

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:**

VALCIR CORRÊA DE MORAIS

Outorgados: Dr. ABRAÃO COSTA FLORÊNCIO DE CARVALHO, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.904, e-mail: [abraao@vieiraecosta.com.br](mailto:abraao@vieiraecosta.com.br), Dr. ADAILTON COELHO COSTA NETO, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.903, e-mail: [adailton@vieiraecosta.com.br](mailto:adailton@vieiraecosta.com.br), todos com escritório profissional na Rua João Amorim, 356, sala 2, Centro, João Pessoa, PB, fone (83) 3243-8889, Cep: 58013-310

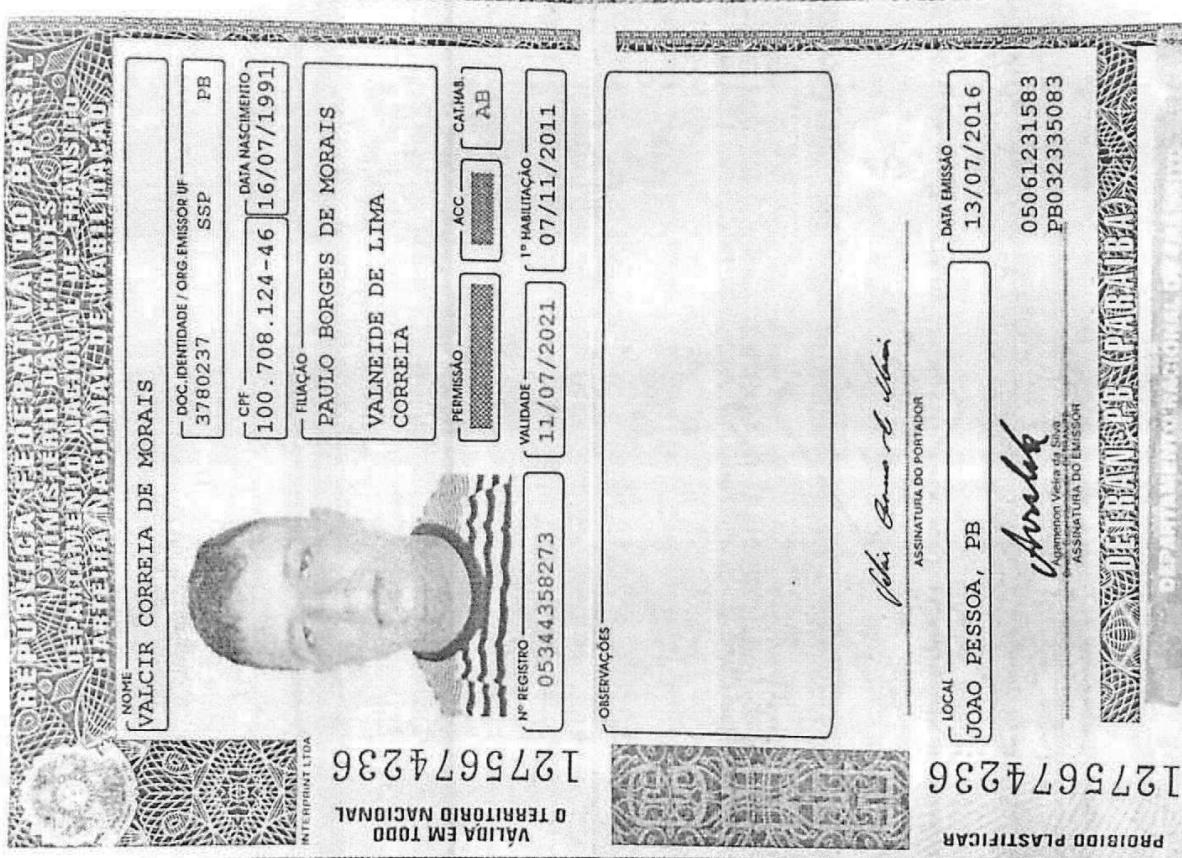
Poderes: Confere amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "***ad judicia et extra***", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, reclamações trabalhistas, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas judiciais, cautelares, administrativas, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos médicos e prontuários junto clínicas e hospitais públicos e/ou particulares, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, fazer acordo, impugnar, assinar termos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s), bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Poderes Específicos: A presente procuração outorga aos advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15**, podendo tais poderes serem substabelecidos.

João Pessoa, 17 de outubro de 2018.

