



Número: **0803219-45.2018.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **18/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 6918.75**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA
AUTOR	JUCELIO LIMA FERREIRA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17255 953	18/10/2018 12:06	Adm	Outros Documentos
17256 660	18/10/2018 12:06	Doc & Comprovante de Residencia	Outros Documentos
17256 674	18/10/2018 12:06	Procuração e Contrato	Outros Documentos
17256 687	18/10/2018 12:06	Declaração de Prop. Veiculo e Doc da moto	Outros Documentos
17256 699	18/10/2018 12:06	Bombeiros	Outros Documentos
17256 718	18/10/2018 12:06	B.O	Outros Documentos
17256 732	18/10/2018 12:06	Laudo Médico	Outros Documentos
17256 751	18/10/2018 12:06	Prontuario	Outros Documentos
17256 964	18/10/2018 12:06	Administrativo	Outros Documentos
18580 876	09/01/2019 16:51	Despacho	Despacho
19446 566	25/02/2019 14:26	Mandado	Mandado
19539 665	28/02/2019 15:47	Diligência	Diligência
19539 719	28/02/2019 15:47	bradesco seguros 229	Devolução de Mandado
20068 894	26/03/2019 14:08	Certidão de Decurso de prazo em 25/03/2019	Certidão de Decurso de prazo

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

IDENTIFICAÇÃO
VÍTIMA Jucelio Lima Ferreira
 DATA DO ACIDENTE _____
 CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LÉGAL, CUI PAIS/NETOS COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 N° _____ COMPLEMENTO _____ UF _____ BAIRRO _____ CEP _____
 CIDADE _____ TELEFONE () _____ E-MAIL _____

MARQUE OS PRAZOS PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS (INFERAS, FISCAIS, ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITARIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / PÉMPTO DE INDENIZAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM: JOS DADOS SÃO ANGAROS DAS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LÉGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LÉGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LÉGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOS REPRESENTANTE LÉGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS PODE SIR PAI OU MÃE**

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- NORTE** = R\$ 12.505,00
- INVALIDEZ PERMANENTE** = ATÉ R\$ 11.500,00. LOTE VAGA VAI NA CONF. 3000 E GRANDEZA 1000.
- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 11.500,00. LOTE VAGA VAI NA CONF. 3000 E GRANDEZA 1000.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REBOLEIRO ATÉ R\$ 2.700,00 (REBOLERO). ESTE VALOR VAI NA CONF. 3000 E GRANDEZA 1000.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO** É DE 30 DIAS CONTÁDOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE: WWW.DPVATSEGURUODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRATIS SAI DPVAT 0800 022 1204**
- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE** _____
 DATA _____
IDENTIDADE
 NOME _____
ASSINATURA 
- RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURO**

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**
- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LÉGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LÉGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LÉGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 - DADOS DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 - ORS, REPRESENTANTE LÉGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MÉNOR, DE 0 A 15 ANOS, INDE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JUCÉLIO LIMA FERREIRA

CPF da Vítima

059.344.134-65

Data do Acidente

12/08/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jucélio Lima Ferreira, 29 de Junho de 2018

Local e Data

Jucélio Lima Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DA1001 V001/2017

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 059.344.134-65	Nome completo da vítima JUCELIO LIMA FERREIRA
---------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JUCELIO LIMA FERREIRA	CPF titular da conta 059.344.134-65	Profissão DESPRECIVADO
Endereço RUA SÃO VICENTE	Número 1145	Complemento
Bairro IMACULADA	Estado PB	CEP 58309-040
Email		Telefone (DDD) 83 98630-1130

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

1911

CONTA

NRO.

100056546

D/V

3

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivá-lo o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Pedro, 29 de Junho de 2018

