistente: <u>A. Roberto Costa</u>		
2º Assistente: <u></u>		3º Assistente: <u></u>		Instrumentador: <u></u>	
Anestesista: <u></u>		Tipo de Anestesia: <u></u>		Hora Inicio: <u></u>	Hora termino: <u></u>

Diagnostico(s) Pós-Operatório	CID
<u>Eutrofo Prolongado.</u>	

Procedimento(s) Cirúrgico(s)	Código
<u>Exatoma</u>	

Acidente durante ato cirúrgico 1ºsim 2ºnão	Descreva:
Biopsia de congelação:	1º sim 2º não
Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico:	1º enfermaria 2º terapia intensiva 3º residência 4º óbito durante ato cirúrgico

2 / 10 / 16
João Pessoa - Data

[Assinatura]
Ass. do Médico / CRM



Neurocirurgia 19.09.16
20:30h

Acidente moto x bicicleta
evoluindo com ~~ressecamento~~ do men
DA CONSCIÊNCIA, SEBADO E GOT

TC CRÂNIO: SEM FRATURAS DE CRÂNIO E/ou LES
INTRACRANIANCAIS

CA: - ~~Cuidados~~ Intensivo

Dr. Luiz Ricardo Santiago M.
CRM 4687

22:20h NCP

Px sem lesões (busca)

CA: - ~~Cuidados~~ Intensivo

Dr. Luiz Ricardo Santiago M.
CRM 4687

ORTOPEDIA

20/09/16 - Exame

no joelho E

Não há fratura

⇒ ALTA DA ORTOPE
evoluindo no joelho E

SAULO DE TARSO F. TORQUATO
Ort./Traumatol.
CRM. 4922





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① DO + anestesia local + sedação
- ② Anestesia + oxigênio

Incisão:

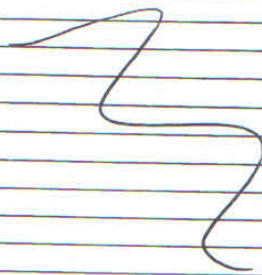
- ③ Incisão lateral transectando ateros
- ④ Aterose p/ pleura

Achados:

- ⑤ Aparato de fe. hi-trofund
- ⑥ Esplenotomia + Aterose da hepática;
- ⑦ Aterose de cáculo nº 8 + Fxod

Conduta:

- ⑧ Curo + lupp.



Dr. Flávio Rodrigues Lima da Silva
Cirurgião Geral

Fechamento:

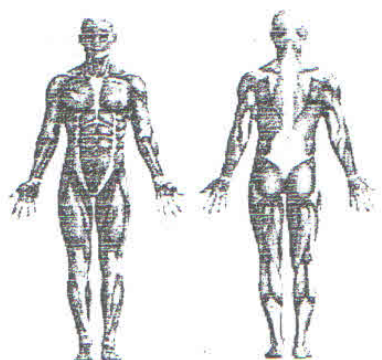
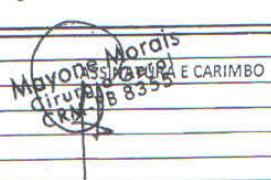
Observação:

Data, João Pessoa 02 de 10 de 16

Assinatura/carimbo

Dr. Flávio Rodrigues Lima da Silva
Cirurgião Geral



EXAME SECUNDÁRIO																			
ALERGIA:	() Não () Sim: _____																		
MEDICAMENTOS:	() Não () Sim: _____																		
IMUNIZAÇÃO	() Não () Sim: _____																		
PATOLOGIA	() Não () Sim: _____																		
ALIMENTOS INGERIDOS:	() Não () Sim: _____																		
LOCAL DA LESÃO	<div> <p>Identifique o local com o número correspondente ao lado: →</p>  </div> <div> <p>1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36</p> </div>																		
OBS.: _____																			
QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Graus de queimadura: () 1º grau () 2º grau () 3º grau																			
EXAMES SOLICITADOS <input checked="" type="checkbox"/> Radiografias <input checked="" type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input checked="" type="checkbox"/> Tomografia computadorizada de crânio <div style="float: right;"> <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea </div>																			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>CONDUTAS E PROCEDIMENTOS</th> <th>CÓDIGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 1º Atendimento</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> </tbody> </table> <div style="text-align: right;">  </div>		CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	1 1º Atendimento		2		3		4		5		6		7		8	
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO																		
1 1º Atendimento																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____ Solicito parecer da _____ às _____ do dia ____/____/____ DESTINO DO PACIENTE DATA _____ SAÍDA _____ HORAS: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Centro cirurgico <input type="checkbox"/> Transferencia (unidade de saúde) <input type="checkbox"/> Internado (setor) <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito </div> <div> <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. </div> <div> <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> JIML <input type="checkbox"/> SVO </div> <div> <input type="checkbox"/> A revalia <input type="checkbox"/> Desistência </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> _____ ASSIN ATURA/CARIMBO </div> <div> _____ ASSIN ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL </div> </div>																			