Valcir Corrêa de Moraes  
**OUTORGANTE**





Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:44  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914323899200000026815011  
Número do documento: 20012914323899200000026815011

Num. 27795967 - Pág. 2

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: N° 037.196.552



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

VALCIR CORREIA DE MORAIS  
SIT LAGOA GRANDE S/N  
CUITE DE MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/1602980-3**

### REFERÊNCIA

**JAN/2020**

### APRESENTAÇÃO

**13/01/2020**

### CONSUMO

**82**

### VENCIMENTO

**20/01/2020**

### TOTAL A PAGAR

**R\$ 70,53**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

**00190.00009 02624.912008 10858.317174 4 8140000007053**

Pagador: VALCIR CORREIA DE MORAIS CNPJ/CPF: 100.708.124-46

SIT LAGOA GRANDE S/N - AREA RURAL - CUITE DE MAMANGUAPE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120010858317	001602980202001	20/01/2020	R\$ 70,53	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914323899200000026815011>

Número do documento: 20012914323899200000026815011

Num. 27795967 - Pág. 3



## CERTIDÃO

Nº. 0195/2019

Atendendo solicitação de **VALCIR CORREIA DE MORAIS** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 140502 e Prontuário nº 2018.06.003810 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/06/2018 às 20H25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Indicado tratamento cirúrgico. Alta a pedido dia 29/06/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Março de 2019

\_\_\_\_\_  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: - CNPJ:

Ficha Nr: 140502 Atd: Nao Regul  
Data: 28/06/2018  
Hora: 20:25:40  
Repcionista: HELENA MARIA HONORAT  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: VALCIR CORREIA DE MORAIS Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 704805536794647 Sexo: M IDENTIDADE: 3780237 Fone: 981265937  
Natural: GUARABIRA/PB Data Nasc.: 16/07/1991 Id: 27 ano(s)  
End.: SITIO LAGOA GRANDE,00  
Bairro: ZONA RUARL Cidade: CUITE DE MAMANGUAPE UF :PB  
Mae: VALNEIDE DE LIMA CORREIA Pai: PAULO BORGES DE MORAIS  
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO  
Resp.: MAE  
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: D  
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU  
Vitima de acidente por: SITIO BONITA - COLISAO MOTO/CONDUTOR X CARRO  
Vitima de violência por: HJ. 16:30  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO  
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO  
PA: FR: [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
FC: TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
Peso: Altura: [ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
Glicemia: IMC: [ ] Diarreia [ ] Agitado  
Circ. Abd: O2%: [ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
[ ] Observacao

SAMU

*ACIDENTE motocicleta, Trauma Peu Samu  
Colisão - Outro*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

TORAX: NDN

ABD: NDN

Diagnostico Ext: FEVER | Conduta

Prescricao CO: ANM OFICINA Horario da medicacao



Cárcio Augusto Ribeiro  
Sociedade Brasileira de Urologia  
Presidente  
2019/2020





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 28/06/18

Nome: VACIN CORREIA DE MONTES  
Prontuário: Idade: Enfermaria: Leito:

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_

Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /

Escolaridade: \_\_\_\_\_

QPD: \_\_\_\_\_

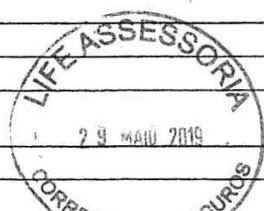
HDA: Presente apreensão de sede e de

fadiga muscular em ZMA (S)

Apresente febre mala contínua

em Região Anterior do 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 Pescoco:** [ ]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 [ ]Melena [ ]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.



HN - 071-129



## TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Valcix Correia de Moraes,  
pessoa responsável pelo(a) paciente, o mesmo,  
certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e  
espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital.  
Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o  
Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo  
que possa ocorrer decorrente do seu ato.

João Pessoa, 29 / 06 / 2018



Valcix Correia de Moraes  
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável

Rg. 3 780-234-SSP/PB

Assinatura do (a) Funcionário (a)

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



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HAS [ ]DMD [ ]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: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

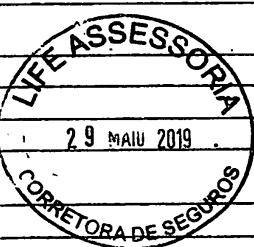
ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: F rato + ZN + (6)Conduta: \_\_\_\_\_ - Inhaloterapia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Sofá \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Intubação \_\_\_\_\_*Dr. Enes P. Costa Neto  
Médico Residente em Ortopedia  
CRM: 64936*

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

*Dr. Rava + Dr. Sávia*


  
 Hospital Samaritano  
**CENTRO CIRÚRGICO – FICHA DE CIRURGIA**

**FICHA DA CIRURGIA**

Paciente: Colciv Corvin de Souza  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_ Data: 27/06/18 Convenio: Bacete