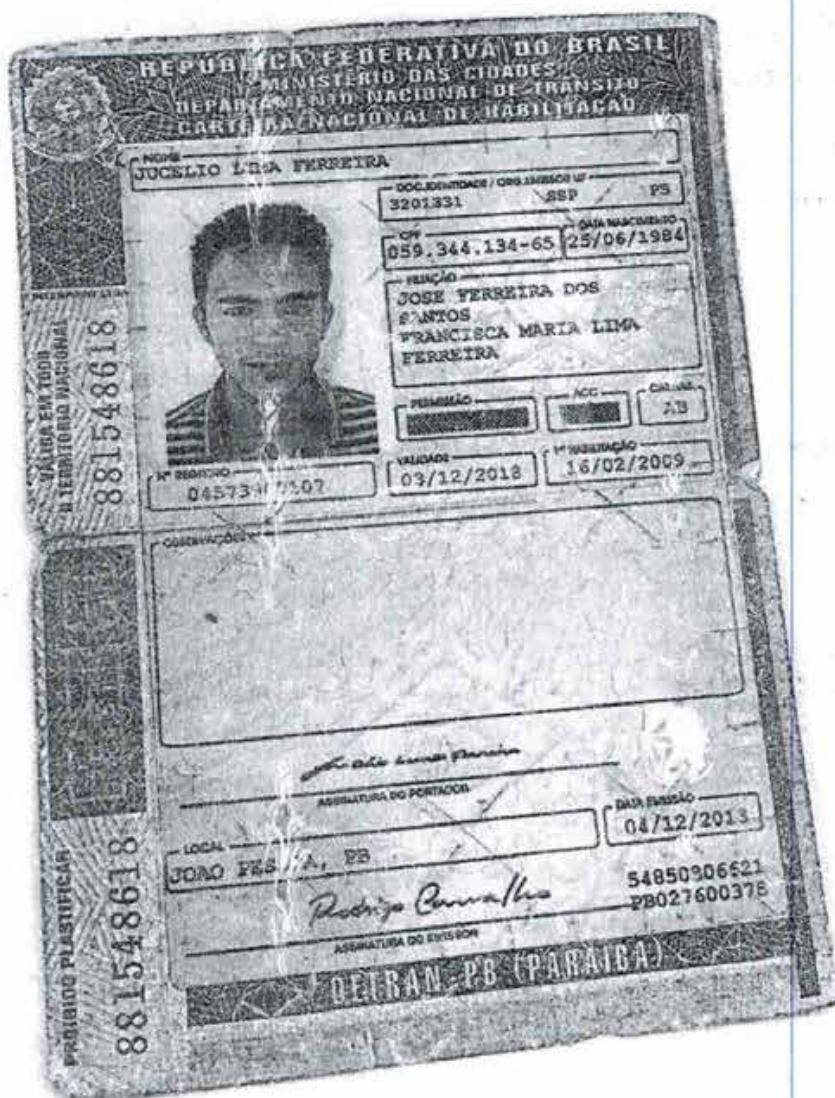
Local e Data

Jucelio Lima Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Scanned by CamScanner



CAGEPA

Nº Documento: 2018066146430

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOÃO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISMEC/ESTADUAL N° 165572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

ESCRITÓRIO BAYEUX

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
00614643.0

VENCIMENTO
08/07/2018

FATURA
06/2018

ÁGUA ESGOTO
LIGADO POTENCIAL

MATRÍCULA 00614643.0 CLIENTE FRANCISCA M. LIMA FERRIRA
INSCRIÇÃO 002.007.035.0700.000 ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA SÃO VICENTE, 127 - SÃO VICENTE BAYEUX PB 58309-010
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

CPF/CNPJ:

ÚLTIMOS CONSUMOS
05/2018 - 10 04/2018 - 10
03/2018 - 10 02/2018 - 10
01/2018 - 10 12/2017 - 10
ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA C.O. AUXILIAR
1 10 N 5 10

LEITURA CONSUMO CONSUMO/DIA
ANTERIOR ATUAL (M³) DIAS (M³)
10 N^oHm:

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADES CONSUMO DE AGUA		10 M ³	37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 3,51

TOTAL R\$ 37,91

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 05/2018

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	3,00	Cor Aparente	5,00	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro(mg/L)	1,50	P.H.	6,70	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido em: 29/06/2018

Emitido por: INTERNET



CAGEPA

MATRÍCULA
00614643.0INSCRIÇÃO
002.007.035.0700.000FATURA
06/2018NÃO RECEBER APÓS
31/07/2019

VENCIMENTO

08/07/2018

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 200

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010002-1 00614643001-9 06201870003-9



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Julio Lima Ferreira, brasileiro
(a), solteiro (a), RG 3.203.331, CPF 059.344.334-65, residente e
domiciliado na Rua São Vicente, 3345, Bayeux.

OUTORGADOS: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065 com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Centro, CEP 58040-440, João Pessoa- PB.

PODERES: São conferidos aos outorgados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia et extra", para representá-lo em repartições públicas federais, autarquias e especialmente perante Cartórios de Notas, tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e quaisquer documentos que se façam necessários judicial ou extrajudicialmente, pleitear extrajudicialmente inventário e administrativamente lançamento de ITCMD sobre acervo patrimonial, bem como emissão de certidões, guias de pagamento, dentre outras, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal, propor ação, defesa, recursos e quaisquer medidas judiciais que permitam o fiel cumprimento do mandato, como levantamento de valores por alvará judicial, seguindo-a até o final, sendo expressamente autorizados os outorgados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, sacar e levantar valores, dando quitação plena e irrevogável, agindo tudo em conjunto ou separadamente autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem.

DECLARAÇÃO: O outorgante DECLARA, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, do art. 99 §3º e §4º da Lei Federal nº 13.105/15, dando tudo por bem, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 04 de Outubro de 2017.

Julio Lima Ferreira
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: Jucélio Bima Ferreira, brasileiro (a),
sóteiro (a), RG 3201331, CPF 05934413465, residente e domiciliado na
R. São Vicente, 1145, Bajue.

CONTRATADOS: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065 com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Torre, CEP 58013-420, João Pessoa- PB.

CLÁUSULA PRIMEIRA: As partes contratantes outorgam desde já o caráter de título executivo ao presente instrumento, e elegem o foro desta Capital, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir toda e qualquer questão advinda do mesmo.

CLÁUSULA SEGUNDA: Como remuneração aos serviços profissionais ora contratados, o CONTRATANTE obriga-se a pagar, ao CONTRATADO, os honorários advocatícios o percentual de 30% (Trinta por cento) dos valores aferidos em razão do êxito da ação.

Parágrafo único: Em caso de desistência ou arquivamento por culpa do cliente, serão devidos honorários no valor de dois salários mínimos vigentes da data da assinatura do contrato, por audiência ou por processo desistido.

CLÁUSULA TERCEIRA: O objeto do presente contrato se destina a assessoria jurídica para a obtenção do SEGURO DPVAT, podendo o contratado propor ação judicial para obtenção do seguro, como também requerer administrativamente.

E, por estarem de acordo, firmam o presente contrato, diante de 02 (duas) testemunhas, para que surta os efeitos legais.

João Pessoa / PB, 04 de Outubro de 2017.