F(Nº) CC.001-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



5649517
ANDRE GUEDES GONCALVES BE.: 948618
DT. NASC.: 01/01/1985
MAE: MARIA EUGENIA GUEDES

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

END.: NOVA DESCOBERTA
N. SN - ITAGUARA
PITIMBU
FONE: ()
CELULAR: (03)
IDADE: 31
DT. ENTRADA:

[illegible]

F(NG).ENF.018-1





6649517
ANDRE GUEDES GONCALVES
DT. NASC.: 01/01/1985
MAE: MARIA EUGENIA GUEDES

BE.: 948611

END.: NOVA DESCOBERTA
N. SN - ITAGUARA
PITIMBU
FONE: ()
CELULAR: (03)
IDADE: 31
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	DATA:
PROCEDÊNCIA:			
<input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Ambulância de resgate <input type="checkbox"/> Ambulância SAMU <input type="checkbox"/> Polícia			
TIPO DE ACIDENTE:			
<input type="checkbox"/> Moto <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Incêndio <input type="checkbox"/> Explosão <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Outros:			
TIPO DE LESÃO:			
<input type="checkbox"/> Fratura fechada <input type="checkbox"/> Ferimento aberto <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Mordedura <input type="checkbox"/> Objeto encaixado <input type="checkbox"/> Ferimento contínuo <input type="checkbox"/> Amputação membro <input type="checkbox"/> Outros:			
LOCAL DA LESÃO:			
<input type="checkbox"/> Membros sup. <input type="checkbox"/> Membros inf. <input type="checkbox"/> Tronco <input type="checkbox"/> Cabeça e pescoço <input type="checkbox"/> Outros:			
DADOS CLÍNICOS (sintomas)			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:			
EXAME FÍSICO			
PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax:			
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência: <input type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado			
Avaliação das pupilas: Simetria: <input type="checkbox"/> Isocóricas <input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas Tamanho: <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Miose			
Sistema Respiratório:			
<input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas pervias <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas <input type="checkbox"/> Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Suporte ventilatório não invasivo <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:			
<input type="checkbox"/> Pulso ausente <input type="checkbox"/> Pele fria e úmida <input type="checkbox"/> Perfusão tissular satisfatória <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusão tissular comprometida <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Outros:			
Sistema Digestório:			
<input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial <input type="checkbox"/> HDB <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda Outros: <input type="checkbox"/> Rigidez abdor <input type="checkbox"/> Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário:			
<input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros:			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:			
<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Cirurgias			
<input type="checkbox"/> Interações <input type="checkbox"/> Outros: Especificar:			
USO DE MEDICAÇÃO? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: <i>Adm. admitido em UMI por TOT, com plano de encaminhamento para UTE com o SAMU</i>			
DESTINO:			
ENFERMEIRO:		COREM:	

F(NG) ENF 022-1





Primeiro Atendimento Médico



5649517 BE: 948618

ANDRÉ GUEDES GONÇALVES
DT. NASC.: 01/01/1985
MAE: MARIA EUGENIA GUEDES

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: NOVA DESCOBERTA
N. SN - ITAGUARA
PITIMBU
FONE: ()
CELULAR: (83)
IDADE: 31
DT. ENTRADA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente com história de acidente automobilístico (colisão bicicleta x carro), intubado, Glasgow 6 com mixed