**SUMÁRIO CLÍNICO**

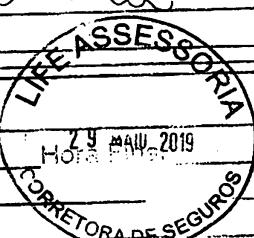
Bri e der, let seu  
Toracelo

**EQUIPE CIRÚRGICA**

Cirurgião: Dr Fidias Borboleta  
 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_  
 3º Auxiliar: Do. Gutemberg Borboleta  
 Anestesista: Do. Gutemberg Borboleta  
 Instrumentador(a): Abraao

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

Data da Cirurgia: 27/06/18 Hora Inicial: \_\_\_\_\_  
 Local de Cirurgia: Freteiro do Rio Hora Final: 29 MAI 2019  
 Diagnóstico Pré-Operatório: Fistula TNC  
 Tipo de Anestesia: Regional  
 Risco Cirúrgico: \_\_\_\_\_  
 Intercorrelações Cirúrgicas: \_\_\_\_\_



Diagnóstico Pós-Operatório: Oncor

Cirurgia (Descrever via acesso, Tática e Técnica, Ligadura, Sutura, Aspecto das Visceras, material empregado)

- ① Asepsie + art: gipsada
- ② Acom esteril + ml
- ③ Fixo blu + linstosio
- ④ Deixa de ferme
- ⑤ Fixo + placa 3,5 + D. St. placa
- ⑥ Ferme por blu + linstosio

Dr. Fidias G. F. Borboleta  
 CRM-PB: 1395  
 CRM-PE: 14654  
 SBOT: 16276



S		VICTOR CORREIA MORAES									
Hospital Samaritano		PRESSO. INICIAL (mmHg)	PRESSO. FINAL (mmHg)	PULSO (min)	TEMP (°C)	ESTADO MENTAL	ASA 1 (2) 3 4 5 6 E	CONVENIO	PATIUNAR		APT/ENF
AGNÓSTICOS		100/70		100	36,5	ESTAD. NORMAL	ASA 1 (2) 3 4 5 6 E	CONVENIO	PATIUNAR		APT/ENF
ROCEDIMENTO REALIZADO		TIRADA MELITO CINTURAO		EMERGÊNCIA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		IMPA SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		DESTINO DO PACIENTE URPA <input type="checkbox"/> ENF/APT <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> AMB <input type="checkbox"/>		Nº ATENDIMENTO:	
INÍCIO (h:min) 19:30		TERMINO (h:min) 20:30		DURAÇÃO (min) 100		EFETO SATISFAZORIO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		CARTEIRA:		COLAR ETIQUETA SE HOUVER	
HORÁRIO DO PROCEDIMENTO											
MONITORIZAÇÃO		OXIGÉNICO									
SAP. ANEST. CHECADO		<input type="checkbox"/> NO / AR		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO	
CARDIOSCÓPIO		<input type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO		<input type="checkbox"/> SEVOFLURANO	
OXIMETRIA DE PULSO		<input type="checkbox"/> OXIMETRIA		<input type="checkbox"/> ESPONTÂNEA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA	
CAPNOGRAFIA		<input type="checkbox"/> CAPNOGRAFIA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA	
IBIS		<input type="checkbox"/> IBIS		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA	
RESSÃO ART. NÃO INVASIVA		<input type="checkbox"/> RESSÃO ART. NÃO INVASIVA		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA		<input type="checkbox"/> MECÂNICA	
EST. DE NERVOS		<input type="checkbox"/> EST. DE NERVOS		<input type="checkbox"/> ETCO <sub>2</sub>		<input type="checkbox"/> BIS		<input type="checkbox"/> BIS		<input type="checkbox"/> BIS	
GULHA <sup>®</sup>		<input type="checkbox"/> GULHA <sup>®</sup>		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG	
ACESSO VENOSO		<input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO		<input type="checkbox"/> ETCO <sub>2</sub>		<input type="checkbox"/> BIS		<input type="checkbox"/> BIS		<input type="checkbox"/> BIS	
CATETER IV		<input type="checkbox"/> CATETER IV		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG	
INTRACATH		<input type="checkbox"/> INTRACATH		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG	
DUP. LUMEN		<input type="checkbox"/> DUP. LUMEN		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG	
BOMBA DE INFUSÃO		<input type="checkbox"/> BOMBA DE INFUSÃO		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG	
ANOTações:		LÍQUIDOS									
VIA AÉREA DIFÍCIL		<input type="checkbox"/> VIA AÉREA DIFÍCIL		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO		<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO		<input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> OROTRAQUEAL		<input type="checkbox"/> NASOTRAQUEAL		<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA		<input type="checkbox"/> TRAQUEOSTOMIA	
<input type="checkbox"/> ALERGIAS		<input type="checkbox"/> ALERGIAS		<input type="checkbox"/> CÁNULA GUEDEL		<input type="checkbox"/> MÁSCARA FACIAL		<input type="checkbox"/> CÁNULA GUEDEL		<input type="checkbox"/> MÁSCARA FACIAL	
<input type="checkbox"/> CATETER NASAL		<input type="checkbox"/> CATETER NASAL		<input type="checkbox"/> CATETER NASAL		<input type="checkbox"/> CATETER NASAL		<input type="checkbox"/> CATETER NASAL		<input type="checkbox"/> CATETER NASAL	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CÁNULA GUEDEL		<input type="checkbox"/> MÁSCARA FACIAL		<input type="checkbox"/> CÁNULA GUEDEL		<input type="checkbox"/> MÁSCARA FACIAL	
QUAL:		<input type="checkbox"/> QUAL:		<input type="checkbox"/> QUAL:		<input type="checkbox"/> QUAL:		<input type="checkbox"/> QUAL:		<input type="checkbox"/> QUAL:	
ISA ALGUMA MEDICAÇÃO		<input type="checkbox"/> ISA ALGUMA MEDICAÇÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SUBTOGA		<input type="checkbox"/> SUBTOGA		<input type="checkbox"/> SUBTOGA	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SUBTOGA		<input type="checkbox"/> SUBTOGA		<input type="checkbox"/> SUBTOGA		<input type="checkbox"/> SUBTOGA	
QUAL:		<input type="checkbox"/> QUAL:		<input type="checkbox"/> QUAL:		<input type="checkbox"/> QUAL:		<input type="checkbox"/> QUAL:		<input type="checkbox"/> QUAL:	
SUBTOGA:		<input type="checkbox"/> SUBTOGA		<input type="checkbox"/> SUBTOGA		<input type="checkbox"/> SUBTOGA		<input type="checkbox"/> SUBTOGA		<input type="checkbox"/> SUBTOGA	
CORRER DESESSORTE											
BALANÇO HIDRÓICO											
DIURESE:		INICIAL:		FINAL:		ml		ml		ml	
S. GLIC. 5%		S. F. 0,9%		S. R. LACTATO		7777		7777		7777	
CONC. HEMÁCIAS		TOTAL		7777		7777		7777		7777	
CARIMBO E ASSINATURA ANESTÉSICO											
P.G.I.											