Jucélio Bima Ferreira
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JONYS BATISTA ESTRELA

RG nº 05813775332, data de expedição 30/06/14,
Órgão DETRAN-PB, portador do CPF nº 009.323.184-95, com
domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de
PARÁBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Vicente, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jucelio Lima Ferreira, cujo o condutor era
Jucelio Lima Ferreira.

Veículo: YAMAHA LANDER XT2250

Modelo: 2010

Ano: 2010

Placa: NQA4456-PB

Chassi: 9L6KG021040042506

Data do Acidente: 12/08/17

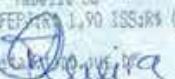
Local e Data: João Pessoa, 26 de Junho de 2018



Xonys Batista Estrela

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 Santiago Pereira SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL	<p>Av. Liberdade, 3235 - Bairro Parába - CEP: 58010-000 Fone: (83) 3232-4786</p> <p>RECONHECIMOS, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de(s): JONYS BATISTA ESTRELA</p> <p>É a testada verdade, Bayeux-PB 08/02/2018 12:32:44 Isabel Cristina Santiago de Britto Pereira - Tabelião de Fazenda - 001381 Tabel. 18 43 FAFPEH/RN 0-28 FER/18 1.90 ISS/RN 0-47 SELO DIGITAL: 40009046-CAW</p> <p>Confira a autenticidade em https://selodigital.tabelionato18.com.br</p> 
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 012824884187	
VIA: COO RENAVAN 20160000487911-8 EXERCÍCIO: 0021771199-5 00/00000000 2016	
NOME: JONYS BATISTA ESTRELA	
CPF/CNPJ: 01932318495 PLACA: NOA4456/PB	
LACRA ÁNT/UF: NOVO/PB CHASSI: 9C6KG0210A0042506	
ESPECIE TIPO: PAS/MOTOR/CLE/NAO DÍLIC: GASOLINA	
MARCA/MODELO: YAMAHA/LANDER XTZ250 ANO FAB: 2010 ANO MUL: 2010	
CAP/POT/CIL: 2 P/249 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA	
COTA UNICA: IPVA PAGO EM: 08/11/2016 VENC. COTA UNICA: 1º	
FADA IPVA: ***** PARCELAMENTO/COTAS: 2º	
***** 0 3º	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): ***** IOF (R\$): 0 PRÉMIO TOTAL (R\$): 0 DATA DE PAGAMENTO: 05/07/2016	
OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
LOCAL: BAYEUX-PB DATA: 17/11/2016	
VALOR: 19,99 Selo: [Redacted] NÚMERO: 40886	

Scanned by CamScanner



VISTO EM: 32/04/2018

P. *Hugo Ezequiel Batista*
Comandante do BAPB
Hugo Ezequiel Batista - Mat. 522.846-9

Mat. 522.846-9

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 19 de Março de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0123/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 12/08/2017, conforme requerimento nº 126/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 22h49min o/a Sr.(a) **JUCELIO LIMA FERREIRA**, CPF Nº 059.344.134-65, vítima de acidente de trânsito (queda de moto), ocorrido na Av Marechal Rondon, Auto da Boa Vista – Bayeux/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA**, Matrícula 520.037-7. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com suspeita de fratura de fêmur e escoriações no membro superior. Que a pós os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

[Signature]
J. M. ARMESON DIEGO A. DE SOUSA
7-TEH - MAT. 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB.
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbs@bombeiros.pb.gov.br

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00225.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00225.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:55 horas do dia 01 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jucelio Lima Ferreira**, CPF nº 059.344.134-65, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Auxiliar de Serviços Gerais, filho(a) de Francisca Maria Lima Ferreira e José Ferreira dos Santos, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 25/06/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Vicente, Nº 1145, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Campo da Sandra, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98790-7014.

Dados do(s) Fatos:

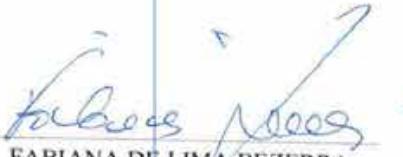
Local: Av. Marechal Rondon, Ladeira do Aeroporto, Bayeux/PB, bairro Jardim Aeroporto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/08/17 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA/LANDER XTZ250, PRETA, 2010/2010, PLACA NQA4456/PB, CHASSI 9C6KG0210A0042506, registrada em nome de JONYS BATISTA ESTRELA, quando foi atingido no pneu dianteiro por um CARRO CELTA, BRANCO, PLACA NÃO IDENTIFICADA, quando o mesmo lhe ultrapassou, vindo em decorrência a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TÉRCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 16.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 01 de fevereiro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JUCELIO LIMA FERREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 00225.01.2018.1.00.420



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 1020153 e PRONTUÁRIO nº 52734

PACIENTE: JUCELIO LIMA FERREIRA

DATA DE NASCIMENTO: 25.06.84

Data e Hora do Atendimento: 12.08.17

Horário: 23:31h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor e dificuldade de movimentação do membro inferior esquerdo. Atendido pelo Dr. Roberto Cavalcanti Ciraulo Junior CRM 4087, Dr. Luiz Portela CRM 6867, Dr. Gustavo F. Mendonça CRM 6738.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO COLO DO FEMUR CID 10 S 72 0

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx de tórax AP e Perfil, Rx da coxa esquerda AP e Perfil, Rx da perna esquerda AP e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 25.09.17 com artroplastia total do quadril com retirada de material de síntese e tratamento cirúrgico de pseudoartrose do trocânter maior do fêmur.

ALTA HOSPITALAR: 03.10.17

Data da Emissão: 16.01.18

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.



