



Número: **0809548-66.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
25488091	21/10/2019 16:47	Petição Inicial	Petição Inicial
25488561	21/10/2019 16:47	Docs Pessoais	Procuração
25488564	21/10/2019 16:47	Comprov de Residência	Informações Prestadas
25488565	21/10/2019 16:47	BO e Laudos	Documento de Comprovação
25488568	21/10/2019 16:47	GuiaCustas	Informações Prestadas
25488571	21/10/2019 16:47	RESPOSTA SEGURADORA	Outros Documentos
25606119	24/10/2019 14:14	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
27010477	12/12/2019 14:00	Petição	Petição
27010915	12/12/2019 14:00	comprovante de residencia joão rodrigues	Outros Documentos
27010917	12/12/2019 14:00	JOÃO RODRIGUES-convertido	Outros Documentos
27243166	20/12/2019 00:12	Decisão	Decisão
29378468	24/03/2020 19:25	Despacho	Despacho
30224931	28/04/2020 18:37	Mandado	Mandado
33276218	17/08/2020 11:24	Devolução de Mandado	Devolução de Mandado
33276526	17/08/2020 11:24	Citação_Bradesco Seguros_ 0809548-66.2019.815.2003	Devolução de Mandado
33276531	17/08/2020 11:24	Email Enviado - MANDADO DE CITAÇÃO_Bradesco Seguros_ Proc 0809548-66	Documento de Comprovação
33276532	17/08/2020 11:24	Email Confirmação de Recebimento - MANDADO DE CITAÇÃO_ Proc 0809548-66_Devolvido em 14-08-20_14h49	Documento de Comprovação

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DO
FÓRUM REGIONAL DE MANGABEIRA/PB.**

JOÃO RODRIGUES DA SAILVA, brasileiro, casado, porteiro, portador da Cédula de Identidade n.º 1.334.754 SSP-PB, e do CPF nº 753.327.524-15, podendo receber intimações na Rua Bernadete Xavier Batista, nº 81, Funcionários, João Pessoa/PB, por meio de seus procuradores e advogados adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do incluso instrumento de mandato, que podem receber intimações na Rua Praça Venâncio Neiva 21, Centro, Santa Rita/PB, vem, respeitosamente perante V. Ex.^a propor a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - COMPLEMENTAR
EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE**

em face da **BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 33.055.146/000 1-93, podendo ser citada no Parque Sólton de Lucena, 641, Centro, João Pessoa/PB o que faz de acordo com os fundamentos fáticos e jurídicos que passa a expor:

DA JUSTIÇA GRATUITA:

Inicialmente, requer o promovente sejam-lhe concedidos os benefícios da justiça gratuita, nos exatos termos do art. 4º da Lei 1.060/1950, e 5º, LXXIV, da Constituição Federal, por não ter condições de pagar as custas do processo e os honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento ou de sua família.

É cediço que a simples afirmação, nos moldes dos dispositivos retro citados, bem como reconhecidos na jurisprudência pátria dominante, é suficiente para o deferimento do pedido, conforme se pode observar na decisão do Tribunal de Justiça da Paraíba, a seguir, litteris:

“Assistência judiciária – Afirmação de pobreza em requerimento da parte – Dispensa de outras provas.

Não é necessário, para a concessão do benefício da assistência judiciária, que a parte prove sua condição de necessitado. Basta, a simples afirmação de sua pobreza, até sua prova em contrário.

Não está a parte obrigada, para gozar dos benefícios da assistência judiciária, a recorrer aos benefícios da Defensoria Pública.” (TJ/PB – 2ª Câmara Cível – Apelação Cível nº 1996.004267-6. Rel. Des. Antônio Elias de Queiroga – Data do julgamento: 24/03/1997 – Publ. DJ: 03/04/1997).



Assim, pugna o promovente pela concessão dos benefícios da gratuidade judiciária, de modo a ser dispensado, na hipótese de recurso, do pagamento das custas e demais despesas processuais, além de honorários advocatícios da sucumbência, na improvável hipótese de ver vencido na lide.