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324408200000026815014>

Número do documento: 20012914324408200000026815014

Num. 27795970 - Pág. 7

Bloco Cirúrgico

Paciente: <i>Valter Correia Moraes</i>	Convênio: <i>Pacote</i>
Cirurgia: <i>Frotana de Tumores Craniense</i>	Data: <i>29/6/18</i>
Cirurgião: <i>DR. Fábio Borboleta</i>	Anestesista: <i>DR. Gutembergue</i>
Auxiliar 1:	Anestesia: <i>Rogue + Sedacão</i>
Auxiliar 2:	Circulante: <i>José 719071</i>
Instrumentador: <i>Adriano</i>	Idade:

MEDICAMENTOS			
Água Destilada 10 ml	Droperidol	Q1	Nimbum
Adrenalina	Etomidato		Neomicina Pomada
Aminofilina	Efedrina		Neocaína Isobárica
Amicacina	Fenergan		Neocaína Pesada
Atropina	Fentanil 2ml	Q2	Novabupi 0,5 c/v
Bextra 40mg	Fentanil 10ml		Novabupi 0,5 s/v
Buscopam Composto	Flagyl 500mg		Nubaim
Buscopam Simples	Fenitoína		Omeprazol
Brycanil	Flumazenil		Oxacilina 500mg
Clonidina	Gentamicina		Pavulon
Cipro 200mg	Glicose 50%		Plasil
Duo Decadron	Hidrocortisona		Precedex
Dimorf 0,2mg	Keflim 1g	Q1	Profenid
Dimorf 10mg	Kefazol 1g	Q2	Propofol
Dimorf 1mg	Ketalar/Ketamin	Q1	Prostiguimine
Dexametasona mg	Kolagenase Pomada		Quelicim mg
Dipirona Sódica	Lasix		Rapifen
Dolosal	Liquemine		Ranitidina
Dormonid	Narcan		Rocefin 1g
Diazepam	Nauseodron		Telebrix

SOLUÇÕES			
Soro Fisiol. 0,9% 1000ml	Soro Ringer c/ Lactato	Q9	PVPI Degermante
Soro Fisiol. 0,9% 500ml	Água Destilada 1L		PVPI Tintura
Soro Fisiol. 0,9% 250ml	Purisole		PVPI Tópico
Soro Glicosado 5% 250ml	Manitol		
Soro Glicosado 5% 500ml	Voluven		

