

SINISTRO 3180483635 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CLEMILSON MARCOS GAIAO DIATENES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB
BENEFICIÁRIO CLEMILSON MARCOS GAIAO DIATENES
CPF/CNPJ: 02782032488

Posição em 30-10-2018 19:25:01

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

772.00
conta



Duarte e Silva Advogados Associados

Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 05 - Mangabeira, João Pessoa/PB
(83) 98832-9676. (83) 99105-5363. (83) 98660-2858.

PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

CONTRATANTES:

NOME Isaemilson Marcos g. de Oliveira TELEFONE 98497-8479
ESTADO CIVIL casado PROFISSÃO grafico
CPF 027.820.324-88 RG 2.070.781 ENDEREÇO R. Milton
Fernaz 350 Hotel Santiago (TIBIRICÍ)

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, JOSÉ EDUARDO DA SILVA OAB/PB 12.578, e ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438 com escritório profissional sito à Rua Agente F. Jose Costa Duarte, 157/sala 05, Mangabeira, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de econômica mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA

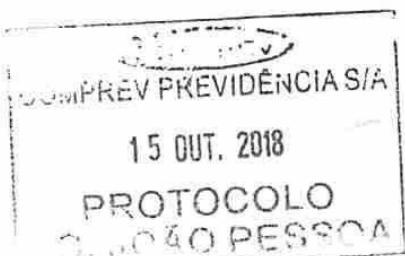
Declara ainda o outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa, 08 de Novembro de 2018
(OUTORGANTE) X Alexandre Marcos g. de Oliveira





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.270.781 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO 28/07/2017	
NOME	
CLEMLSON MARCOS GAIÃO DIATÊNES	
FILIAÇÃO	
FRANCISCO MARQUES DIATÊNES	
SEVERINA GAIÃO DIATÊNES	
NATURALIDADE	
JOÃO PESSOA-PB	
DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. N° 511 - LIV. A-10 - FLS. 040 - CARTÓRIO 2º JUD.	
PESSOA-PB	
CPF 027.820.324-88	
DATA DE Nascimento	
08/08/1977	
B4	
A. 2018-07-29 08:58:53	





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe Jolio Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
70216956
REFERÊNCIA

CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA / ENERGIA E SERVIÇOS

140/13017

CLEMILSON MARCOS GALAO DI
RUA MILTON FERRAZ, NUM. 150

JARDIM EUROPA I 58300- 970
SANTA INÉS

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias			Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público
003-17-275-0111	0		0	0	0	SOL198831
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y12N034791	22/03/2012	4	LIGADO	POTENCIAL		

INTERIOR | ATUAL | CONSUMO (0B) | NUM. DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
206 209 3 30 13/12/2017

EST. DE CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2013-MS						
MAI/2017	2	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
JUN/2017	1	0	COR.	20	115	115
JUL/2017	3	0	TURBIDEZ	79	115	115
AGO/2017	2	0	COL.TERMOT.	0	0	0
SET/2017	3	0	COL.TOTAIS	79	115	115
OUT/2017	3	0	CLDRO	79	115	115
MÉDIA(M)	3		DADOS REFERENTES A SET/2017			

DATA DA LEITURA: 16/11/2017 HORA DA LEITURA: 12:15:01
DESCRICAO CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL R\$
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m³ 10 36,84 R\$36,84

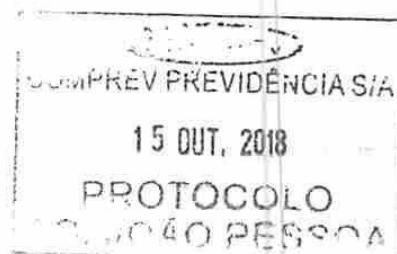
VENCIMENTO: 28/11/2017 **Total a Pagar:** R\$36,84

W-16-13 P-1-0
CONFIDENCIAL DE LEITURA: CONFIRMIADA
CONFIDENCIAL DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICAO DE DEB. ANTERIORES)
EXISTE(H) CONTAC(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APPLICADO SEU DINHEIRO
NAW TRANSPARENCIA.PW.GOV.BR