I- BREVE RESUMO DOS FATOS:

Em 05/01/2019, o promovente foi vítima de acidente de trânsito quando conduzia uma motocicleta (PLACA QSA 3447/PB) ao trafegar pela Av. Juscelino Kubitschek, Geisel, nesta Capital, e caiu ao solo após outro veículo colidir na lateral da sua motocicleta, consoante certificado no Boletim de Ocorrência. Após o acidente o autor foi socorrido e encaminhado para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA.

Pelo fato descrito acima, o autor sofreu escoriações que o deixaram com sequelas irreversíveis devido às lesões sofridas, sendo submetido a procedimento cirúrgico, **conforme consta dos laudos médicos em anexo, o que o torna beneficiária do seguro denominado (DPVAT).**

Porém, mesmo depois de todo esforço para se reabilitar, com cirurgias e fortes medicamentos, o autor teve comprovada **FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA, GERANDO INCPACIDADE PARA ATIVIDADES HABITUAIS E DEFORMIDADE PERMANENTE PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO SOFRIDO.**

Com esta sequela, o autor não consegue realizar suas atividades cotidianas, sentindo ainda fortes dores no local da lesão em face das restrições nos movimentos.

Devido a sequela decorrente do acidente de trânsito, o promovente requereu junto a Seguradora Líder o recebimento da Indenização devida (SINISTRO 3190523646), no entanto, para sua surpresa, apesar da gravidade das lesões e o estado atual pelo qual o autor se encontra, este teve liberado em seu favor DE FORMA ARBITRÁRIA SEM SEQUER SUBMETER O DEMANDANTE A PERÍCIA MÉDICA tão somente o valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme extrato anexado.

Desta feita, sem alternativa, já que o valor recebido pela seguradora Líder foi aquém ao devido, vem pleitear da empresa promovida o PAGAMENTO COMPLEMENTAR da indenização do seguro por invalidez permanente, uma vez que esta empresa integra a FENASEG (Federação Nacional dos Seguros Privados e de Capitalização).

II – DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA:

- Da Legitimidade Passiva -

O art. 7º, da Lei 6.194/74, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo de demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.



A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** se constitui em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas, a promovida.

Neste tom, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:

“APELAÇÃO CÍVEL – COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – LEGITIMIDADE – SEGURADORA – Qualquer seguradora autorizada a operar com o DPVAT é parte legítima para responder ação que vise o recebimento de seguro obrigatório de veículo, porquanto a lei faculta ao beneficiário acionar aquela que melhor lhe aprouver, conforme Resolução 6/86, do Conselho Nacional de Seguros Privados”. (TAMG – AP 0350628-9 – Uberlândia – 1ª C. Cív. – Rel. Juiz Silas Vieira – J. 18.12.2001) (destaque nosso).

Quanto à legitimidade passiva, nenhuma dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da Fenaseg é parte legítima para pagamento do seguro obrigatório.

- Da Documentação Necessária para o Recebimento da Indenização -

Anota o art. 5º, da Lei nº 6.194/74, que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, senão vejamos:

“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado”. (grifo nosso)

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

- Do Quantum Indenizatório -

Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é de R\$13.500,00, a teor da regra esculpida no art. 3º da Lei n. 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, vitimada:

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;

Importa ressaltar que levando em consideração a grave lesão sofrida pelo autor – **FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA**, este deveria ter recebido da Seguradora ré o importe de R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais) e não apenas R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Assim, incontroverso, o valor que deverá ser pago a título de indenização de forma complementar a parte autora no importe de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) pela invalidez suportada em razão de acidente automobilístico.



- Do Interesse Processual-

O requerimento do Seguro Obrigatório DPVAT na seara administrativa não é condição obrigatória para se pleitear o aludido seguro na órbita judicial, encontrando-se a matéria expressamente prevista no texto constitucional.

