



~~Handwritten signature~~

CERTIDÃO

C E R T I F I C A D O em razão do ofício e a pedido verbal de pessoa interessada, que revendo o **Livro Tombo nº. 001/2015**, existente nesta Delegacia de Polícia, constatei **às fls. 131**, o registro do **Inquérito Policial nº. 091/2016**, o qual foi instaurado com a finalidade de apurar colisão envolvendo o automóvel Fiat/Strada, ano/modelo 2003, de cor preta, com placa DJD-1983-PB, chassi sob nº. 9BD27804632379599, Renavam 00805061533, licenciado em nome de Jose Clementino dos Santos, ora dirigido por Josinaldo Cosme Ferreira e a motocicleta Honda CG 125 Today, de cor vermelha, ano 1990, de placa CH-265-Campina Grande/PB, pilotada por Fabio Targino da Silva em que vitimou fatalmente **Fabio Targino da Silva** e saiu gravemente ferida **Raisa Laurindo de Farias**, carona da motocicleta, fato ocorrido no dia **11/12/2016**, por volta de 21h30min, na rodovia PB-105, proximidades do Sítio Jatobá de Baixo, neste município.

[illegible]

O referido é verdade e dou fé.

Bananeiras/PB, 11 de Agosto de 2017.

Margarida de Aguiar da Trindade
Escrivão de Polícia Civil

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

05 JUN. 2018





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Rayssa Laurindo de Farias

DATA DE NASCIMENTO 30/12/99

NOME DA MÃE Estela Laurindo de Farias

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 966928 Prontuário:99180

DATA DO ATENDIMENTO 12/12/16

HORA DO ATENDIMENTO 01:45

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur distal esquerdo

CID 10 S72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, encaminhada de Guarabira, com queixa de dor, edema e deformidade em joelho esquerdo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa esquerda e joelho E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura supracondiliana de fêmur esquerdo

TRATAMENTO:

Fixador externo transtibial em MIE (realizado em 12/12/16). Retirada de fixador externo (realizado em 27/01/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal (realizado em 20/02/17)

ALTA HOSPITALAR: 22/02/17

DATA DA EMISSÃO: 01/06/17

SINCOR/PB

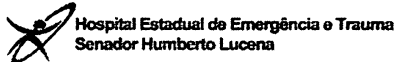
05 JUN. 2018

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

CONFERIDO COM O ORIGINAL





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 966928

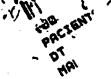


Identificação do paciente						
ID 1115592	Nome RAYSSA LAURINDO DE FARIAS			Sexo Feminino		
Data de nascimento 30/12/1999	Idade 17 anos 5 meses 14 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário 99180		
Mãe ESTELA LAURINDO DE FARIAS		Pai ANTONIO FARIAS				
Escolaridade		Responsável (Parentesco)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 93041180	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 15A13	Nº Cns 898003915905153				
Local de procedência BANANEIRAS		Tipo MUNICIPIO	UF PB			
Email	Naturalidade BAYEUX	CBO/R				
Endereço						
CEP 58220000	Município de residência BANANEIRAS	UF PB	Logradouro BANANEIRAS			
Número SN	Complemento	Bairro CONJUNTO MAJOR AUGUSTO BEZERRA				
Admissão						
Data e Hora 12/12/2016 01:45:05	Número da pulseira 1000004201489	Convênio SUS				
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL					
Classificação de risco		Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por JANAINA KELLY SOUZA DA SILVA VIDAL						Tempo 04min 40seg

Imprimir

16/06/2017 10:18





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 965928



Identificação do paciente

ID 1115592	Nome PACIENTE NAO IDENTIFICADO (RAISSA)	Sexo Feminino
Data de nascimento 01/01/2001	Idade 15 anos 11 meses 11 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Parentalidade	Responsável (Parentesco)	
Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
Fone Móvel	Nº Cns	
Tipo documento	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Local de procedência BANANEIRAS	CBO/R	
Email	Naturalidade	

Endereço

CEP 58220000	Município de residência BANANEIRAS	UF PB
Número 001	Complemento	Logradouro MARCELINO SILVA
		Bairro CONJUNTO OMERIO ARAUJO

Admissão

Data e Hora 12/12/2016 01:45:05	Número da pulseira 1000004201489	Convênio SUS
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Exame []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Diagnóstico Supracondil femur 12/12 De AS/OK/1 20.02.17					
Atendido por JANAINA KELLY SOUZA DA SILVA VIAL					CID Tempo 04min 40seg