Identificação do paciente					
ID 252904	Nome JUCELIO LIMA FERREIRA			Sexo Masculino	
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33 anos 9 meses 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 52734	
Mãe FRANCISCA MARIA LIMA FERREIRA				Pai JOSE FERREIRA DOS SANTOS	
Escolaridade				Responsável (Parentesco) A ESPOSA - GISELE KALYANE RODRIGUES - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987864822			DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3201331				Nº Cns 708005368239327
Local de procedência BAYEUX				Type MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade BARRA DE SANTA ROSA			CBO/R	
Endereço					
CEP 58309010	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro SAO VICENTE		
Número 1145	Complemento		Bairro IMACULADA		
Admissão					
Data e Hora 12/08/2017 23:31:25	Número da pulseira 1000006194115			Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clínica	
Classificação de risco				Origem do paciente RODOVIA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não		
Meio de transporte CORPO DE BOMBEIROS				Quem transportou	
Sinais Vitais					
PA X	mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos					
Diagnóstico					
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA					
<input type="button" value="Imprimir"/>					



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jacilis Ximena Ferreniz

F(NG) ENE 018-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



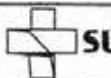
BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jucelio Lima Ferreira

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
23/09/17	10:00	<p>Psicologia</p> <p>Paciente no momento evolu consciente, orientado, emocionalmente estável, sem queixas.</p> <p>Realizado aper. psicológico.</p> <p>Maria Alice Vieira D. de Lima Psicóloga Clínica Cognitivo-Comportamental Especialista em Neuropsicologia CRP 13/6167</p>
27.09.17	10.20	<p>Psicologia</p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Sem queixas no momento.</p> <p>Luiz Guterberg Teixeira PSICÓLOGO 5023/13</p>

F(NG).ENF.018-1

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES		
<i>Atrop</i>				
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES		
<i>Atrop</i>				
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N.º DO PRONTUÁRIO		
<i>Jucelio Leima Ferreira</i>		<i>1020153</i>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
		/ / / /		<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DE TELEFONE		
		000		1
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF	16 - CEP
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTDE
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTDE
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTDE
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>(TM) 01 Calota Mit. pl acetabulo Micro 52 mm 01 Liner pl acetabulo Micro 30 mm 01 Tabaco Int. 2010 longo 28 mm 01 Parafuso espinhoso 25 mm 01 Parafuso espinhoso 35 mm 01 Haste Femoral 10 mm</i>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
41 - DOCUMENTO		42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO SONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				<i>[Assinatura]</i>
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
47 - DOCUMENTO		48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				



RELATÓRIO DE CIRURGIA

MEETSHL

Nome: Lucas Vinícius Fiuza

Idade: 52 Sexo: Masculino Feminino

01/01/17

Clínica/Setor: Ortoped EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Artrodeses total da quadril esquerda + RRS +
+ trat. cirúrgico pseudartrose do trocânter menor

Cirurgião: Dr. Gustavo 1º Assistente: Dr. Anna

2º Assistente: Dr. Bureto 3º Assistente: Dr. Bento

Instrumentador: João Batista

Tipo de Anestesia: Raizal + geral Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Pseudartrose do trocânter maior</u>	
<u>+ Síndrome celo do fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Artrodesis Total da quadril +</u>	
<u>RRS. Fim + trat. cirúrgico da</u>	
<u>pseudartrose do trocânter maior</u>	
<u>do fêmur</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedista

João Pessoa, 25/09/17

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1

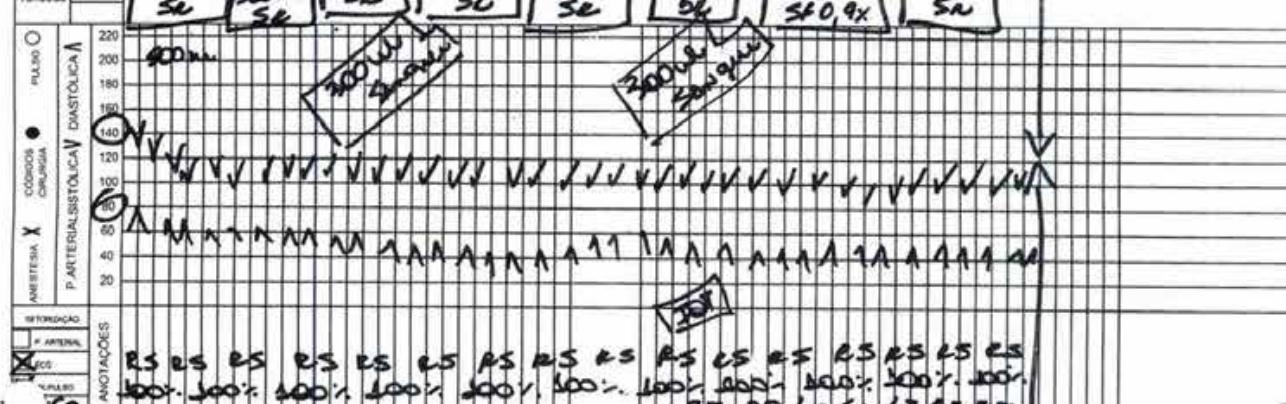
Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE:		Juélia Lima Ferreira		1020153				
IDADE:	53	SE:	FRONTEIRÃO	ENFERMAGIA	LEITO			
CIRURGIA:	Fract. Col. fêmur / Protese, Total + Retinada Natura de Cintre.							
CRURGIAO:	Dr. Gustavo							
ANESTESIA:	Narco							
ANESTESISTA:	Dr. José + Valéria							
INSTRUMENTADOR:	Juélia Santos + Everton							
DATA:	25/9/17	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	09:05	CIRURGIA: INÍCIO:	15:20			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)								
ASA 1 (SA 2)	ASA 2 (SA 3)	ASA 3 (SA 4)	ASA 4 (SA 5)					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA								
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	MATERIAIS CONT.		QTD.	FIOS	QTD.	
ALFENTANILA			JELCO N°18			FIOS CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1		JELCO N°20			FIOS CAT GUT CROMADO N°		
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO N°22			FIOS DE AÇO N°		
CETAMINA			JELCO N°24			FIOS DE AÇO N°		
DROPERIDOL			KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°			FIOS DE NYLON N°		
ETOMIDATO			SOLUÇÕES		QTD.	FIOS DE NYLON N°		
FENOBARBITAL			ALCOOL ETÍLICO 70%		1	LÂMINA BISTURI N°11		
FENTANILA	1		PVPI DEGERMANTE		1	LÂMINA BISTURI N°15		
FLUMAZENIL			PVPI TINTURA		1	LÂMINA BISTURI N°23		
ISOFLURANO			PVPI TÓPICO			LÂMINA BISTURI N°24		
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			SABÃO ANTISÉPTICO			LÂMINA DE DERMATOMO		
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			MATERIAIS		QTD.	LÂMINA DE ENXERTO		
LIDOCÁINA C/ VASO			AGULHA 13X4,5			LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		
LIDOCÁINA S/ VASO			AGULHA 25X07		1	LUVA ESTÉRIL N°7,0		
MIDAZOLAN	1		AGULHA 25X08		1	LUVA ESTÉRIL N°7,5		
MORFINA 0,2mg	1		AGULHA 40X12		1	LUVA ESTÉRIL N°8,0		
NIMBUIM			AGULHA PERIDURAL N°16			LUVA ESTÉRIL N°8,5		
RANCURÔNIO			AGULHA PERIDURAL N°17			MÁSCARA CIRÚRGICA		
PETIDINA			AGULHA PERIDURAL N°18			MULTIVIAS		
PROPOFOL	1		AGULHA RAQUI N°25G			PERFURADOR DE SORO		
RAMIPENTANILA			AGULHA RAQUI N°26G			SCALP N°19		
ROCURÔNIO			AGULHA RAQUI N°27G			SCALP N°21		
SEVOFLURANO	1		ALGODÃO ORTOPÉDICO			SERINGA 3ML		
SUXAMETÔNIO			ATADURA DE CREPOM		1	SERINGA 5ML		
TIOPENTAL			ATADURA GESSADA			SERINGA 10ML		
MEDICAÇÕES	QTD.		BOLSA P/ COLOSTOMIA			SERINGA 20ML		
ADRENALINA			CÂNULA P/TRAQUEOSTOMIA N°			SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		
ÁGUA DESTILADA	1		CATETER DE OXIGÉNIO			SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		
ATROPINA	1		CATETER EMBOLE C ARTERIAL N°			SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		
BEXTRA			CATETER EPIDURAL N°16			SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		
CEFAZOLINA 2g	1		CATETER EPIDURAL N°17			SONDA FOLEY 2VIAS N°12		
DEXAMETAZONA	1		CATETER EPIDURAL N°18			SONDA FOLEY 2VIAS N°14		
DIPRORINA SÓDICA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		1	SONDA NASOG. CURTA		
EFEDRINA	1		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		1	SONDA NASOG. LONGA		
EUROSEMIDA			COMPRESSAS CIRÚRGICAS		1	SONDA URETRAL N°		
GLUCOSE 10% Clidamín	1		COMPRESSAS CIRÚRGICAS			TORNEIRINHA		
GLUCONATO DE CALCIO			DRENO DE PENROSE			TUBO ENDOTRAQUEAL N°		
HIDROCORTISONA			DRENO DE SUCÇÃO			TUBO ENDOTRAQUEAL N°		
LIDOCÁINA GELÉIA			ELETRODOS		1	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		
ONDASENTRÔNA	1		EQUIPO MACROGOTAS		1	TUBO SILICONE (LATEX)		
PLASIL			EQUIPO TRANSF. SANGUE		1	6TB Cm 20-5	01	
PROSTIGMINE	1		EQUIPO MICROGOTAS			6TB Cm 20-5	01	
PROTANINA Relefan			ESPONJA DE PVPI		1	FIOS	QTD.	
TENOXICAN			ESPARADRAPO		1	FIOS	QTD.	
			GAZES		1	FIOS ALGODÃO S/A N°		
			GAZES ALGODOADAS		1	FIOS ALGODÃO S/A N°		
			GEL ELETROLÍTICO		1	FIOS ALGODÃO C/A N°		
			JELCO N°14			FIOS de aço	QTD.	
			JELCO N°16					
035: Rhinoscopy material de punção = = 03 parafusos + em place lange 0109 Fluor.						Lentes CIRCUULANTE Téc Endoscopia COREN 101052		
						FINGLASCIR 021-2		

