



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(s) : ERIVAN BATISTA DA SILVA, brasileiro, solteiro, cozinheiro, RG 1.909.849 SSP/PB, CPF 022.951.784-60, residente e domiciliado na rua compositor Ary Barroso, 22 - Alto do Mateus - João Pessoa/PB - CEP 58.090-780.

OUTORGADO(s) : O bel: DIÓGENES PSAMÉTICO FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PB 14.348 e DIÁGORAS RANIÈRE FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA, brasileiro, solteiro, estagiário, OAB/PB 10.485-E, ambos com escritório profissional na rua Des. Souto Maior, 46 sala 05 Ed. Dunas Centro - João Pessoa/PB, CEP: 58.013-190 - Fones: (83) 3043.8986, 8848.0017.

PODERES : Os da cláusula *ad et extra iudicia*, para o foro em geral podendo representar o(s) outorgante(s) em qualquer juízo ou tribunal e/ou Polícia Militar da Paraíba, Caixa Beneficente da Polícia Militar da Paraíba, em ação ou demanda em que o(s) mesmo(s) seja(m) autor(es), réu(s) opONENTE(S) ou de algum modo interessado(s), podendo para tanto, ditos procuradores, ajuizar, constar e desistir de demandas ou ações; a tudo requerendo, declarando, propondo, transigindo e confessando; firmar termos de compromissos, acordos, bem como receber Alvará, seguros por morte, com atuação conjunta ou em separado, podendo inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

João Pessoa/PB, 17 de maio de 2017.

OUTORGANTE

---

Rua Desembargador Souto Maior | Nº46 | Edifício Dunas  
Sala 05 | Centro | João Pessoa/PB | CEP: 58013-190



Assinado eletronicamente por: DIOGENES PSAMETICO FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA - 27/06/2017 08:25:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1706270819428030000008262480>  
Número do documento: 1706270819428030000008262480

Num. 8438309 - Pág. 1



## DECLARAÇÃO

Eu ERIVAN BATISTA DA SILVA, brasileiro, solteiro, cozinheiro, RG 1.909.849 SSP/PB, CPF 022.951.784-60, residente e domiciliado na rua compositor Ary Barroso, 22 - Alto do Mateus - João Pessoa/PB - CEP 58.090-780, DECLARO para fins de direito, com base da Lei 7.115 de 29.08.83, para fazer prova da situação sócio-econômica da mesma, face requerer a Justiça Gratuita, com arrimo no art. 2º parágrafo único e art. 4º da lei 1.060/50 e com o art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal que sou pobre na forma da lei, não podendo arcar com as despesas processuais sem que interfira na minha manutenção.

Declaro ainda, que sou responsável pelas afirmações aqui mencionadas.

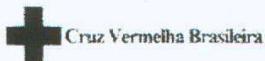
João Pessoa/PB, 17 de maio de 2017.

Declarante

Rua Desembargador Souto Maior | Nº46 | Edifício Dunas  
Sala 05 | Centro | João Pessoa/PB | CEP: 58013-190







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

Boletim de Atendimento: 962314

**Identificação do paciente**

ID 679752	Nome <b>ERIVAN BATISTA DA SILVA</b>			Sexo Masculino
Data de nascimento 22/08/1976	Idade 40 anos 2 meses 29 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 91937
Mãe <b>MARIA LUCIA BATISTA DA SILVA</b>				Pai <b>SEBASTIAO SALUSTRO DA SILVA</b>
Escolaridade <b>MEDIO COMPLETO</b>				Responsável (Parentesco) <b>ERIVALDO BATISTA DA SILVA - IRMAO(A)</b>
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988740731	DDD Fixo		Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1909849	Nº Chs 126907504400000		
Local de procedência <b>VALENTINA FIGUEIREDO</b>				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB		
	CBO/R Cozinheiro geral			

**Endereço**

CEP 58090780	Município de residência <b>JOAO PESSOA</b>	UF PB	Logradouro <b>ARI BARROSO</b>
Número 22	Complemento	Bairro <b>ALTO DO MATEUS</b>	

**Admissão**

Data e Hora 20/11/2016 14:05:07	Número da pulseira <b>1000004663644</b>	Convênio SUS
Especialidade <b>CLINICA GERAL</b>	Clínica <b>CLINICA TRAUMA E GERAL</b>	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento <b>URGENCIA</b>	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA X _____ mmHg	P脉	Temperatura
--------------------	----	-------------