Imprimir

12/12/2016 01:47





CRUZ VERMELHA
SPASIERA

1000004201489 BE.: 986928
PACIENTE NÃO IDENTIFICADO (RAISS)
DT. NASC.: 01/01/2001
NRE:

END.: MARCELINO SILVA
N. SN - CONJUNTO ONERO ARAUJO
BANANEIRAS
FONE: ()
CELULAR: (83) 91016488
IDADE: 18
DT. ENTRADA: 12/12/2016 01:45:00

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE

PROCEDÊNCIA:

() Domicílio () Ambulância de resgate () Ambulância SAMU () Polícia

TIPO DE ACIDENTE:

() Moto () Automóvel () Ônibus () Bicicleta () Atropelamento
() Envenenamento () Incêndio () Explosão () Arma de Fogo () Arma branca () Outros

TIPO DE LESÃO:

() Fratura fechada () Ferimento aberto () Esmagamento () Laceração () Queimadura
() Mordedura () Objeto encravado () Ferimento contínuo () Amputação membro () Outros

LOCAL DA LESÃO:

() Membro sup. () Membro inf. () Tronco () Cabeça e pescoço () Outros:

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

AME FÍSICO

PA: ____ / ____ mmHg

P: ____ bpm

SpO2: ____

Tax: ____

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: () Isocóricas () Anisocóricas
Tamanho: () Midríase () Miose

Sistema Respiratório:

() Ventilação invasiva () Ventilação espontânea () Vias aéreas pervias
() Tranquestomia () Respiração rápida () Obstrução parcial das vias aéreas
() Respiração ruidosa () Suporte ventilatório não invasivo () Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório:

() Pulso ausente () Pele fria e úmida () Perfusão tissular satisfatória
() Taquicardia () Bradicardia () Perfusão tissular comprometida
() Palidez () Outros:

Sistema Digestório:

() HDA () Uso de SNG () Vômitos () Dor à palpação superficial
() HDB () Corpo estanho () Dor à palpação profunda
() Rigidez abdô () Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário:

() Disúria () Hematuria () Oligúria () Polúria () SVD () Outros

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

() Hipertensão () Diabetes () Câncer () Alergias () Cirurgias
() Internações () Outros: Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO?

() Sim () Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

MUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

() Sim () Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

paciente vítima acidente
muito consciente, orientado supineiro
qualquer M.I.D. avaliado segue
aos cuidados

Luciana Maria da Silva
Enfermeira

DESTINO:

CONF. ENFERMEIRO

COREM:

F(NG) ENF 022-1



CRUZ VERMELHA
BRASILÉIA

Primeiro Atendimento Médico



1002034201400 BE.: 966928
PACIENTE NÃO IDENTIFICADO (RAISS)
DT. NASC.: 01/01/2001
NRE:

END.: MARCELINO SILVA
N. SN - CONJUNTO OBRERO ARAUJO
BANANEIRAS
FONE: ()
CELULAR: (83) 81016400
IDADE: 15
DT. ENTRADA: 12/12/2016 01:45:05

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Acidente de trabalho pelo
QAMU. Encontra-se em estado de choque
Nesse estado de consciência alterada*

EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☒ Perforadas ☐ Obstruídas
ÉREAS ☒ Presentes ☐ Ausentes
SERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não
VENTILAÇÃO:
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ☐ Não
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade ☐ Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR

1- MURMÚRIO VESICULAR
HTD: ☒ Presente e normal ☐ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente
HTE: ☒ Presente e normal ☐ Budemgem ☐ Diminuído ☐ Ausente

2- RUIDOS

HTD: ☐ Sim ☐ Não
HTE: ☐ Sim ☐ Não
Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: _____ imp SaO₂ _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica
☐ Pletórica ☐ Ictérica
TEMPERATURA DA PELE: ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria
PULSO: ☐ Normal ☐ Aumentado ☐ Fino ☐ Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RÍTIMO: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente
SINUS: ☐ Normotônicas ☐ Hipotônicas

SOPRO: ☐ Hipofonéticas ☐ Ausente
BE OU B4: ☐ Presente ☐ Ausente
FC: _____ bpm PA: _____ X mmHg T: _____ °C
ECG: _____

ABDOMEN

Abdomen mole e dependente

EXAME NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒otorreagentes ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

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

F(NG).CC.001-1



EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: () Não () Sim:

MEDICAMENTOS: () Não () Sim:

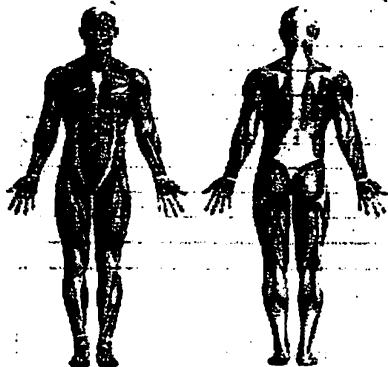
IMUNIZAÇÃO () Não () Sim:

PATOLOGIA () Não () Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS: () Não () Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- 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 Injurgitamento 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:

() 1º grau

() 2º grau

() 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☒ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

- () Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO

1	Ateroma no couro		
2	SPH 1000 e 50		
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Leticia Aires Benjamin
 Médica
 CRM-PR 9237

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORL / Neurologia às 10 do dia 14 de 08Solicito parecer da ORL / Neurologia às 10 do dia 14 de 08

DESTINO DO PACIENTE

- DATA 14/08/2018
 SAÍDA 14/08/2018
 HORAS: 10h
- () Centro cirúrgico
 () Transferência (unidade de saúde)
 () Internado (setor) Neurologia
 () Alta hospitalar () Decisão médica () A pedido () A reavalia () Desistência
 () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs. () Família () JIML () SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F(NG).CC.001-1



Vesícula (08h40)

12/12/16

Fratura no 1º MDS
Membro sem
mobilização e
com muito dor.
Apesar disto, não
há sinais de infecção
na compositura.
Tel.

Revisões de testes
presentes no Doppler
portátil.

Ata de Vesícula

Dr. Franklin Andrade
Cirurgião



BE/PRONTUÁRIO

960927

Nome do paciente

Raymundo Lavinio de Farias

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		Ortopedia - 12:35
		20/02/17
		Pde crescimento fx supracotomediana
		de fêmur distal Ess Mc
		68 dias
		Apresentar consolidação óssea
		de fêmur distal e Encaixe
		frontal no plano Sagital,
		Coronal e Axial -
		Perfe Colocação, Primer
		e fixação de fêmur C1
		Placa de Bloqueio,
		Placa de fêmur Coronal
		fixação C1 fixação
		pois após tentativa de fixação
		C1 fêmur houve perda de
		redução.
		Pde Encaixe Estável,
		Seguindo as indicações de
		VT PA

DR ANDRÉ C. LIMA
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 9714 CRM - 181705

F(NG).ENF.018-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

05/2

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Rayssa Baeminda de Farias

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
12.02.17	14:30	Psicologia Paciente no momento consciente, orientada, emocionalmente estável, humor estável. Realiza da visita psicológica.
		Maria Alice Ribeiro D. de Lima Psicóloga Clínica Cognitivo-Comportamental Especialista em Neuropsicologia CRP 13/6167
12.02.17	11:32	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientada, emocionalmente estável, pensamento coerente, ansiosa, refere queixas por demora de cirurgia. Realizado após e orientado a paciente e acompanhante.
		Luiz Gutemberg Teixeira PSICÓLOGO 5023/13
19.02.17	18:30	# Visita pré-anestésica. Paciente, 17 anos, com histórico de Raquelanteno + Hipoque para tratamento cirúrgico de fratura de fêmur. Não utiliza a medicação e alimentos, não utiliza medicação, transfusão prévia, asma, estômago. Relato tabagismo há 1 ano, mas parou há 2 meses. DUM: 19.02.17. Sem queixas. Anam: Mallampati I, dentomaxilo zigomax, flexão normal, faringe normal, abertura de boca normal. Normotensão, acionotico, amidiu, hidratado. AP: NON. Ae: NON. Não uso de dentodure. Hb: 12. Ht: 37. Hg: 36000, fuso 94. TP 138, INR 1.0. Não suspende deixo, omeito fuso, muito mais

F(NG).ENF.018-1

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Nome do paciente Rosa de Fátima Barbosa da Silva

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
24.01.18	15:00	Ptadoqns Paciente evolui com estabilidade emocional, fremente estável, consciente, orientada e sem queixas no momento. Realizado apai psicológico.
		Maria Alice, Heira D. de Lima Psicóloga Clínica Cognitivo-comportamental Especialista em Neuropsicologia CRP 13/6167