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 25/09/17

PRONTUÁRIO: 102-0153

PACIENTE: <u>Jucálio Lima Ferreira</u>			SEXO: <u>M</u>	COR: <u>BR</u>	IDADE: <u>33 anos</u>																																																																		
PRESSÃO ARTERIAL <u>130x80</u>	PULSO <u>82</u>	RESPIRAÇÃO <u>12</u>	TEMPERATURA <u>36,5</u>	PESO <u>70</u>	GRUPO SANGUÍNEO																																																																		
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	RISCO CIRURGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO																																																																						
EXAMES COMPLEMENTARES <u>VER PRONTUÁRIO 1.</u> <u>Hematograma</u> & <u>BIPROMA</u>																																																																							
AP. RESPIRATÓRIO <u>NV+O2 ambas fontes</u>	AP. CIRCULATÓRIO <u>ok</u>																																																																						
AP. DIGESTIVO <u>Enjóy</u>	ESTADO MENTAL <u>Orientado</u>		DROGAS EM USO																																																																				
PRÉ-ANESTÉSICO <u>banhado + fentanyl EV</u>	ESTADO FÍSICO (ASA) <u>II</u>																																																																						
DOSE/HORA <u>banhado + fentanyl EV</u>																																																																							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de colo da tibia (E)</u>																																																																							
CIRURGIA REALIZADA <u>Retirada de material de síntese + prótese total de quadril</u>																																																																							
CIRURGÃO <u>Dra. Gisele</u>	AUXILIARES <u>Dra. Renata</u>																																																																						
INÍCIO DA ANESTESIA <u>10:00h</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>15:00h</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>5h</u>																																																																				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R\$																																																																				
ANESTESISTA <u>Dra. Japa Ferreira</u>	CPF		CRM-PB																																																																				
<table border="1"> <tr> <td><u>1000ml</u></td> <td><u>12:00h</u></td> <td><u>13:00h</u></td> <td><u>14:00h</u></td> <td><u>15:00h</u></td> </tr> <tr> <td><u>O2</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>N2O</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LÍQUIDOS VENOSOS</td> <td><u>500ml</u> <u>se</u></td> <td><u>500ml</u> <u>se</u></td> <td><u>500ml</u> <u>se</u></td> <td><u>500ml</u> <u>se</u></td> <td><u>500ml</u> <u>se, 0,9%</u></td> </tr> </table>						<u>1000ml</u>	<u>12:00h</u>	<u>13:00h</u>	<u>14:00h</u>	<u>15:00h</u>	<u>O2</u>					<u>N2O</u>					LÍQUIDOS VENOSOS	<u>500ml</u> <u>se</u>	<u>500ml</u> <u>se</u>	<u>500ml</u> <u>se</u>	<u>500ml</u> <u>se</u>	<u>500ml</u> <u>se, 0,9%</u>																																													
<u>1000ml</u>	<u>12:00h</u>	<u>13:00h</u>	<u>14:00h</u>	<u>15:00h</u>																																																																			
<u>O2</u>																																																																							
<u>N2O</u>																																																																							
LÍQUIDOS VENOSOS	<u>500ml</u> <u>se</u>	<u>500ml</u> <u>se</u>	<u>500ml</u> <u>se</u>	<u>500ml</u> <u>se</u>	<u>500ml</u> <u>se, 0,9%</u>																																																																		
																																																																							
<input type="checkbox"/> PULSO <input checked="" type="checkbox"/> CORDOIS CIRURGIA <input type="checkbox"/> DIASTÓLICA <input checked="" type="checkbox"/> P. ARTERIAL SISTÓLICA <input type="checkbox"/> ANESTESIA <input type="checkbox"/> RETORNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> P. ARTERIAL <input type="checkbox"/> PULSO <input checked="" type="checkbox"/> CO ₂ ANOTADORES																																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS																																																																							
TECNICA <table border="1"> <tr> <td>LÍQUIDOS</td> <td>VOLUME ml/ml</td> <td colspan="4">MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO</td> </tr> <tr> <td>GLICOSE</td> <td>1</td> <td colspan="4">Bupivacaina 20mg p/ Regia</td> </tr> <tr> <td>NACL</td> <td>2</td> <td colspan="4">Metilico 50mg</td> </tr> <tr> <td>SANGUE</td> <td>3</td> <td colspan="4">Oxigodolina 4g</td> </tr> <tr> <td>RINGER</td> <td>4</td> <td colspan="4">Alvanetacaina 10mg } EJ</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>5</td> <td colspan="4">Ondansetron 8mg } 15</td> </tr> <tr> <td>DÉSTINO DO PACIENTE</td> <td>6</td> <td colspan="4">Glicinâmica 600mg } 16</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMADA</td> <td>7</td> <td colspan="4">Cetriptilina 15 } 17</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA</td> <td>8</td> <td colspan="4">Pocacain 20mg } 18</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> <td>9</td> <td colspan="4">Tropofol 200mg } 19</td> </tr> <tr> <td></td> <td>10</td> <td colspan="4">Fentanyl 0,50mg } 20</td> </tr> </table> <p><i>Assinatura do anestesista: Dr. DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA</i></p>						LÍQUIDOS	VOLUME ml/ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				GLICOSE	1	Bupivacaina 20mg p/ Regia				NACL	2	Metilico 50mg				SANGUE	3	Oxigodolina 4g				RINGER	4	Alvanetacaina 10mg } EJ				TOTAL	5	Ondansetron 8mg } 15				DÉSTINO DO PACIENTE	6	Glicinâmica 600mg } 16				<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMADA	7	Cetriptilina 15 } 17				<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA	8	Pocacain 20mg } 18				<input type="checkbox"/> OUTROS	9	Tropofol 200mg } 19					10	Fentanyl 0,50mg } 20			
LÍQUIDOS	VOLUME ml/ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO																																																																					
GLICOSE	1	Bupivacaina 20mg p/ Regia																																																																					
NACL	2	Metilico 50mg																																																																					
SANGUE	3	Oxigodolina 4g																																																																					
RINGER	4	Alvanetacaina 10mg } EJ																																																																					
TOTAL	5	Ondansetron 8mg } 15																																																																					
DÉSTINO DO PACIENTE	6	Glicinâmica 600mg } 16																																																																					
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMADA	7	Cetriptilina 15 } 17																																																																					
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÉNCIA	8	Pocacain 20mg } 18																																																																					
<input type="checkbox"/> OUTROS	9	Tropofol 200mg } 19																																																																					
	10	Fentanyl 0,50mg } 20																																																																					
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES <p><i>Técnica: Paciente monitorizado. Submetido à venoclise tránea em MSO, feito anestesia i.v. anestesia da região lombosacral + sacral. Foi realizada traqueal intubada n.º 26, Fimbra 13/14, laringe clara, grau sensacional. feito pré oxigenação com 100% O₂ e laringoscopia e intubação n.º 10 com tubo n.º 5, conexões à VM do Aparelho de anestesia e monitor com seu lemnisco; efeito sedativo.</i></p>																																																																							
ASSINATURA DO ANESTESISTA: <u>DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA</u> F. INGLASDR.026-1																																																																							