**Exames complementares**

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasondografia []														
Dados clínicos																				
<p><i>Med. iniciauta 20/11/2016</i></p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>TOMOGRAFIA</b></td> </tr> <tr> <td>TIPO ...</td> <td><b>JOELHO (D)</b></td> </tr> <tr> <td>DATA ...</td> <td><b>21/11/16</b></td> </tr> <tr> <td>HORA ...</td> <td><b>10 : 10</b></td> </tr> <tr> <td>NOME TÉC. RAD.: <i>Wosley</i></td> <td>ASS.: <i>Wosley</i></td> </tr> <tr> <td>Atendido por <b>MAYARA ACERDA ARAUJO RIBEIRO</b></td> <td>Tempo 02min 36seg</td> </tr> <tr> <td>Ass.: <i>Wosley</i></td> <td>Imprimir</td> </tr> </table>							<b>TOMOGRAFIA</b>		TIPO ...	<b>JOELHO (D)</b>	DATA ...	<b>21/11/16</b>	HORA ...	<b>10 : 10</b>	NOME TÉC. RAD.: <i>Wosley</i>	ASS.: <i>Wosley</i>	Atendido por <b>MAYARA ACERDA ARAUJO RIBEIRO</b>	Tempo 02min 36seg	Ass.: <i>Wosley</i>	Imprimir
<b>TOMOGRAFIA</b>																				
TIPO ...	<b>JOELHO (D)</b>																			
DATA ...	<b>21/11/16</b>																			
HORA ...	<b>10 : 10</b>																			
NOME TÉC. RAD.: <i>Wosley</i>	ASS.: <i>Wosley</i>																			
Atendido por <b>MAYARA ACERDA ARAUJO RIBEIRO</b>	Tempo 02min 36seg																			
Ass.: <i>Wosley</i>	Imprimir																			

20/11/2016 14:07

CRAZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Primeiro Atendimento Médico



BE.: 962314

SETSEL

10000004663644  
ERIVAN BATISTA DA SILVA  
DT. NASC.: 22/08/1976

MAE: MARIA LUCIA BATISTA DA SILVA

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: RUA BARROSO  
N. 22 - ALTO DO MATEUS  
JOAO PESSOA  
FONE: ( )  
CELULAR: (83) 988748731  
IDADE: 40  
DT. ENTRADA:

## ADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de acidente de moto caiu e bateu  
contra árvore em ombro erguido e fraturou  
ombro com perda de consciência

## EXAME PRIMÁRIO

AÉREAS  Pérvias  ObstruídasCERVICAL IMOBILIZADA:  Sim  Não

## VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA  Sim  NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA  Sem dificuldade Com dificuldade

## VENTILAÇÃO MECÂNICA

 APNÉIA

## AUSCUTA PULMONAR:

## 1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD  Presente e normal  
 Rude  
 Diminuído  
 AusenteHTE  Presente e normal  
 Rude  
 Diminuído  
 Ausente

## 2 - RUIDOS

 simHTD  Roncos  
 Sibilos  
 EstertoresHTE  Roncos  
 Sibilos  
 Estertoresimp SaO<sub>2</sub> %

## DEFÍCIT NEUROLÓGICO

Pupilas:  Fotorreageente  Paralisadas  Isocóricas  Anisocóricas (diferença = mm)

## Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À 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:	15				

F(NG).CC.001-1



**EXAME SECUNDÁRIO**

<b>ALERGIA:</b>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:		
<b>MEDICAMENTOS:</b>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:		
<b>IMUNIZAÇÃO:</b>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:		
<b>PATOLOGIA:</b>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:		
<b>ALIMENTOS INGERIDOS:</b>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:		
<b>LOCAL DA LESÃO</b>	Identifique o local com o número correspondente ao lado			
<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">           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         </td> <td style="vertical-align: top;">           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         </td> </tr> </table>			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
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			
OBS.:				

**QUEIMADURA:**

Superfície corporal lesada (regra da palma%)	% Graus de queimadura:	<input type="checkbox"/> 1º grau	<input type="checkbox"/> 2º grau	<input type="checkbox"/> 3º grau
<b>EXAMES SOLICITADOS</b>				
<input checked="" type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada				
( ) Lavado peritoneal ( ) Gasometria arterial ( ) Tipagem sanguínea				