MATERIAIS DESCARTÁVEIS			
Akulha 13x4,5G	Conexão 2 vias	Q1	Luva de Procedimento
Akulha 25x7G	Dreno Penrose 1		Luva 7,0
Akulha 40x12G	Dreno Penrose 2		Luva 7,5
Akulha Raqui 25G	Dreno Penrose 3		Luva 8,0
Akulha Raqui 26G	Dreno Sucção 3,2		Luva 8,5
Akulha Raqui 27G	Dreno Sucção 4,8		Lâmina Bisturi 11
Akulha Peridural 16G	Dreno Sucção 6,4		Lâmina Bisturi 15
Akulha Peridural 17G	Dreno Tórax 32		Lâmina Bisturi 24
Akulha Peridural 18G	Dreno Tórax 36		Máscara Descartável
Akulha de Bloqueio Plexo	Dreno Tórax 38		Propé
Jelco 14G	Espadrapo	Q1	Seringa 1ml
Jelco 16G	Eletrodos	Q5	Seringa 3ml
Jelco 18G	Equipo Macrogotas	Q1	Seringa 5ml
Jelco 20G	Equipo Microgotas		Seringa 10ml
Jelco 22G	Escova degermante	Q5	Seringa 20ml
Jelco 24G	Gorro Descartável	Q4	Seringa 60ml
Atadura Crepon 15cm	Gaze Pacote	Q7	Sonda Foley 3v 18
Atadura Crepon 30cm	Gelfoan		Sonda Foley 3v 20
Atadura Gessada	Surgicel		Sonda Foley 3v 22
Coletor Sist. Aberto	Intracath		Sonda Foley 2v 12
Coletor Sist. Fechado	Catéter monolúmen		Sonda Foley 2v 14
Cateter Nasal	Filtro bacteriológico		Sonda Foley 2v 16
Cateter Peridural 16	Capa VDL		Sonda Foley 2v 18

EQUIPAMENTOS

Aspirador	Capnógrafo	Fonte de Luz	RX/ Arco Cirúrgico
Bisturi Elétrico	CO2	Monitor	Tricotomia
Bomba de Infusão	Oxigênio	Respirador	Peça Cirurg:
Carro de VDL	Nitrogênio	Oxímetro	Destino:

Jucelina Faustino da Silva  
COREN-PB 523.018-ENF



Hospital Samaritano

**Sistematização da Assistência de Enfermagem do Bloco Cirúrgico**

Paciente:	Data: 29 / 6 / 18
Nome da Mãe: Valmídia Lúcia	Convenio: Pacote
Cirurgião: DR Z	2º Cirurgião
3º Cirurgião:	Anest. DR: Guilherme
Cirurgia: Frot de Tornozelo esquerdo	Origem:

**ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO**

Recepção do Paciente: ( ) Paciente Interno ( ) Paciente Ambulatorial () Cirurgia Eletiva ( ) Cirurgia de Urgência Venoclise ( ) Sim ( ) Não ( ) Periférico\_MS ( ) Central

Estado geral/Nível de Consciência:

( ) Consciente ( ) Sedado ( ) Outros, SSVV: PA: 150 / 69 mmHg P: 56 bpm R: 18 SPO2 99

LIFE ASSESSORIA  
ORDEM DE SERVIÇO

**TRANS-OPERATÓRIO**

29 MAI 2019

Grau de Contaminação: () Limpa: epiderme, subcutâneo, músculo-esquelético, nervoso e cardiovascular, ( ) Contaminada: cólon, reto e ânus, crânio, ( ) Potencialmente Contaminada: gastrointestinal, respiratório, genito-urinário, oculares e de vias biliares ( ) Infectada: tecido com presença de infecção local

Posição do Paciente no Transoperatório: ( ) Dorsal () Ventral () Lateral E/D ( ) Ginecológica

Coxim: ( ) Dorsal () Coluna Cervical ( ) Ombro ( ) Tórax ( ) Outros:

Bisturi Elétrico: ( ) Sim () Não Local da Placa: ( ) Panturrilha ( ) Face posterior da coxa ( ) Glúteos

Soluções Usada na Assepsia: () PVPI ( ) Clorexidina ( ) Outros

Uteros e Drenos: SVD nº _____ ( ) 2 vias ( ) 3 vias c/irrigação, Anticéptico utilizado, _____ Balão insuflado com _____ ml, Passado por: _____	( ) Acesso central ( ) Acesso venoso periférico MS E	( ) SNG nº _____ ( ) Pen rose nº _____, ( ) Dreno sucção kher, ( ) Dreno de blacker nº _____ ( ) Dreno de tórax nº _____
---	--	---

Ostomias: ( ) Traqueal ( ) Cística ( ) Local

Tipo de Anestesia: ( ) Geral () Raquianestesia ( ) Peridural () Sedução ( ) Local ( ) Geral Venosa  
( ) Bloqueio de plexo ( ) Sedação ( ) Tubo Endot. Nº \_\_\_\_\_ Fio guia: ( ) Sim ( ) Não ( ) Guedel nº \_\_\_\_\_