IE PRIMÁRIO

S
CEREAAS () Pérvias () Obstruídas
CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim () Não
AÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA () Sim () Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade
() Com dificuldade
() VENTILAÇÃO MECÂNICA
() APNÉIA
AUSCUTA PULMONAR:
1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
HTE: () Presente e normal
() Rude
() Diminuído
() Ausente
2- RUÍDOS
() Sim
() Não
HTD: Roncos
Sibilos
Estertores
HTE: Roncos
Sibilos
Estertores
imp SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: () Normal ☒ Pálida () Cianótica
() Pletórica () Ictérica
TEMPERATURA DA PELE () Normal () Quente () Fria
PULSO () Normal () Aumentado
() Fino () Ausente
AUSCUTA CARDÍACA
RÍTIMO () Regular () Irregular () Ausente
BULHAS () Normatonéticas () Hipofonéticas
() Hipofonéticas () Ausente
SOPRO () Presente () Ausente
BE OU B4 () Sim () Não
FC: ___ bmp PA: ___ X ___ mmHg T: ___ °C
ECG: ___

ABDOMEN: inocente

ECG NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente () Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas (diferença = ___ mm)
de Glasgow: 06

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIMÉTRICA (≤4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

F(NG).CC.001-3



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: Paciente em DDH + antissepsia e assepsia do campo operatório
Incisão: Cervical mediana longitudinal
Achados:
Condução:
1. Incisão cervical mediana transversa por planos anatômicos
2. Abertura da rafe mediana e afastamento da musculatura pré-tireoideana
3. Rebatimento superior do istmo da glândula tireóide
4. Identificação e isolamento da traquéia ao nível do 2º e 3º anéis traqueais.
5. Abertura da traquéia ao nível do 2º e 3º anéis traqueais
6. Revisão da hemostasia
7. Colocação de cânula traqueal nº 7,5
8. Curativo local + fixação da cânula traqueal com cadarço
9. SpO2 = 98%
Fechamento:
10.
11.
12.

João Pessoa, 07 / 10 / 2016

Médico/CRM:

Dr. Laécio B. de Araújo
Terapia Intensiva
CRM-PB 4247

F(NG).ASCIR.009-1



Receituário

Paciente: ANDRE GUEDES GONCALVES

Idade 37

Data: 17/06/2017 19:49:41

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

BAE: 1008032

LAUDO MÉDICO

O PACIENTE ANDRE GUEDES GONCALVES, É PORTADOR DE MIOSITE OSSIFICANTE DE QUADRIL BILATERAL, EVOLUTIVA, COM COXOARTROSE BILATERAL GRAVE, + ANQUILOSE COXO-FEMORAL BILATERAL.

PACIENTE ESTA COM GRAU TÃO AVANÇADO DE ANQUILOSE DE QUADRIL, QUE NÃO CONSEGUE FECHAR MAIS AS PERNAS (REALIZAR ADUÇÃO E ROTAÇÃO INTERNA), E ENCONTRA-SE SEM CONSEGUIR ANDAR. PACIENTE NECESSITA URGENTEMENTE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO, PARA REALIZAÇÃO DE ARTROPLASTIA TOTAL BILATERAL DE QUADRIL. (PROTESE TOTAL DE QUADRIL DE CERÂMICA) NECESSITA DESSE TRATAMENTO URGENTE, PARA RETORNAR A DEAMBULAR, E NÃO AGRAVAR AINDA MAIS SEU QUADRO.

Dr. Temístocles
Ortopedista e Traumatologista
CRM 7618 TEOT 15747

Dr. Temístocles A. R. Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 7618 TEOT 15747

Dr. TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO
7618/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Scanned by CamScanner



Receituário

Paciente: ANDRE GUEDES GONCALVES

Idade 37

Data: 17/06/2017 19:49:41

Sexo: Masculino

CPF: Não
Informado

BAE: 1008032

LAUDO MÉDICO

O PACIENTE ANDRE GUEDES GONCALVES, É PORTADOR DE MIOSITE OSSIFICANTE DE QUADRIL BILATERAL METE, EVOLUTIVA, COM COXOARTROSE BILATERAL GRAVE, + ANQUILOSE COXO-FEMORAL BILATERAL.