1 - RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Uso de + Antisseptico + Preparo da
cavidade estéril
- Paciente em decúbito lateral esquerda

Incisão:

Via de acesso posterior: fáscia
+ Via da carne posterior
+ Distal da carne distal

Achados:

- Pseudarthrose troncular maior
de forma
- Canal perineal fechado

Conduta:

- Realizado hincapé + palpação da
anatomia

- Soproto de acetabulo não eretilico
n. 50 + 03 parafusos acetabulares
+ Uso em paciente n. 50 x 23
- Realizado abordagem da 3 parafusos
acetabulares + 01 placa DCP de ferro
- Realizado hincapé da carne proximal
+ introdução de 01 hincapé n. 50 x 10

Fechamento:

- Realizado cirurgia de hincapé
anterior + reabilitação do quadril D
+ Sutura de estabilização
fechamento por placas

Observação:

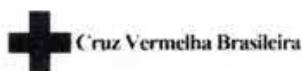
Retirada de cera

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedista

João Pessoa, 25/09/11

Médico/CRM:

F(NG)ASCIR.009-1



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JUCELIO LIMA FERREIRA	BAE 1020153	Data/Hora Entrada 12/08/2017 23:31:25	Data Baixa
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Mãe FRANCISCA MARIA LIMA FERREIRA			
Endereço SÃO VICENTE, 1145	Bairro IMACULADA	Município BAYEUX	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CAVALCANTI CIRAUOL JUNIOR	Nº Cons. Regional 4087/PB
Data/Hora Classificação 12/08/2017 23:31:25		Data/Hora Prescrição 12/08/2017 23:50:05	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO(SIC). TRAZIDO PELO RESGATE. AO EXAME: TÓRAX E ABDÔMEN SEM ALTERAÇÕES. CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, EUPNEICO, ACIANÓTICO, DOR E DIFICULDADE AO MOVER O MIE.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA) *COXA ESQUERDA*

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
S72.0	Fratura do colo do fêmur

Conduta

Em observação

Roberto Cirauol Junior

Cirurgia Geral

CRM 4087

**ROBERTO CAVALCANTI CIRAUOL JUNIOR
(4087/PB)**

JUCELIO LIMA FERREIRA



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel: 8332165700

Impresso por: JOAO
HENRIQUE ARRUDA
RAMALHO
Em: 18/08/2017 13:10:36

Paciente JUCELIO LIMA FERREIRA	Boletim de Atendimento 1020153	Data/Hora Entrada 12/08/2017 23:31:25	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 5d 2h 43min		Convênio SUS	Prontuário 52734

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 18/08/2017 13:10:30)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

FRAT COLO DO FEMUR
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, COM EXAMES PRÉ OP OK
AGUARDA RISCO CIRÚRGICO.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149

*João Henrique Ramalho
Ortopedia
Artroscopia do Ombro
CRM 7149 / TEOF 1374*



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 17/08/2017 12:01:54

Paciente JUCELIO LIMA FERREIRA	Boletim de Atendimento 1020153	Data/Hora Entrada 12/08/2017 23:31:25	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 4d 1h 34min		Convênio SUS	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (EDSON DELGADO TINOCO - 17/08/2017 11:22:33)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRAT COLO DO FEMUR
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, COM EXAMES PRÉ OP OK
AGUARDA RISCO CIRÚRGICO.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142


Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA MÃO E MICROCURGIA
Nº Conselho 7142



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente JUCELIO LIMA FERREIRA	Boletim de Atendimento 1020153	Data/Hora Entrada 12/08/2017 23:31:25	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 21h 33min		Convênio SUS	Prontuário 52734
			Plantão DIURNO

Impresso por: TORIBIO
GOMES PEREIRA
Em: 15/08/2017 08:00:51

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TORIBIO GOMES PEREIRA - 15/08/2017 08:00:36)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

FRAT COLO DO FEMUR
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, AGUARDA EXAMES.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: TORIBIO GOMES PEREIRA

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6350

Número Conselho: 6350



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senator Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 14/08/2017 07:45:31

Paciente JUCELIO LIMA FERREIRA	Boletim de Atendimento 1020153	Data/Hora Entrada 12/08/2017 23:31:25	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 21h 18min		Convênio SUS	Prontuário 52734

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 14/08/2017 07:45:26)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, AGUARDA EXAMES.

ação: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Jucelmo Lima Ferreira
BE: 1030153

II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12 - Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02(dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal** os profissionais da saúde do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 19/08/2017