Serviços Requisitados: ( ) Banco de Sangue ( ) Radiologia ( ) Laboratório

Hora do Início: 19 : 30

Hora do Término:

Intercorrencias: ( ) Sim () Não

Qual: \_\_\_\_\_





### IDENTIFICAÇÃO DE CAIXAS DE CIRURGIA

Paciente: Vilma Conceição de morais

Atendimento: \_\_\_\_\_

Convênio: Pocoté

Cirurgia: Fratura de Tornozelo esquerdo

Cirurgião: DR. Fábio Borbone

Sala: 02 Data: 29/01/18

Circulante de sala (não rubricar): João 719 091

<p>71- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador <b>BROWNE</b></p>	<p>19- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador <b>BROWNE</b></p>	<p>02- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador <b>BROWNE</b></p>
<p>11- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador <b>BROWNE</b></p>	<p>19- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador <b>BROWNE</b></p>	<p>02- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador <b>BROWNE</b></p>
<p>11- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador <b>BROWNE</b></p>	<p>19- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador <b>BROWNE</b></p>	<p>02- Data do Processo Data de Validade No. do Equipmento No. do Ciclo No. do Operador <b>BROWNE</b></p>
<p>LIFE ASSESSORIA 29 MAI. 2019 CORRETORA DE SEGUROS</p>		





Hospital Samaritano

Ficha de Evolução Clínica

Paciente: \_\_\_\_\_  
Leito: \_\_\_\_\_ Convênio: \_\_\_\_\_ Setor: \_\_\_\_\_

DATA	29/06
Anamnese	
Exame Físico	
Diagnóstico	
Tratamento	
Prognóstico	
Assinatura do Médico	
Dr. Fidias G. F. Borborema CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9870	
	
Atendido em 29/06/2019	
Atendido pelo Dr. Fidias G. F. Borborema	
Assinatura do Médico	
Dr. Fidias G. F. Borborema CRM-PB: 5395 CRM-PE: 14654 SBOT: 9870	



Hospital Samaritano

INSTITUCIONAL  
CONVENÇÃO COOPERATIVA DE MATERIAIS  
MEDELLIN/COLOMBIA DATA: 29/01/2020  
NASC: 16/07/1991 (26 ANOS)  
NOME: VANDERLEIA CUNHA DE MORAES  
REGISTRO: 0016301

Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 29/06/18

Paciente:

Apt: 34 Col: Andar:

Clinica:

OED	AGENTE TERAPÉUTICO / QUANTIDADE / VIA	DATA
①	D. Peixe	
②	SOL - 200ml	1/6/18
③	Clorotetrac 500 mg + AGO 6/6 hr	03-05/18
④	6/6 hr.	
⑤	Alprazolam 2 mg + AGO 6/6 hr	23-05-18
⑥	Tilostil 40 + AGO 1X dia	
⑦	Ornarexol 40 mg 1X dia + AGO 05 (30.06)	
⑧	Ostomin 100 - 1FL + AGO	(23) 07/18
	outro dia	
⑨	Tremel 100 + 200ml	03-07
	5ML dia 2/ptm	
⑩	Cleme 40 (30) 1X dia	29(30-06)
⑪	Spur - CCGS	10 dias

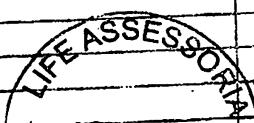
Dr. Fidias G. F. Borborena

CRM-PB: 5395

CRM-PE: 14654

SBOT: 9876

SBOT: 9876



29 MAIO 2018

CORRETORA DE SEGUROS

2018

Dr. Gracilice Nogueira

Dr. Gracilice

sen



Sistema de Distribuição de Medicamentos Por Dose Individualizada - SDMDI

Prescrição Médica

Data: 20/06/18

Paciente:

Solaine C. da Silva

Clinica:

Apt: 34

Setor:

OED	AGENTE TERAPÉUTICO / QUANTIDADE / VIA	TIPO
①	D. Urucu	
②	Fevereiro Glicoteno + TAKA Dofetilide	
③	Alfalfa hospitalar	
④	Salvia verde - IFR (av) B	
Dr. Fidias C. F. Borborema		
CRM-PB: 5395		
CRM-PF: 14654		
SBOT: 9876		
MÉDICO:		
CRM:		
SEPARADO POR:		





Hospital Samaritano

Valcir C. L. Melo

64

Tm

- Retorno youme

01/2

Aphelio Tm

Dr. Fidias G. F. Borborena  
CRM-PB: 5395  
CRM-PE: 14854  
SBOT: 9876



Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia  
Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – PB

Fone: (83) 3048-2100



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324408200000026815014>  
Número do documento: 20012914324408200000026815014

Num. 27795970 - Pág. 14



Lendo as deles

Belas Coisas de Mares  
foi submetido a tratamento  
cirúrgico com fixação de  
pele em TN2-E, após  
seis meses de tratamento.