PACIENTE ESTA COM GRAU TÃO AVANÇADO DE ANQUILOSE DE QUADRIL, QUE NÃO CONSEGUE FECHAR MAIS AS PERNAS (REALIZAR ADUÇÃO E ROTAÇÃO INTERNA), E ENCONTRA-SE SEM CONSEGUIR ANDAR. PACIENTE NECESSITA URGENTEMENTE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO, PARA REALIZAÇÃO DE ARTROPLASTIA TOTAL BILATERAL DE QUADRIL. (PROTESE TOTAL DE QUADRIL DE CERÂMICA) NECESSITA DESSE TRATAMENTO URGENTE, PARA RETORNAR A DEAMBULAR, E NÃO AGRAVAR AINDA MAIS SEU QUADRO.

Alexsandra do Amaral Barbosa - ME
CNPJ 093559640001-27

Alexsandra do Amaral Barbosa Silva

Dr. Temístocles A. R. Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 7618 TEST 15/47

Dr. TEMISTOCLES DE ALMEIDA RIBEIRO FILHO
7618/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Scanned by CamScanner





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Caaporã

Processo nº 0801338-55.2019.8.15.0021

[ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

DESPACHO:

Vistos,

1. Tendo em vista o requerimento inserto na peça vestibular, bem como a declaração de hipossuficiência econômica acostada aos autos, **CONCEDO** os benefícios da assistência judiciária gratuita à parte promovente, o que faço com esteio nas disposições dos arts. 98 e 99, § 3º do CPC;

2. Considerando que a petição inicial preenche os requisitos essenciais e por não vislumbrar razões para a improcedência liminar do pedido, recebo mencionada peça e ordeno a citação do réu para comparecer à audiência de conciliação;

3. Agende-se a audiência;

4. Cite-se o réu observando a antecedência constante no art. 334, caput, do CPC;

5. Intime-se o autor para a audiência na pessoa de seu advogado. (art.334, §3º do CPC);

6. Conforme art. 334, § 9º, do CPC, consigne-se nos competentes mandados que, na audiência, as partes deverão estar acompanhadas de seus advogados ou de defensores públicos;

7. Advertam as partes que conforme estabelecido no art. 334, § 8º do CPC, o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor do Estado.

Cumpra-se.



Caaporã, data eletrônica

Luiz Eduardo Souto Cantalice

- Juiz de Direito -



**EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUÍZA DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE CAAPORÃ ESTADO DA PARAÍBA.**

Processo nº: 0801338-55.2019.8.15.0021

ANDRÉ GUEDES GONÇALVES, já devidamente qualificado nos autos em epigrafe, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu advogado devidamente constituído, requerer a juntada do **SUBSTABELECIMENTO COM** reservas.

Ainda, na oportunidade, requer que todos os atos e publicações alusivos ao feito sejam publicados em nome do seu patrono, o qual se encontra estabelecido profissionalmente na Rua: Nova, nº 535 - A, CEP: 55.9000-000 - Centro - Goiana/PE, sob pena de nulidade.

Termos em que,
Pede e Espera Deferimento.

Goiana-PE, 10 de março de 2020.

FLÁVIO RODRIGUES LIMA DA SILVA

OAB/PE 34.560



SUBSTABELECIMENTO

FLÁVIO RODRIGUES LIMA DA SILVA, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 34.560, com escritório profissional situado na Rua: Nova, nº 535 - A, CEP: 55.9000-000 - Centro - Goiana/PE, **SUBSTABELECE COM RESERVA DE PODERES** na pessoa de **DANILO RABÊLO GADÊLHA**, advogado, inscrito na OAB sob o nº 39.191, com escritório profissional situado na Rua: Cel. Ângelo Jordão, nº 51-A 1º and. CEP: 55.900-000 - Centro - Goiana/PE, os poderes conferidos por **ANDRÉ GUEDES GONÇALVES**, por meio do instrumento de mandato anexado nos autos do processo nº 0801338-55.2019.8.15.0021.

Caaporã/PB, 10 de março de 2020.

FLAVIO RODRIGUES LIMA DA SILVA
OAB/PE 34.560



CERTIDÃO DE CANCELAMENTO DE AUDIÊNCIAS

Considerando o disposto no art.11 do Ato Normativo Conjunto nº 002/2020, 003/2020 e 004/2020, do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, do Ministério Público do Estado da Paraíba, da Defensoria Pública do Estado da Paraíba e da Ordem dos Advogados do Brasil -Seccional Paraíba, que determinou o cancelamento das audiências até dia 30 de abril de 2020, e não havendo previsão de normalidade do funcionamento dos serviços forenses, até o momento, CERTIFICO que as audiências designadas encontram-se canceladas e sem previsão de abertura de pauta de audiências para redesignação de audiências canceladas ou designação de audiências em processos que aguardam cumprimento.