Paciente – RG

29111 Kallione R. Nascimento 3127487

Representante Legal – RG

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB

ACESSIBILIDADE

[/Pages /Acessibilidade.aspx](#)

[/Pages /Atalhos-de- /CorpoPedimento.aspx](#)

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages /Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](#)

[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages /Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)

[Documentos Morte \(/Pages /Documentacao-Morte.aspx\)](#)

[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages /Pague-Seguro.aspx\)](#)

[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages /Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)

[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

ACOMPANHE O PROCESSO

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

SINISTRO 3180305060 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JUCELIO LIMA FERREIRA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial.
BENEFICIÁRIO JUCELIO LIMA FERREIRA
CPF/CNPJ: 05934413465

Posição em 18-10-2018 11:20:47
 Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado ao seu banco. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor é porque o pagamento já foi liberado.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/10/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
04/10/2018	Interrupção de Prazo	Download
17/07/2018	Exigência Documental	Download
13/07/2018	Aviso de Sinistro	Download



**Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Bayeux**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0803219-45.2018.8.15.0751

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuitade da justiça

Cite para contestar

BAYEUX, 9 de janeiro de 2019.

Juiz(a) de Direito

**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª VARA MISTA DE BAYEUX**

Av. Liberdade, 900, CEP: 58.306-001, Baralho, Bayeux - PB, TEL: (83)3232-3250.

MANDADO DE CITAÇÃO

Processo nº**0803219-45.2018.8.15.0751**

AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

Nome: JUCELIO LIMA FERREIRA

Endereço: R SÃO VICENTE, 127, IMACULADA, BAYEUX - PB - CEP: 58309-040

O MM. Juiz de Direito Titular desta 2ª Vara Mista de Bayeux, manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este mandado, CITE o(a) representante do(a) réu(ré) **BRADESCO SEGUROS S/A, no endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131**, que disporá do **prazo de 15 (quinze) dias** para oferecer defesa, sob pena de serem aceitos como verdadeiros, os fatos alegados pelo(s) promovente(s) na Petição Inicial.

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

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	1810181204383470000001680
Adm	Outros Documentos	1810181138176510000001680
Doc & Comprovante de Residencia	Outros Documentos	1810181154250090000001680
Procuração e Contrato	Outros Documentos	1810181154427300000001680
Declaração de Prop. Veiculo e Doc da moto	Outros Documentos	1810181155070780000001680
Bombeiros	Outros Documentos	1810181155247220000001680
B.O	Outros Documentos	1810181155466010000001680
Laudo Médico	Outros Documentos	1810181156071100000001680
Prontuario	Outros Documentos	1810181156419630000001680
Administrativo	Outros Documentos	1810181202215460000001680
Despacho	Despacho	1901091651565580000001808

Bayeux/PB, 25 de fevereiro de 2019.

ANA PAULA COSTA DE CASTRO PARANHOS FERREIRA

Servidor(a)

CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins que dei inteiro cumprimento ao presente mandado. Dou fé.

BAYEUX

28 de fevereiro de 2019

JOAO FERREIRA DA LUZ JUNIOR

54

PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª VARA MISTA DE BAYEUX

Av. Liberdade, 900, CEP: 58.306-001, Baralho, Bayeux - PB, TEL: (83)3232-3250.

MANDADO DE CITAÇÃO

Processo nº 0803219-45.2018.8.15.0751

AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

Nome: JUCELIO LIMA FERREIRA

Endereço: R SÃO VICENTE, 127, IMACULADA, BAYEUX - PB - CEP: 58309-040

O MM. Juiz de Direito Titular desta 2ª Vara Mista de Bayeux, manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este mandado, CITE o(a) representante do(a) réu(ré) **BRADESCO SEGUROS S/A**, no endereço: **PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131**, que disporá do prazo de 15 (quinze) dias para oferecer defesa, sob pena de serem aceitos como verdadeiros, os fatos alegados pelo(s) promovente(s) na Petição Inicial.

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

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	18101812043834700000016803224
Adm	Outros Documentos	18101811381765100000016804070
Doc & Comprovante de Residencia	Outros Documentos	18101811542500900000016804747
Procuração e Contrato	Outros Documentos	18101811544273000000016804761
Declaração de Prop. Veiculo e Doc da moto	Outros Documentos	18101811550707800000016804774
Bombeiros	Outros Documentos	18101811552472200000016804784
B.O	Outros Documentos	18101811554660100000016804801
Laudo Médico	Outros Documentos	18101811560711000000016804815
Prontuario	Outros Documentos	18101811564196300000016804833
Administrativo	Outros Documentos	18101812022154600000016805039
Despacho	Despacho	19010916515655800000018081739

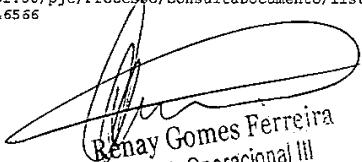
Bayeux/PB, 25 de fevereiro de 2019.

ANA PAULA COSTA DE CASTRO PARANHOS FERREIRA

Servidor(a)

 Assinado eletronicamente por: ANA PAULA COSTA DE CASTRO PARANHOS FERREIRA
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
 ID do documento: 19446566


 19022514262299500000018922598


 Renay Gomes Ferreira
 Assist. Operacional III
 83371 SUC, João Pessoa/PB
 27/02

1 of 1

27/02/2019 08:23

CERTIDÃO

Certifico que **decorreu** o prazo legal em 25/03/2019, sem manifestação da parte promovida, apesar de devidamente citada.

BAYEUX

26 de março de 2019

ANA PAULA COSTA DE CASTRO PARANHOS FERREIRA