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	FAXINATURA DE CARIMBO
1	1. Abordagem		Médico CRM-5702/1518 PE
2	2. Sangue lento + AD JV		
3	3. Trinca lento + 100ml SFC 0,9% JV > 1000		
4			
5	5. Tard 4g ev. doce profundo noj, ob 1000		
6			
7	7. AGU 1000		
8			
9			
10			

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO**

Solicito parecer da Onto pedir. às : do dia / /

Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às : do dia / /

**DESTINO DO PACIENTE**

- Centro cirúrgico  
 Transferência (unidade de saúde)  
 Internado (setor)  
 Alta hospitalar     Decisão médica     A pedido     A revalia     Desistência  
 Óbito     Até 48 hs.     Após 48 hs.     Família     IML     SVO

DATA

SAÍDA

TIROS: \_\_\_\_\_

ATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSIN

ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil

1<sup>a</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 00861.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00861.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:57 horas do dia 08 de maio de 2017, 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 Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Erivan Batista da Silva**, CNH nº 05590236923, CPF nº 022.951.784-60, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Maria Lucia Batista da Silva e Sebastião Salustro da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/08/1976 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ari Barroso, Nº 22, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Ponto Final dos Ônibus 701, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98874-0731.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Flodoaldo Peixoto Filho, Após o Contorno, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/11/16 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 FAN ESI, COR PRETA, ANO 2012, PLACA NPX3672/PB, CHASSI 9C2KC1670DR442274, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, com sua esposa ADRIANA DOS SANTOS na garupa, quando passava pela Rua Flodoaldo Filho ao desviar de um AUTOMÓVEL não identificado que seguia à sua frente e entrou repentinamente à esquerda sem ligar a seta perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao solo e lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.04.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que sua esposa vei a ter apenas escoriações leves.

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, 08 de maio de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigacao

ERIVAN BATISTA DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00861.01.2017.1.00.420

1/1



Assinado eletronicamente por: DIOGENES PSAMETICO FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA - 27/06/2017 08:25:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1706270821137840000008262501>  
Número do documento: 1706270821137840000008262501

Num. 8438331 - Pág. 1

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



· \* 192 ·  
REGIONAL JOÃO PESSOA  
*CNPJ 09.806.754/0015-40*  
*SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA*  
*Av. Valentina Chianca, 1777*  
*João Pessoa - PB*  
**DECLARAÇÃO**

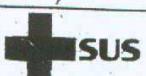
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 705/005, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1507053, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente ERIVAN BATISTA DA SILVA idade 40 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 20/11/2016, na R. Flodoaldo Peixoto Filho, Bairro: Valentina - João Pessoa - aproximadamente às 13:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 05 de Maio de 2017.

*Jefferson da Rocha Augusto*  
Estatístico  
CRMF Região: 10171  
Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>H-E-T-S-H-L</b>		2 - CNES _____  4 - CNES _____		
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>Torí Jan Batista da Silva</b>		6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>962314</b>		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		8 - DATA DE NASCIMENTO <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>	9 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> [1] Fem. <input type="checkbox"/> [3]	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <input type="text"/> 1 N° DO TELEFONE <input type="text"/>		
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO    15 - UF <input type="text"/> 16 - CEP <input type="text"/>		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>				
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		19 - CÓD PROcedimento - ANTERIOR <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		21 - CÓD PROcedimento - MUDANÇA <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
22 - DIAGNÓSTICO GERAL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		23 - CID 10 PRINCIPAL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>	24 - CID 10 SECUNDÁRIO <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
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 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <p style="margin-left: 100px;"><i>Cx 4,5 Kompasso</i></p> <p style="margin-left: 100px;"><i>01 - Placa em L 5 Furos</i></p> <p style="margin-left: 100px;"><i>01 - Parafuso Esparrago Nº 45</i></p> <p style="margin-left: 100px;"><i>01 - Parafuso Esparrago Nº 75</i></p> <p style="margin-left: 100px;"><i>01 - Parafuso Esparrago Nº 80</i></p> <p style="margin-left: 100px;"><i>Cx 3,5 Kompasso</i></p> <p style="margin-left: 100px;"><i>01 - Placa OCP 5 Furos Estreito</i></p> <p style="margin-left: 100px;"><i>01 - Parafuso Crtical Nº 34</i></p> <p style="margin-left: 100px;"><i>01 - Parafuso Crtical Nº 38</i></p> <p style="margin-left: 100px;"><i>01 - Parafuso Crtical Nº 46</i></p> <p style="margin-left: 100px;"><i>02 - Fios de Kirschner 2-0 (Antisínese)</i></p>				
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
41. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		40. DATA DA SOLICITAÇÃO <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
42. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		43. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>Jessyka Emilia F. Rabelo</b> <i>Menina</i> <i>CRM 100.151/PB</i>		
44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		<b>AUTORIZAÇÃO</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
47. DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		45. CÓD ORGÃO EMISOR <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
48. N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		46. DATA DA AUTORIZAÇÃO <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>		
49. ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 2px;"></div>				