Maria Alies Vieira D. de Lima
Psicóloga Clínica
Cognitiva e Comportamental
Especialista em Neuropsicologia
CRP 13/6167

F(NG).ENF.018-1



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000004201400 BE: 966928
PACIENTE NÃO IDENTIFICADO (RAISS)
DT. NASC.: 01/01/2001
RAE:

BE/PRONTUÁRIO

END.: MARCELINO SILVA
N. SN - CONJUNTO OMEGA ARAUJO
BRANQUEIRAS
PONE: ()
CELULAR: (03) 91010400
IDADE: 15
DT. ENTRADA: 12/12/2016 01:45:00

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
12/12/16		<i>Ortopedia</i> Paciente após queda de moto apresenta edema e dor em região de fêmur esquerdo. E. físico: edema e dor intensa em região distal do fêmur (reg. lateral e medial). - fratura do condilo femoral com grande desvio; cd. Avaliação da co. Varalva; Após avaliação realizar tração em memb. inf. Esq. e internação p/ 15 dias. <i>[Assinatura]</i> Stefferson Pinheiro Diniz Traumato-ortopedista CRM-PB 5762
12/12/16		Paciente evolui bem intercorrências, sem queixas. <i>[Assinatura]</i> Elenice da Silva Oliveira Enfermeira COREN-PB 235.714
13/12	10:50	<i>NCA</i> Paciente apresenta recuperação da consciência devida a retorno de politerapias. → TC de Crânio = • Cerebra de tração • Sin. coleção entre as • hémisférios • Sin. coleção da linha média → Ed. 2.º ALTO DE VCN • Sin. coleção da ORTOPEDIA

Dr. Emerson Magno de Araújo
NEUROCIRURGIÃO
CRM-PB 6215

F(NG).ENF.018-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

HEETSHL

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
22/12/16	17:00	Psicologia Paciente evolui estável emocionalmente e cooperação ao tratamento e hospitalização. Realizado atendimento e apoio psicológico. <i>Romina Wanderley Psicóloga CRP-5882</i>
23/12/16	10:00	Psicologia Paciente no momento consciente, orientado, cooperando ao tratamento, humor estável. Realizado apoio psicológico. <i>Luana Dantas de O. Mendes Psicóloga Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP-13249</i>
26/12/16	13:55	Psicologia Paciente no momento consciente, orientado, cooperando ao tratamento, humor estável. Realizado apoio psicológico. <i>Luana Dantas de O. Mendes Psicóloga Hospitalar Especialista em Saúde Mental CRP-13249</i>
02/01/17	10:00	Psicologia Paciente no momento consciente, orientado, estado emocional estável, humor com alterações, receptivo ao atendimento. Realizado apoio psicológico. <i>Maria Alice Peira D. de Lima Psicóloga Clínica Cognitivo-Comportamental Especialista em Neuropsicologia CRP-1346167</i>
03/01/17	10:00	Psicologia Paciente evolui estável emocionalmente, humor sem alteração e receptivo ao atendimento. Realizado apoio psicológico. <i>Maria Alice Peira D. de Lima Psicóloga Clínica Cognitivo-Comportamental Especialista em Neuro: CRP-1346167</i>

15.01.17 - 15:25 - Paciente no momento acordada, consciente, orientada,

realiza insatisfação e demora de cirurgia, humor instável, noturna ruído, com sinais de ansiedade. Realizado apoio psicológico.
*ENG-ENE 018
Ana Carolina Actoly
P.O. 1315212*

**SUS**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

H.E.T.S.H.L

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Rayssa Baurindo de Farias

6 - N° DO PRONTUÁRIO

966928

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc. ☐Fem. ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, 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



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



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

CX Fêmur Distal IM Cirúrgica

01 - Placa Bloq. Fêmur (Liso) 6x1 (CE) 5.0x36

01 - Parafuso Cortical Auto Ros Bloq 5.0x32

02 - Parafuso Cortical Auto Ros Bloq 5.0x40

01 - Parafuso Cortical Auto Ros Bloq 5.0x40

01 - Parafuso Cortical Auto Ros Bloq 5.0x65

01 - Parafuso Cortical Auto Ros Bloq 5.0x55

03 - Parafuso Cortical Auto Ros Bloq 5.0x36

02 - Fios de Kirs
chmmr 2.0

04 - Fios de Kirs
chmmr 2.5
(Anteriores)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CRM 4714 TEOT 6115

Ortopedia Traumatologia

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: RAYSSA LAURINDO FARIAS
aluna estudante
CPF/MF: 14659975479 RG: 4476164
Endereço: Rua Prof. Antonio Gomes, 7
Bayeux - PB 58309660

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

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 sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 20 de junho de 2018.