CAGEPA COMPAÑIA DE AGUA Y SEDESA DE PUNTA DEL ESTE	MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
	701266956	NOV/2012	28/11/2012	12836,64

82600000000-8 36840010822-1 02669561120-2 130620140001-2



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 14/11/2018 15:33:37

Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 141112016153357
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=181111415321324300000017320848>

Número do documento: 18111115321324300000017320848

Num. 17702931 Pág. 4

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01823.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01823.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:34 horas do dia 24 de setembro 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 **Clemilson Marcos Gaião Diatênes**, CPF nº 027.820.324-88, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador Gráfico, filho(a) de Severina Gaião Diatênes e Francisco Marques Diatênes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/08/1977 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vice-prefeito Milton Ferraz, Nº 150, bairro Tibiri III, tendo como ponto de referência Posto de Gasolina Almeida, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99964-1805.

Dados do(s) Fatos:

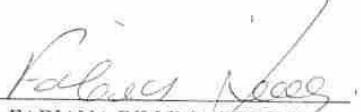
Local: Av. Camilo de Holanda, Próximo À Cagepa, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/02/18 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR 150 BROS KS, PRETA, 2009/2009, PLACA NPR5277/PB, CHASSI 9C2KD04309R009197, registrada em nome de TONIELLE FERNANDES DE BRITO, quando foi atingido na lateral direita por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo em decorrência a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0962/2018, EXPEDIDA PELA DRº ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 19.07.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; 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.

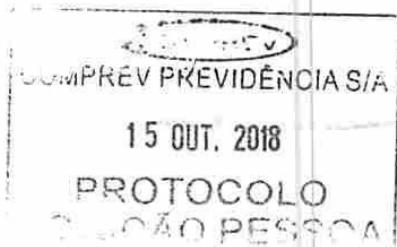
João Pessoa/PB, 24 de setembro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


CLEMILSON MARCOS GAIÃO DIATÊNES

Noticiante



Procedimento Policial: 01823.01.2018.1.00.420

1/1





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Clenilson M. G. Diolero, portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S82.9, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 (Noventa) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 01/02/2018.

 Dr. Aturélio de Sá Pinto
CRM: 9743/PB.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1º VIA-PACIENTE 2º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME : CLENILSON MARCOS GIAO DIATENES				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.: 26	LEITO: 414
DATA DE ADMISSÃO: 01/02/2018		DATA DE ALTA : 03/02/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta dos ossos da perna direita</i>				CID <i>S82.2</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de Perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. (<input type="checkbox"/>) SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO		COLETA DE MATERIAL (<input type="checkbox"/>) SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		(<input type="checkbox"/>) REMOVIDO	(<input type="checkbox"/>) A PEDIDO	(<input type="checkbox"/>) CURADO	(<input type="checkbox"/>)
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura exposta da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>cefalexina 500mg, aine, analgésico</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (dr. Janio)					

31/2/18

DATA

Dr. Aurélio de Sá
CRM
ASS. MÉDICO / C.R.M.

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





19-

CERTIDÃO

Nº. 0962/2018

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº99206 e Prontuário de Nº 2018.02.0017, pertencentes a CLEMILSON MARCOS GAIAO DIATENES que foi atendido dia 01/02/2018 as 08H46min, vítima de colisão de carro x moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/02/2018 com alta médica dia 03/02/2018.

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

João Pessoa, 19 de Julho de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PROTOCOLO	15 OUT. 2018
JOÃO PESSOA	MINISTÉRIO DA SAÚDE SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Nota | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A
15 OUT. 2018
PROTOCOLO
02 - CÂO PESSOA

Forme

Reservado p/ liberação

Sinatra da Enfermagem

MENTO REALIZADO

2 DO. PACIENTE

Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
ra a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Natura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





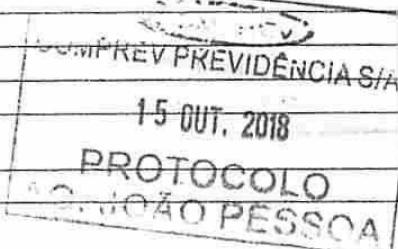
FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Eleonilson Mauro Gracio Dentes Data da Admissão: 01/02/18
Prontuário: _____ Idade: 40a Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento 1/1

QPD: Dor + desfazendo seu peito D após queda de moto.