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Descrição da Cirurgia	
- Posição e Preparo:	<b>Gantito-Ortopédico</b>
- Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia.	
- Exponer + osteosseos do membro inferior direito	
- Abordagem de artéria tibial profunda	
- Realizado aberto posterio-medial no topo proximal da tíbia	
- Limpeza por planos com hemostasia	
- Abertura pta de ganso	
- Venisligado pto de fáscia, com avulsamento	
- Realizado lajolaria, realizou os levantamentos e fissurações com plato DC P 3.5 (4) parafusos	
- Venisligado pto sobre lateral da tíbia, com direções por planos, hemostasia e venisligado pto de fáscia	
- Realizado lajolaria com abertura de fáscia óssea	
conduta: - Elongação e alargamento do plato tibial com auxílio de impactor ósseo	- Elongação e alargamento do plato tibial com auxílio de impactor ósseo
- Fissuras da retinácula com fio K	
- Colocação de manto ósseo autólogo da cintura ilíaca	
- Drenos e fissuras do plato lateral com placas e L + parafusos	
- Problemas foram solucionados sob controle radiculário	
- Bruxismo aparente dos dentes com SFGM	
- Drenos da hemostasia	
- Fechamento por planos	
- Curativo final	
- Rx controle	
<b>Abscessos</b>	
①	Liquenizado no pré-operatório com o plântano e sua semente e suco extraído o hospedário da lesão, evitando atração bacteriana preste, rigidz da pele e dor articular.

Médico/CRM:

Jéssyka Emilia F. Rabélo  
CRM 10045/PR  
Médica

João Pessoa, 30 Maio, 16





D

000000009018 ERIVAN BATISTA DA SILVA M

12.04.2017

HTOP





000000009018 ERIVAN BATISTA DA SILVA M

12.04.2017

HTOP



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ERIVAN BATISTA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	22/08/76
NOME DA MÃE	MARIA LUCIA BATISTA DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	962.314
Nº PRONTUARIO	91.937
DATA DO ATENDIMENTO	20/11/16
HORA DO ATENDIMENTO	14:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO GLENO-UMERAL E + FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
CID 10	S 43.0 + S 82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e deformidade + limitação funcional em ombro E e joelho D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do ombro E  
TC do joelho D  
RX do ombro E - AP Verdadeiro e Axilar  
RX do joelho D - AP e P

### TRATAMENTO:

Luxação gleno-umeral posterior do ombro E + fratura do extremidade proximal da tibia D às TC's e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida no 1º tempo e pelo Dr. Thales Seabra e Dr. Milton Linhares no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 02/01/17  
DATA DA EMISSÃO: 18/04/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO CIRURGIANO CRM 2516  
Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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





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

**LAUDO MÉDICO  
RESUMO DE ALTA**

NOME: <b>ERIVAN BATISTA DA SILVA</b>					REGISTRO/BE <b>962314</b>		
IDADE <b>40 ANOS</b>	SEXO <b>MASCULINO</b>	COR	CLÍNICA <b>ORTOPEDIA</b>	ENFERMARIA <b>12</b>	LEITO <b>03</b>		
DATA DE ADMISSÃO <b>20/11/2016</b>		DATA DA ALTA <b>02/01/2017</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO</b>							
CID-10							
DIAGNÓSTICO FINAL <b>O MESMO</b>							
CID-10							
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
CID-10							
PRINCIPAIS EXAMES:							
<b>EXAMES LABORATORIAIS + RADIOLÓGICOS</b>							
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE							
<b>TTO CIRÚRGICO DE FRATURA RELATADA POR DR. THALES SEABRA E DR MILTON</b>							
						<b>DIA 30 / 12/ 17</b>	
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA							
<b>ATB+ CLEXANE</b>							
FERIDA OPERATÓRIA INFECÇÃO	SIM	X	NÃO	COLETA DE MATERIAL	SIM	X	NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:							

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

## DIETA: GERAL

**REPOUSO:** Relativo em casa 30 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 90 dias, e com esforço maior em 180 dias.