O Supremo Tribunal Federal já tem entendimento pacificado quanto à desnecessidade do prévio requerimento administrativo. Entre tantos julgados neste sentido, é válido trazermos a baila o Recurso Extraordinário de número 172.084/MG, de relatoria do Ministro Marco Aurélio, que assim decidiu: *“A garantia constitucional alusiva ao acesso ao Judiciário engloba a entrega da prestação jurisdicional de forma completa, emitindo o Estado-juiz entendimento explícito sobre as matérias de defesa veiculada pelas partes. Nisto está a essência da norma inserta no inciso XXXV do art. 5 da Carta.”*

Ora, se a Constituição Federal, corroborada com o julgado do STF, inadmitiu a necessidade de prévio ingresso administrativo para apreciação posterior pelo judiciário, também não poderá fazê-lo o *judicium causae*, sob pena de grave ferimento ao texto Magno.

Certo é que a instância administrativa não encontra guarida no nosso ordenamento jurídico para gerar coisa julgada absoluta preterindo o processo judicial na resolução de conflitos. Menos ainda quando se trata de uma instância administrativa privada, como o são os processos das seguradoras que militam no ramo do seguro obrigatório.

Ora, a instância administrativa privada, como é o caso dos autos, é tão descabida quanto perguntar ao devedor quanto ele quer pagar.

Desta feita, o condicionamento do controle judicial a prévio procedimento administrativa afigura-se absolutamente inconstitucional, conforme as linhas expressas da Carta Magna.

III- DOS REQUERIMENTOS FINAIS:

Diante do exposto, requer-se de Vossa Excelência:

- a) A **CITAÇÃO** da empresa demandada, na pessoa de seu representante legal, para, querendo, contestar o feito, sob pena de revelia e confissão;
- b) Ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos) devidamente corrigidos da data do acidente em 05/01/2019, provenientes da debilidade permanente suportada em virtude do acidente de trânsito;
- c) A concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**, tendo em vista que o autor é pobre nos termos da Lei nº 1.060/50, não possuindo condições de arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu sustento e de sua família.
- d) A oportunidade de provar o alegado por todos os meios em direito admitidos, principalmente a prova documental, que segue acostada;
- e) A condenação do requerido no pagamento dos honorários advocatícios na base de 20% do valor da condenação, em caso de eventual recurso;
- f) Seja **DISPENSADA** a designação de audiência de conciliação, com fulcro no artigo [319](#), inciso [VII](#), do [Novo Código de Processo Civil](#);



g) Que seja designado perito judicial nos termos da resolução nº 03/2013, com o intuito da realização de avaliação médica especializada, como forma de produzir as provas necessárias para a concessão do seguro obrigatório DPVAT ou, se esse não for o entendimento de Vossa Excelência, que remeta ofício ao Instituto Médico Legal da Capital para o mesmo fim.

Dá-se à causa o valor de R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

João Pessoa, 26 de setembro de 2019.

Giullyana Flávia de Amorim

Advogada OAB/PB nº 13529

Enéas Flávio S. de Moraes Segundo

Advogado OAB/PB nº 14318



MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

João Rodrigues da Silva, brasileiro, casado, porteiro, RG nº 1.334.475, CPF nº 753.327.524-15, residente a Rua Bernadete Xavier Batista, nº 81 - Funcionários II, João Pessoa/PB

OUTORGADOS: Giullyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e/ou **Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Av. João Machado, 553, sala 127, Empresarial Plaza Center, Centro, João Pessoa/PB, onde recebe intimações, podendo atuar em conjunto ou separadamente.

PODERES: O outorgante concede procuração geral para o foro, conforme o artigo 105 do NCPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium" e os poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, dar quitação, receber, inclusive alvarás judiciais, perante qualquer instituição, inclusive financeiras, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, representar junto às instituições e repartições públicas federais, estaduais e municipais, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer, e, finalmente, praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

João Pessoa, 26.09.2019

João Rodrigues da Silva
Outorgante

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.



MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

DECLARAÇÃO DE POBREZA

João Rodrigues da Silva

_____, declara, para os fins de obtenção de ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA, e sob as penas da lei nº 7.115, de 29 de Agosto de 1983, que não possui condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

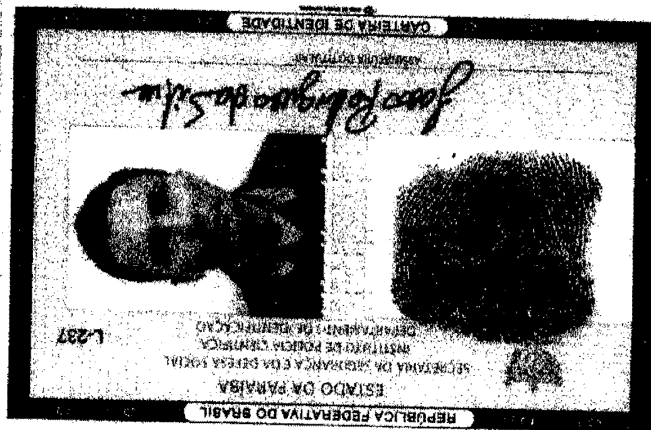
João Pessoa, 26.09.2019

João Rodrigues da Silva

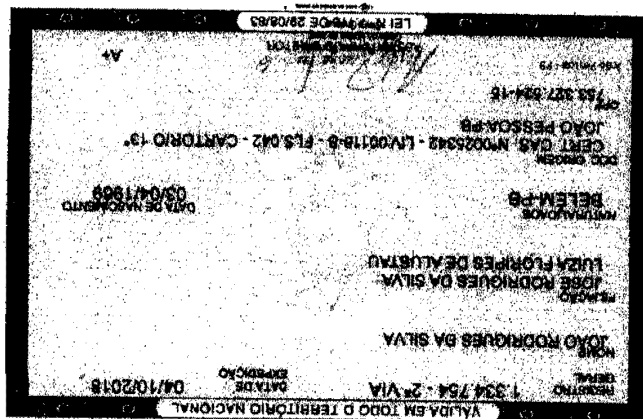
DECLARANTE

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

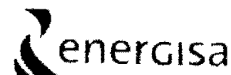




0102 135 6 0



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-4

Nº 028.064.948

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA NERIS DE AZEVEDO
RUA BERNADETE XAVIER BATISTA S/N QD 203 LT 136 APT 103
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1558293-5

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

16/07/2019

CONSUMO

202

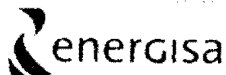
VENCIMENTO

21/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,56

Assine em: www.energisa.com.br



LUCIANA NERIS DE AZEVEDO

Roteiro: 09-002-471-3860

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/08/2019

VENCIMENTO

21/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,56

MATRÍCULA

1558293-2019- 07-8

09 SET 2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10109.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10109.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:26 horas do dia 03 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **João Rodrigues da Silva**, CPF nº 753.327.524-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Luiza Floripes de Alastau e Jose Rodrigues da Silva, natural de Belém/PB, nascido(a) em 03/04/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bernadete Xavier Batista, Nº 81, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Apt 103, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98726-7724.

Dados do(s) Fatos:

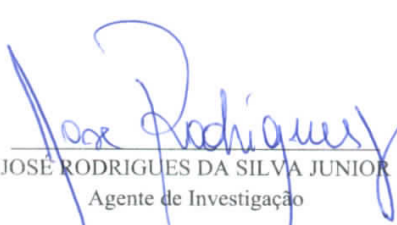
Local: Avenida Juscelino Kubitschek, Retorno Geisel, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/01/19 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

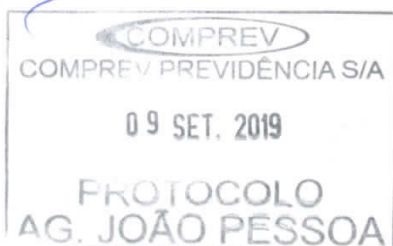
QUE NO DIA 05/01/2019, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2018, PLACA QSA-3447/PB, CHASSI 9C2KC2210JR049069, NA AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE, GEISEL, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA DESTA NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE RETORNOU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA NO DIA 17/01/2019, ONDE REALIZOU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/01/2019, COM ALTA MÉDICA EM 27/01/2019, CONFORME CERTIDÃO 0758/2019, ASSINADA PELA MEDICA FABIANA FERNANDES DE ARAUJO.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 03 de setembro de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