Rayssa Laurindo de Farias
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0199284/18
Vítima: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS
CPF: 146.599.754-79

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/12/2016
Titular do CPF: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

RAYSSA LAURINDO DE FARIAS : 146.599.754-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2018
Nome: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS
CPF: 146.599.754-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

Sandra Maria Accioly Pedrosa

F



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL 4.476.164 DATA DE
EXPEDIÇÃO 04/09/2017

NOME RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

FILIAÇÃO ESTELA LAURINDO DE FARIAS

NATURALIDADE RAYSSA-PB DATA DE NASCIMENTO 30/12/1999

MAIS N. 7849 ELS. 159V LIV. A13
CARTÓRIO JOÃO PESSOA-PB

146.599.734-79

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-039

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RAYSSA LAURINDO DE FARIAS
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SINCOR/PB

05 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rayssa Laurim de Farias,

RG nº 4476164, data de expedição 04/09/17, Órgão JSP

CPF nº 146599754-79, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Prof. Antom Gomes</u>
Número	<u>7</u>
Apto / Complemento	<u>QD 128</u>
Bairro	
Cidade	<u>Bayeux</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>58309 660</u>
Telefone de Contato	<u>986949262 / 981268939</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 05/03/18

SINCOR/PB

05 JUN. 2018

Assinatura do Declarante: Rayssa Laurim de Farias

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

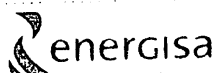


ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 53071-680
CNPJ 09 095 183 / 0001-40 - Insc Est 16 015 823-0

Nº 005 595 317

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
ROSA DA COSTA FARIAS RUA PROF ANTONIO GOMES 7 QD 128 LT 01 BAYEUX		5/419178-9		
REFERENCIA	APRESENTACAO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2018	25/04/2018	129	03/05/2018	R\$ 72,08

Assinar: www.energisa.com.br

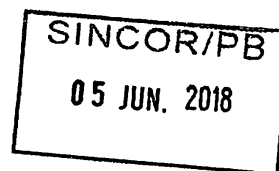


ROSA DA COSTA FARIAS
Roteiro: 15-008-525-2880
8367000000-0 72080054000-0 04191782018-9 04100008019-6

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
03/05/2018	R\$ 72,08	419178-2018-04-1

(M F F F F B E V Q J W B E B S g Q S J j Q J d E E Q S g)

BAIRRO ⇒ Mario Anchoaga
58309 660



CONFERIDO COM O ORIGINAL





Poder Judiciário da Paraíba
8ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0844878-67.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto: [SEGURO]

Polo ativo: AUTOR: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico que autuei e faço os presentes autos CONCLUSOS. Dou fé.

JOÃO PESSOA, 5 de setembro de 2018
WEZALY DE MEDEIROS MEIRA





Poder Judiciário da Paraíba
8ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0844878-67.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

INTIME-SE a parte autora, para apresentar extrato atualizado do seu processo administrativo, no prazo de 15 dias, sob pena de extinção.

JOÃO PESSOA, 5 de setembro de 2018.

RENATA DA CÂMARA PIRES BELMONT

Juiz(a) de Direito



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DE JOÃO
PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

RAYSSA LAURINDO DE FARIAS, já qualificado, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, nos autos da **AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE**, que move me face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, também qualificada, vem expor para ao final requerer:

Em atenção ao despacho retro vem o Promovente informar que **A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA DA SEGURADORA**



RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS EM LEI, DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PAGA O REFERIDO PAGAMENTO.

Diante desses fatos, restou à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o seu direito.

Sendo assim, requer a juntada do andamento do procedimento administrativo, bem como pugna pelo prosseguimento da presente demanda, com a consequente citação da parte Promovida, bem como reitera todos os termos da exordial.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 05 de novembro de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final e o prazo de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180255868 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SINCOR/PB