No momento a paciente  
encontra-se consolidada;

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia

Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

---

Dr. Fidias G. F. Bordorffha  
Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb  
CRM-PB: 5395  
CRM-PE: 14654  
SPOT: 9876

Fone: (83) 3048-2100



entre tantas horas Pende  
de satisfazer o Trabalho.

O paciente sente que se  
deixa os membros.

CID: 582.5

Dr. Filipe G. F. Borbochma  
CRM-PB: 5895  
CRM-PE: 14654  
SBOT: 9876

J.P. 16/11/18





**S**  
Hospital Samaritano

DPUT

Salvador Coimbra de Moraes  
vítima de acidente de  
trânsito.

Foi submetido a tratamento  
comprimidos para frear a  
fractura do braço esquerdo e  
também houve o agamento

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia

Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324774800000026815016>  
Número do documento: 20012914324774800000026815016

Num. 27795972 - Pág. 3

me volar de um mil e  
setecentos reais (R\$1.400,00)  
para pagamento da equipa  
máscara e do material  
de implemento (Rocas + Roscos).

J.P.

16/11/18

Dr. Fidias G. F. Borboenga  
CRM-PB: 5395  
CRM-PE: 14654  
SBOT: 9876





Hospital Samaritano

300

Reclamação p/ DPVAT

R

Blair Coimbra Moreira  
foi beneficiado o Testamento ciúmr.  
que com fixação de profissão do  
Templo esquerdo, após o acidente  
motociclistico.

Coimbra seu se queles.

Hoje o pagamento de cíes  
mil reais (Hospital + motel +  
equipe médica).

Ressonância Magnética – Tomografia – Hemodinâmica – Ultrassanografia

Endoscopia – Laboratório de Análises Clínicas – Radiologia – Videolaparoscopia

Av. Santa Júlia, 35 – Torre – João Pessoa – Pb

Fone: (83) 3048-2100



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324774800000026815016>  
Número do documento: 20012914324774800000026815016

Num. 27795972 - Pág. 5

Dz: Frentine Tonello E

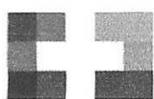
CIP: 582.4

J.P.

10/08/18

13  
Dr. MÁRCIO E. BARBOSA  
CRM-PB: 5303  
CRM-ME: 14054  
SSC: 0876





SECRETARIA DE  
SAÚDE



CIDADE DO  
TRABALHO

PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 20 de Julho de 2018



**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, VALCIR CORREIA DE MORAIS, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 28 de Junho de 2018, vítima de colisão carro com motocicleta, e transferido ao Ortotrauma.

*Gurápu* Crisane França de Farias  
Coordenadora Geral SAMU 192  
Mamanguape/PB  
CNPJ 08674396000164

Rua Marquês do Herval, 64 - Centro – Fone (83) 996501777/991136091 –  
samucrisane@gmail.com





## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **VALCIR CORREIA DE MORAIS** cpf nº. 100.708.124-46 esteve internado neste hospital para tratamento cirúrgico no período de 29/06/2018 a 30/06/2018 conforme registro de nº. 16301.

João Pessoa, 29 de Outubro de 2018.

*Dr. Marco Antônio Barros  
CRM 4617  
Gestor Clínico  
Hospital Samaritano*  
Dr. Marco Antônio Barros  
Diretor Clínico

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100 e-mail [hsamaritano@veloxmail.com.br](mailto:hsamaritano@veloxmail.com.br)



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324774800000026815016>  
Número do documento: 20012914324774800000026815016

Num. 27795972 - Pág. 8



## D E C L A R A Ç Ã O

Conforme solicitação do Sr. **VALCIR CORREIA DE MORAIS** estamos entregando cópia do seu prontuário no período de 29/06/2018 a 30/06/2018.

João Pessoa, 29 de Outubro de 2018.