#### **CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:**

**CURATIVO DIÁRIO, RETIRAR PONTOS APÓS 15 DIAS OU A CRITÉRIO DE MÉDICO ASSISTENTE, FISIOTERAPIA**  
**EM CASO DE DOR, CALOR, VERMELHIDÃO OU INCHACO NO LOCAL OU FEBRE, PROCURAR IMEDIATAMENTE O HEESTHL.**

MEDICAÇÕES PARA CASA:

**CEFALEXINA, CLEXANE, ARFLEX, DEOCIL**

RETORNO No ambulatório do HTOP, com Dr. BARTOLOMEU em 1 semana, para seguimento ambulatorial.

DATA 02/01/2017

~~MÉDICO RESPONSÁVEL~~

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

Ay. Orestes | Lisboa S/N Conjunto Pedro Gondim, João Pessoa/PB

CEP:58031-030 | Fones: (83) 3216-5736 / 3216-5775



Assinado eletronicamente por: DIOGENES PSAMETICO FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA - 27/06/2017 08:25:30  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1706270823548520000008262538>  
Número do documento: 1706270823548520000008262538

Nº 8438369 - Pág. 1



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba  
Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba

HEETSHL

PACIENTE: ERIVAN BATISTA DA SILVA

## RECEITUÁRIO MÉDICO

### VIA ORAL

1. CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMP  
TOMAR 1CP DE 6/6 HORAS POR 7 DIAS

### VIA SUBCUTÂNEA

2. VERSA 40 MG ----- 28 AMPOLAS  
FAZER 1 AMPOLA SC 1X DIA POR 28 DIAS

### CURATIVO

3. REALIZAR 1X DIA COM SF0,9% + GASES + FAIXA/MICROPORE

Glauber M. Nunes Milhando  
Médico  
CRM-PB 0220

Carimbo e assinatura do Médico

João Pessoa, 02/01/2017.

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL  
Av. Orestes Lisboa, s/n – Conj. Pedro Gondim – CEP: 58031-090 – João Pessoa - PB  
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2





Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba

Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba

HEETSHL

## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para todos os devidos fins de direito, que o (a) Sr(a).

**ERIVAN BATISTA DA SILVA** foi atendido (a) neste serviço de Ortopedia, portador de CID 10: **S82.1**, devendo ausentar-se de suas atividades regulares por um período de **90 (NOVENTA)** dias, permanecendo em repouso segundo recomendação médica.

### **AUTORIZAÇÃO**

Eu, **ERIVAN BATISTA DA SILVA**, autorizo o Dr.**GLAUBER**

**MELO NOVAIS MIRANDA**, a registrar o diagnóstico codificado CID 10 neste atestado médico.

Carimbo e assinatura do Médico

João Pessoa, 02/01/2017

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL  
Av. Orestes Lisboa, s/n – Conj. Pedro Gondim – CEP: 58031-090 – João Pessoa - PB  
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2



**FARMACIAS BIG BEN**

NEK DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA  
RUA VISCONDE DE PELOTAS,279 CENTRO CEP.58013-000  
FONE:(83)3222-3670 JOAO PESSOA - PB  
CNPJ: 09.546.827/0028-61 IE: 16.211.988-7  
IM: 118945-0