HDA: Poucos vícios de alcool. de moto, com fraco exato
de onda de peito (G.II), sem dor + desfazendo seu peito.

Medicações em uso: _____



Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

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



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 14/11/2018 15:33:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111415322844100000017320855>

Número do documento: 18111415322844100000017320855

Num. 17792938 - Pág. 6

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♦ _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

CUMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 OUT. 2018
PROTÓCOLO
A.C. JOÃO PESSOA

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *R/ End. fatura de ono da puma.*Hipóteses Diagnósticas: *frat. exótox de ono da puma D.*Conduta: *Ab uso imunológico para trat. exótox.**Intervenção para anti-biot.**Dr. Taio Bruno E. Melo
Medic. 1332.73
+ Dr. Jairo*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Olívio Hen Maues Gracis Diáteus</i>				Registro:
Idade: <i>40a</i>	Sexo: <i>mas</i>	Cor: <i></i>	Clinica: <i></i>	EMP: <i></i> LR: <i></i>
Data: <i>02/10/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Jenílio</i>			1º Assistente: <i>Trago R. S</i>
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>			Instrumentador: <i>Estudante (Aluno)</i>
Anestesista: <i>Dr. Fernando</i>	Tipo Anestesia: <i>Gasqui</i>			Horário: I: <i></i> T: <i></i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura exposta de epífise da perna P (GII)</i>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O menor</i>				<i>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</i>
				<i>15 OUT. 2018</i>
				<i>PROTÓCOLO</i>
				<i>0.1040 PESSOA</i>
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
<i>Fract. exposta de fratura exposte de epífise da perna D. (GII)</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não				Descreva:
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

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



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 14/11/2018 15:33:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18111415322844100000017320855>

Número do documento: 18111415322844100000017320855

Num. 17792938 - Pág. 8

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① paciente em DPF sob raqui-anestesia
- ② anêstesia + anti-anestesia + aposição de campo interno
- ③ aposição de campo interno

Incisão: ① hemicôrno longitudinal em regra no lado lateral da perna D.

Achados: ⑤ Fratura de ossos da perna D - pat. exposta

Conduta:

- ⑥ limpeza mecânica limpeza exaustiva com SF09%
- ⑦ Redutor de espessura de tecido desnaturalizado
- ⑧ Redução aberta + fixação interna de fratura de ossos da perna D com 1 placa Dcp 10 furos + 07 parafusos totais e 1 parafuso imobilizante.
- ⑨ Sutura com sutura de 8FD, 9%

Fechamento:

- ⑩ Sutura de ferida operatória no plano
- ⑪ curativo odontico com gaze vitíve

OBS:

Dr. Tiago Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM 333-PB

MÉDICO/CRM

21 F A.

Jáime

Data: 01/02/2018





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

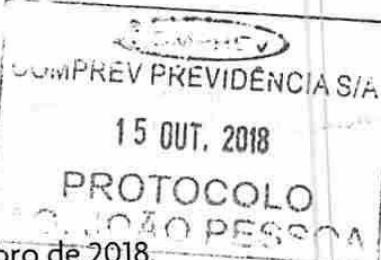


CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/110, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1969026, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente CLEMILSON MARCOS GALVÃO DE LEMOS idade 40 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 01/02/2018, na Av. Camilo de Holanda, Bairro: Centro - João Pessoa - aproximadamente às 07:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 03 de Setembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5^a Região: 10171

SAMU 192 JP
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





**Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0804166-98.2018.8.15.0331

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Considerando que em feitos desta espécie se mostrou infrutífera a realização de audiência conciliatória, mormente o pedido presente nos autos, em homenagem ao princípio da celeridade processual, deixo de agendá-la, e desde já determino a citação do réu para, querendo, no prazo legal, oferecer contestação ao feito.

Cumpra-se.

SANTA RITA, 19 de novembro de 2018.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: ISRAELA CLAUDIA DA SILVA PONTES ASEVEDO - 23/11/2018 11:40:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112311401550200000017349874>
Número do documento: 18112311401550200000017349874

Num. 17823328 - Pág. 1