BENEFICIÁRIO RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

CPF/CNPJ: 14659975479

Posição em 05-12-2018 16:52:29

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada q

Descrição	Tipo	Status	Nome
➔ Documentação médico-hospitalar	Vítima	Não Conforme	

ATENÇÃO! O ponto de atendimento onde você entregou a documentação não faz mais parte da rede de pontos autorizados. Verifique quais são.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/06/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/xw5iu__2s__u5oIWxa04Ograpi_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqN5TEhRN8PEcHUe9I6F0uRc=)
08/06/2018	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/a2OaHcuERsOnW0UrC7Axiapi_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqN5TEhRN8PEcHUe9I6F0uRc=)
07/06/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/NtjGAZX46HEaEqay9Xhmrapi_key=Y1mS5keYVAdcc4fjeMVfqN5TEhRN8PEcHUe9I6F0uRc=)

ACESSIBILIDADE



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



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)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(https://http://kasp.furukawa.jp/DB/DBofTigra/1%3C%ADder-dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes\)](#)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)

www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true

2/3



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 05/12/2018 16:39:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18120516382909000000017691154>
 Número do documento: 18120516382909000000017691154

05/12/2018

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





Poder Judiciário da Paraíba
8ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0844878-67.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc

Defiro o pedido de assistência judiciária.

1. CERTIFIQUE a escrivania a existência de outra ação idêntica a presente, envolvendo as mesmas partes, eventualmente distribuída para vara cível diversa;
2. Caso negativa a certidão, determino a citação da parte ré, com prazo de 15 dias, uma vez que a audiência de conciliação/medição prevista no art. 334, do CPC/2015 mostra-se inoportuna no presente caso, ante a necessidade de realização de perícia prévia.
3. Apresentada contestação, INTIME-SE para impugnar no prazo de 15 dias.

CUMPRA-SE

JOÃO PESSOA, 27.01.2020.

RENATA DA CAMARA PIRES BELMONT

Juiz(a) de Direito





8ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

0844878-67.2018.8.15.2001 [SEGURO]

Nome: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

Endereço: R PROFESSOR ANTONIO GOMES, 7 Q128, (Área II), MUTIRÃO, BAYEUX - PB - CEP: 58309-660

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

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

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada,

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

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

,para que tome conhecimento de todo o conteúdo da ação supra, bem como para **integrar a relação processual apresentando sua defesa no prazo de 15(quinze) dias**, nos termos do art. 238, do NCPC. Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor. (art. 344, NCPC).

JOÃO PESSOA-PB, 29 de janeiro de 2020.

De ordem,**FRANCIMARIO FURTADO DE FIGUEIREDO**
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ e DEMAIS DOCUMENTOS ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	18081416155880100000015538939
adm rayssa laurindo docs1	Documento de Comprovação	18081416151862300000015539072
adm rayssa laurindo prot adm	Documento de Comprovação	18081416153054300000015539084
Certidão	Certidão	18090516075449500000015998062
Despacho	Despacho	18090517363933900000016001106
Petição	Petição	18120516385696200000017691127
Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo	Informações Prestadas	18120516382909000000017691154





CERTIDÃO

João Pessoa, 5 de fevereiro de 2020

FRANCISCO DE ASSIS FERNANDES GUEDES





8ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

0844878-67.2018.8.15.2001 [SEGURO]

Nome: RAYSSA LAURINDO DE FARIAS

Endereço: R PROFESSOR ANTONIO GOMES, 7 Q128, (Área II), MUTIRÃO, BAYEUX - PB
- CEP: 58309-660

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

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

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, **CITO Nome: BRADESCO SEGUROS S/A**

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

,para que tome conhecimento de todo o conteúdo da ação supra, bem como para **integrar a relação processual apresentando sua defesa no prazo de 15(quinze) dias**, nos termos do art. 238, do NCPC. Caso o promovido(a), ora citado(a), não ofereça(m) contestação, será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor. (art. 344, NCPC).

JOÃO PESSOA-PB, 29 de janeiro de 2020.

De ordem, **FRANCIMARIO FURTADO DE FIGUEIREDO**
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ e DEMAIS DOCUMENTOS ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	18081416155880100000015538939
adm rayssa laurindo docs1	Documento de Comprovação	18081416151862300000015539072
adm rayssa laurindo prot adm	Documento de Comprovação	18081416153054300000015539084
Certidão	Certidão	18090516075449500000015998062
Despacho	Despacho	18090517363933900000016001106
Petição	Petição	18120516385696200000017691127

Rosimery Soares Costa
Assistente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB



Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo	Informações Prestadas	18120516382909000000017691154
--	-----------------------	-------------------------------



Assinado eletronicamente por: **FRANCIMARIO FURTADO DE FIGUEIREDO**

29/01/2020 17:39:02

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

ID do documento: **27810508**



20012917390146800000026829294

[imprimir](#)