04/01/2017 13:43:21 CCF:082283 COD:122720

**CUPOM FISCAL**

ITEM CODIGO DESCRIÇÃO QTD UN. VL UNIT R\$ SI AVI VL ITEM R\$  
 001 090731 LOJAS MULAMBO 1UND 118,00 3,990  
 002 090731 LOJAS MULAMBO 1UND 118,00 3,990  
 003 090730 LOJAS MULAMBO 1UND 118,00 3,990  
 004 090731 LOJAS MULAMBO 1UND 118,00 3,990  
 005 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,990  
 006 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,990  
 007 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,990  
 008 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,990  
 009 484200 ESPARADRAFO IN 1UND F1 6,990  
 010 403755 ATADURA CREPOM 1UND F1 5,990  
 011 003756 ATADURA CREPOM 1UND F1 11,990  
 012 26421 AGUA HABELO/P 1FR F1 12,990  
**TOTAL R\$ 57,87**  
 Cartao 57,87  
 MÓD:16368/08366326679CC93654233F92CD  
 VAL APROX TRIBUTOS R\$13,84 /23% 22% FONTE: IPI  
 SEU DESCONTO FOI DE 5,06  
 CARTAO GERENCIA SIGA MÓDULO PÓS  
 VERSÃO 3,4  
 106 AL24A 2C1BE E90087 AD EFB1A3 B6B52 14026 054  
 DARUMA AUTOMACAO MACH 1  
 ECF-IF VERSÃO:01.00.00 ECF:002 LJ:  
 888BBBBBB6E18EHDFIR 04/01/2017 13:43:40  
 FAB:DR0813BR000000358914

**FARMACIAS BIG BEN**  
 NEK DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA  
 RUA VISCONDE DE PELOTAS,279 CENTRO CEP:58013-000  
 FONE:(83)3222-3670 JOAO PESSOA - PB  
 CNPJ: 09.546.827/0028-61 IE: 16.211.988-7  
 IN: 118945-0  
 04/01/2017 13:43:44 GNF:087983 COD:122721  
 CDC:0012

**NÃO É DOCUMENTO FISCAL  
COMPROVANTE CRÉDITO OU DÉBITO**

Cartao  
1ª VIA

COD do documento vinculado: 122720  
 Valor da compra R\$ 57,87  
 Valor de pagamento R\$ 57,87  
 REDE  
 HIPERCARD  
 COMPR:502198028 VALOR: 57,87  
 ESTAB:041773039 BIG BEN CENTRO  
 04.01.17-14:34:32 TERM:PV611223/040015  
 NUMERO PARCELAS : 02  
 CARTAO: xxxxxxxxxxxx9427  
 AUTORIZACAO: 058040  
 ARQC:49B7181D1131823C  
 TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE  
 USO DE SENHA PESSOAL.

Nº5 - Rua 435,3850-06613/URB2504  
 PVO00065120  
 Tributario R\$ 49,03 fed e 0,00  
 onte: IPI Web  
 Balc: 817 N. Controle:3129024  
 Informações dos Tributos Total  
 Federal 04/01/2017: R\$ 49,03

DROGATIM DROGARIAS LTDA - LJ42 - FARMACIA  
 PERMANENTE

CNPJ: 06.198.519/0020-00 IE: 161485737

AV PRES EPITACIO PESSOA, 1648, 1648 -  
 TORRE, JOAO PESSOA - PB

DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica para Consumidor Final  
 NFC-e não permite aproveitamento de crédito ICMS

**DETALHE DA VENDA**

NDC: 4201357501

**PRODUTOS**

Código	Descrição	Tq	Qtd	Un	Unit.	Desc.	Total
0250036	CEFALEXINA 500MG 10CPR GEN EMS	F	1	UN	27,37	10,95	10,95
0280008	CEFALEXINA 500MG 10CPR GEN EMS	F	1	UN	27,37	10,95	10,95
0004148	CEFALEXINA 500MG 8CPR GEN EMS A		1	UN	13,23	8,28	13,23

QTD TOTAL DE ITENS 3

Dinheiro 46,78

VALOR TOTAL R\$ 46,78

PAGO: 100,00 TROCO 53,22

OPERADOR: 6458 - WILLIAMS TEIXEIRA DA SILVA - LJ 44  
 VENDEDOR: 6618 - EMMANUELLY ROSALLINE CARDOSO  
 MDS: 9b32a3d416bfae84229ad907480e289b

Protocolos Totais Incidentes (Lei 12.741/2012) 9,88 (21,12 %)