Marco Antonio Barros  
Marco Antonio Barros  
Diretor Clínico  
Hospital Samaritano

Avenida Santa Júlia 35 - Torre - João Pessoa (PB) - CGC 09.129.222/0001-83 - Fone/Fax (083)3048-2100 e-mail  
[hsamaritano@veloxmail.com.br](mailto:hsamaritano@veloxmail.com.br)



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:32:50  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914324774800000026815016>  
Número do documento: 20012914324774800000026815016

Num. 27795972 - Pág. 9



# GOVERNO DA PARAÍBA



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº **03/2019**

Ocorrência nº. **0931/2019**

Aos DEZESSETE dias de MAIO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **FRANCISCO MARINHO DE MELO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 09h:33min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**VALCIR CORREIA DE MORAIS**, conhecido por , Identidade nº 3.780.237-SSP/PB, CPF nº 100.708.124-46, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: agricultor, filho(a) de Paulo Borges De Moraes E De Valneide De Lima Correia, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 16/07/1991 (27 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa Grande, nº s/n, bairro: zona rural – Cuité de Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Cuité De Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83)98144-6118.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 28 de junho de 2018;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Bonita nº , bairro: zona rural – CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

### **6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

Veículo marca/modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, cor: PRETA, placa: OEX 1689/PB, ano: 2011, chassi: 9C2KC1670BR636748 em nome de JOSEILTON SILVA DE SOUZA

### **8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE o comunicante estava conduzindo o referido veículo (motocicleta) no local em referência, quando colidiu frontalmente em um veículo SANTANA, que foi em sua direção em uma curva, QUE o condutor deste veículo é da cidade de João Pessoa e não sabe descrever maiores informações sobre o mesmo, QUE o condutor deste veículo ficou no local até a chegada do SAMU da cidade de Mamanguape/PB, pelo qual foi socorrido e conduzindo ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa, vítima de acidente de trânsito; QUE segundo laudo do referido hospital, o comunicante teve fratura do tornozelo esquerdo, QUE foi submetido a intervenção cirúrgica no Hospital Samaritano no mesmo dia em que fez pedido de alta hospitalar ao Complexo Hospitalar de Mangabeira - João Pessoa no dia 29/06/2018.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

**VALCIR CORREIA DE MORAIS**

Comunicante

**Escrivã(o) Agente**  
Matrícula nº 156.567-2



Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190644831      Vítima: ANTONIO AVELINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/09/2018      Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ANTONIO AVELINO DOS SANTOS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00143/00144 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 15189206



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 29/01/2020 14:33:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012914325534900000026815018>  
Número do documento: 20012914325534900000026815018

Num. 27795974 - Pág. 1

## 2<sup>a</sup> Vara Mista de Mamanguape

0800314-07.2020.8.15.0231

AUTOR: VALCIR CORREIA DE MORAIS

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

## Vistos,

1. Defiro a gratuidade judiciária, nos termos do art. 98, do CPC.
  2. Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, **deixo de designar audiência de conciliação** (CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM), após oportuna análise da conveniência e, especialmente, considerando que é facultada a conciliação às partes em qualquer momento do processo e não há nulidade sem prejuízo.
  3. **Cite-se a parte Ré para contestar** o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

4. Transcorrido o prazo concedido para a defesa e sendo esta apresentada, intime-se a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, **apresentar impugnação**, CASO seja(m) lançada(s) (I) preliminares<sup>1</sup>, (II) defesa indireta de mérito<sup>2</sup> ou (III) juntada de documentos<sup>3</sup>, permitindo-lhe a produção de prova (itens I, II e III), ou a impugnação correspondente (item III).

Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado/carta.

10 de março de 2020

## JUIZ(A) DE DIREITO

**Endereço para intimação/citação/notificação do(a/s) promovido(a/s)/impetrado(a/s):**

**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**

**1 CPC - Art. 351.** Se o réu alegar qualquer das matérias enumeradas no [art. 337](#), o juiz determinará a oitiva do autor no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe a produção de prova. **Art. 337.** Incumbe ao réu, antes de discutir o mérito, alegar: I - inexistência ou nulidade da citação; II - incompetência absoluta e relativa; III - incorreção do valor da causa; IV - inépcia da petição inicial; V - perempção; VI -



litispendência; VII - coisa julgada; VIII – conexão; IX - incapacidade da parte, defeito de representação ou falta de autorização; X - convenção de arbitragem; XI - ausência de legitimidade ou de interesse processual; XII - falta de caução ou de outra prestação que a lei exige como preliminar; XIII - indevida concessão do benefício de gratuidade de justiça.

**2 CPC - Art. 350.** Se o réu alegar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, este será ouvido no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe o juiz a produção de prova.

**3 CPC - Art. 437.** O réu manifestar-se-á na contestação sobre os documentos anexados à inicial, e o autor manifestar-se-á na réplica sobre os documentos anexados à contestação. § 1º Sempre que uma das partes requerer a juntada de documento aos autos, o juiz ouvirá, a seu respeito, a outra parte, que disporá do prazo de 15 (quinze) dias para adotar qualquer das posturas indicadas no art. 436. **Art. 436.** A parte, intimada a falar sobre documento constante dos autos, poderá: I - impugnar a admissibilidade da prova documental; II - impugnar sua autenticidade; III - suscitar sua falsidade, com ou sem deflagração do incidente de arguição de falsidade; IV - manifestar-se sobre seu conteúdo.