Sendo assim, faço conclusão dos autos à MM. Juíza de Direito, para novas determinações.

Dou fé.

Caaporã-PB, 16 de abril de 2020.

FERNANDA PORDEUS KITNER

Servidora





Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Comarca de Caaporã

DESPACHO

Vistos,

Defiro o pedido de habilitação retro. Cadastre o advogado junto ao sistema PJE.

Tendo em vista as medidas adotadas para a prevenção do contágio pelo Novo Coronavírus, deixo de designar audiência de conciliação prévia, o que normalmente seria feito por força do artigo 334 do CPC, sem prejuízo de eventual designação quando da volta à normalidade.

Isto porque a atuação situação excepcional não tem previsão de modificação e a designação de audiência seria providência que iria inviabilizar a marcha processual. Ciente da importância das práticas autocompositivas no deslinde das demandas, delibero:

1. cite-se o promovido para, alternativamente, oferecer proposta de acordo ou, na ausência de tal proposta, apresentar contestação no prazo legal, adaptando-se, assim, o rito processual à excepcionalidade que a atual conjuntura enseja.

2. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias, conforme os arts. 350 e 351 do NCPC, podendo a parte autora corrigir eventual irregularidade ou vício sanável no prazo de 30 (trinta) dias, nos termos do art. 352 do NCPC,

3. Após a apresentação da impugnação, ou esgotado o prazo, as partes devem especificar as provas que pretendem produzir, nos termos do art. 370 do NCPC, justificando-as, sob pena de indeferimento, conforme o art. 370, parágrafo único, do NCPC.



Caaporã, datado e assinado eletronicamente

Higyna Josita Simões de Almeida

Juíza de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
Vara Única de Caaporã

PROCESSO Nº 0801338-55.2019.8.15.0021

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]

AUTOR: ANDRE GUEDES GONCALVES
REU: ITAU SEGUROS S/A

CARTA DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 275 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: ITAU SEGUROS S/A
Endereço: Unibanco União de Bancos Brasileiros S.A._**, 891, Avenida Eusébio Matoso 891, Pinheiros, SÃO PAULO - SP - CEP: 05423-901
, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, nos termos do artigo 335 e seguintes, do CPC.

"Tendo em vista as medidas adotadas para a prevenção do contágio pelo Novo Coronavírus, deixo de designar audiência de conciliação prévia, o que normalmente seria feito por força do artigo 334 do CPC, sem prejuízo de eventual designação quando da volta à normalidade. Isto porque a atuação situação excepcional não tem previsão de modificação e a designação de audiência seria providência que iria inviabilizar a marcha processual. Ciente da importância das práticas autocompositivas no deslinde das demandas, delibero:

1. cite-se o promovido para, alternativamente, oferecer proposta de acordo ou, na ausência de tal proposta, apresentar contestação no prazo legal, adaptando-se, assim, o rito processual à excepcionalidade que a atual conjuntura enseja."

ADVERTÊNCIA: Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, serão presumidos como verdadeiros os fatos alegados contra ele(a).

CAAPORÃ-PB, 8 de agosto de 2020.



FERNANDA PORDEUS KITNER
Técnico Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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



CERTIDÃO

Certifico e dou fé que deixei de efetuar a citação, tendo em vista que o endereço fornecido no mandado é de outro estado, impossibilitando o cumprimento.

Amália Helena Malheiros Ribeiro

OFICIAL DE JUSTIÇA

Mat.:474.807-7





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Caaporã

Rua Salomão Veloso, S/N, Centro, CAAPORÃ - PB - CEP: 58326-000

Número do Processo: 0801338-55.2019.8.15.0021
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito]
Polo ativo: AUTOR: ANDRE GUEDES GONCALVES
Polo passivo: REU: ITAU SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que o expediente foi enviado através de Carta com AR.

CAAPORÃ, 17 de novembro de 2020
FERNANDA PORDEUS KITNER