**EMITIDA EM CONTINGENCIA**

NFC-e nº 000.0.8.317 Série: 001

Emissão: 02/01/2017 14:46:57

Via do Consumidor

Consulta pela Chave de Acesso em

<http://www2.redepjpb.com.br/ConsultaFuncionario.jsp?codFuncionario=122721>

**CHAVE DE ACESSO**

2617 0106 1986 1900 2000 6500 1000 0483 1791 0048 3170

Protocolo de Autorização: 333160040367879 18/02/16 07-02:00

**CONSUMIDOR**

CLIENTE NAO IDENTIFICADO

**Consulta via leitor QR Code**

RÉDEPHARMA LTDA F1 03 CNPJ: 0  
 R. VISCONDE DE PELOTAS, 290, C  
 PB  
 Documento Auxiliar da Nota Fi  
 Eletrônica  
 CÓDIGO | DESCRIÇÃO | QTD | UN |  
 07891317457150 VERSAO 40MG SOL  
 07891317457150 VERSAO 40MG SOL  
 QTD. TOTAL DE ITENS 5UNDX72,90  
 VALOR TOTAL R\$ 5UNDX72,90  
 Cartão de Crédito  
 EMISSÃO NÚMERO  
 Número: 132109 Série: 1  
 Entrega: 04/01/2017 13:49:30 - Via da te  
 Consulte pela Chave de Acesso  
[https://www5.redepjpb.com.br/codFuncionario.jsp?codFuncionario=122721](https://www5.redepjpb.com.br/codfuncionario.jsp?codFuncionario=122721)  
 SalvoFuncionarios.jsp?codFuncionario=122721  
 25/17 0106 4661 0106 0309 6500 1000  
 Protocolo de Autorização: 333160040367879  
 Data de autorização: 04/01/2017  
 CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO





**SABI**

SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE  
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURADO SOCIAL

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: JOAO PESSOA BELA VISTA

**REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL**  
**REQUERIMENTO N° 179908326**

Prezado (a) Sr(a)

ERIVAN BATISTA DA SILVA

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

**Data:** 09/05/2017

**Hora:** 10:00

**Endereço:**

RUA BARAO DO TRIUNFO,307

VARADOURO

JOAO PESSOA - PB

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Joao Pessoa, 26 de abril de 2017

Nome/Cargo/Assinatura  
(Atendente)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Assinatura do Requerente/Rep. Legal





**Poder Judiciário da Paraíba  
17ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0830650-24.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

**Vistos, etc.**

**Defiro** o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Dianete das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

Cumpra-se

João Pessoa, data definida no sistema

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba  
17ª Vara Cível da Capital

---

Número do Processo: 0830650-24.2017.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
Polo ativo: AUTOR: ERIVAN BATISTA DA SILVA  
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

### CERTIDÃO

**Certifico que dei cumprimento ao despacho de id nº 15678801.**

Certifico e dou fé.

João Pessoa - PB, 12 de dezembro de 2018

DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO

Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO - 12/12/2018 19:55:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18121219551612000000017835774>  
Número do documento: 18121219551612000000017835774

Num. 18329366 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
17ª Vara Cível da Capital**

---

PROCESSO N° 0830650-24.2017.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ERIVAN BATISTA DA SILVA  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA de Carta de Citação aos presentes autos do(s) documento(s) em anexo.

17ª Vara Cível da Capital - PB, 6 de setembro de 2019.

DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO

Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO - 06/09/2019 05:58:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090605580403600000023422275>  
Número do documento: 19090605580403600000023422275

Num. 24185549 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
17ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO N° 0830650-24.2017.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ERIVAN BATISTA DA SILVA  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS 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. 334 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205, 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 247 e seguintes, do CPC. A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do art. 335 e seguintes do CPC. Não contestada a ação presumir-se-ão como verdadeiros os fatos articulados pela parte autora.

João Pessoa - PB, 5 de setembro de 2019.

DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO  
Técnico Judiciário

Arthur A. Zavaski Gama Lima  
Chefe do Setor de Expedição  
Mat. 478.223-2  
051-0910

05/09/2019 16:34



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

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: ID Nº 8438037

**PARA VISUALIZAR O DESPACHO ASESSE O LINK:** <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: ID Nº 15678801



Assinado eletronicamente por: **DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO**

**05/09/2019 16:32:09**

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

ID do documento: **24176173**



19090516320657100000023413450

[imprimir](#)

05/09/2019 16:34



Assinado eletronicamente por: DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO - 06/09/2019 05:58:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090605580547700000023422276>  
Número do documento: 19090605580547700000023422276

Num. 24185550 - Pág. 2