JOAO RODRIGUES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 10109.01.2019.1.00.401





CERTIDÃO

Nº. 0758/2019

Atendendo solicitação de JOAO RODRIGUES DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha nº 198315 e prontuário 2017.02.003487 pertencentes a **JOAO RODRIGUES DA SILVA** que foi atendido dia 05/01/2019 às 19H32min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Retornou dia 17/01/2019 às 10h08min com ficha nº 198315, apresentando febre e dor na perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 24/01/2019 com alta médica dia 27/01/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de maio de 2019

Médica

CRM/PB 4516

Dra. Fabiana F. de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM PB 4516





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	João Rodrigues			Data da Admissão:	21/10/19
Prontuário:		Idade:		Enfermaria:	
Nome da Mãe:					
Endereço:				Bairro:	
Cidade:		Estado:		Fone:	
Sexo:	F () M ()	Cor:		Estado Civil:	
Escolaridade:				Religião:	
				Data de Nascimento:	/ /
QPD:					
HDA:	Quinta-feira de manhã em Shutterstock de fotos de esses de uma foto de uma criança				
Medicações em uso:					
09 SET 2019					
Interrogatório Sintomatológico:					
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso ____ Kg em ____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: ____					
Pele: ____					
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: ____ Visão: ____					
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema ____ Outros: ____					
ABD: <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume					
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: ____					
SME: <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos					
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor					

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



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: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Ex*

Hipóteses Diagnósticas: *Ex quer da jama*

Conduta: *paciente de alta*





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:		Data da Admissão:	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento: / /	
QPD:			
HDA:			
Medicações em uso:			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso ____ Kg em ____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: ____			
Pele: ____			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bôcio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: ____ Visão: ____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema ____ Outros: ____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: ____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor ____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N. CEP 58056-394. Mangabeira II, João Pessoa - PB.



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: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>João Roberto Silva</u>				Registro:	
Idade: <u>45</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u>Urologia</u>	EMP:	I.R:
Data: <u>10/10/2019</u>	Cirurgião: <u>Dr. Roberto Silva</u>		1º Assistente: <u>Dr. Roberto Silva</u>		
2º Assistente: <u>Dr. Roberto Silva</u>		3º Assistente: <u>Dr. Roberto Silva</u>		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Roberto Silva</u>		Tipo Anestesia: <u>ra</u>		Horário: I: <u>14h</u>	T: <u>16h</u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Prostata - BPH</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Prostata - BPH</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Prostata - BPH</u>					
<u>+ cirurgia inter</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () 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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Falcão da Silva</i>				Registro:	
Idade: <i>49a</i>	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>20/10/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Roberto Santos</i>			1º Assistente: <i>Dr. Humberto</i>	
2º Assistente: <i>Dr. Falcão</i>		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Falcão</i>		Tipo Anestesia: <i>geral</i>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ex. de úlcera de pé e</i>					
<i>+ hipertensão</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ótimo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Ex. de úlcera de pé e</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 () 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.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em ASA moderada
2. Anestesia de Ampio
3. Posição de decúbito dorsal

Incisão:

1. Incisão oval horizontal em região de dobra para E
2. Incisão longitudinal em região da prega de dobras para E

Achados:

1. P. de E de dobra para E e E de dobra para E

Conduta:

1. Incisão R. A. de E de dobra para E e E de dobra para E
2. Incisão de E de dobra para E e E de dobra para E
3. Incisão de E de dobra para E e E de dobra para E

Fechamento:

1. Incisão de E de dobra para E e E de dobra para E
2. Incisão de E de dobra para E e E de dobra para E
3. Incisão de E de dobra para E e E de dobra para E

OBS:

Data:

21/10/2019

MÉDICO/CRM

R. 211. R. 211. R. 211.

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COM. DO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58051-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 198315 Atd: Nao Regular
Data: 17/01/2019
Hora: 10:08:23
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUES
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Num. de vezes atendido: 3

Num. Prontuario: 2017.02.003487

CNS: 124414612080009 Sexo: M IDENTIDADE: 1334754 Fone: 987331606

Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 03/04/1969 Id: 49 ano(s)

End.: RUA BERNADETE XAVIER BATISTA, 81 CPF-1334754

Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUIZA FLORIPES DE ALUSTAU

Pai: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987331606 / IDENTIDADE: 1334754

Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: FEBRE E DOR

Vitima de violência por: NAO

[] 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

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE CIRURGIADO HA +/- UMA SEMANA, REFERE
DOR E FEBRE (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
05011-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 195239 Atid: Nao Real
Data: 05/01/2019
Hora: 19:32:29
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.02.003487

CNS: 124414612080009 Sexo: M IDENTIDADE: 1334754 Fone: 987331606

Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 03/04/1969 Id: 49 ano(s)

End: RUA BERNADETE XAVIER BATISTA, 81 CPF: 1334754

End: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUIZA FLORIPES DE ALUSTAU

Pai: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Legisl: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987331606 / IDENTIDADE: 1334754

End: Rua

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO HJ AS18:40

Vitima de violencia por: NO GEISEL

End: Rua

EXAME FÍSICO

Tip. de Classificação de Risco: AMARELO

Id: FR:

Ed: TP:

Peso: Altura:

Coloemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Principais

CA DE QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E DESMAIO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispnéia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Exame Físico - (hora do atendimento medico)
Paciente em boas condições, sem sinais de acidente ou trauma.
Exame Físico - (hora do atendimento medico)
Paciente em boas condições, sem sinais de acidente ou trauma.
Exame Físico - (hora do atendimento medico)
Paciente em boas condições, sem sinais de acidente ou trauma.

Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Conduta

Prescrição

02: 1. Analise de Urina

2. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257. 1258. 1259. 1260. 1261. 1262. 1263. 1264. 1265. 1266. 1267. 1268. 1269. 1270. 1271. 1272. 1273. 1274. 1275. 1276. 1277. 1278. 1279. 1280. 1281. 1282. 1283. 1284. 1285. 1286. 1287. 1288. 1289. 1290. 1291. 1292. 1293. 1294. 1295. 1296. 1297. 1298. 1299. 1300. 1301. 1302. 1303. 1304. 1305. 1306. 1307. 1308. 1309. 1310. 1311. 1312. 1313. 1314. 1315. 1316. 1317. 1318. 1319. 1320. 1321. 1322. 1323. 1324. 1325. 1326. 1327. 1328. 1329. 1330. 1331. 1332. 1333. 1334. 1335. 1336. 1337. 1338. 1339. 1340. 1341. 1342. 1343. 1344. 1345. 1346. 1347. 1348. 1349. 1350. 1351. 1352. 1353. 1354. 1355. 1356. 1357. 1358. 1359. 1360. 1361. 1362. 1363. 1364. 1365. 1366. 1367. 1368. 1369. 1370. 1371. 1372. 1373. 1374. 1375. 1376. 1377. 1378. 1379. 1380. 1381. 1382. 1383. 1384. 1385. 1386. 1387. 1388. 1389. 1390. 1391. 1392. 1393. 1394. 1395. 1396. 1397. 1398. 1399. 1400. 1401. 1402. 1403. 1404. 1405. 1406. 1407. 1408. 1409. 1410. 1411. 1412. 1413. 1414. 1415. 1416. 1417. 1418. 1419. 1420. 1421. 1422. 1423. 1424. 1425. 1426. 1427. 1428. 1429. 1430. 1431. 1432. 1433. 1434. 1435. 1436. 1437. 1438. 1439. 1440. 1441. 1442. 1443. 1444. 1445. 1446. 1447. 1448. 1449. 1450. 1451. 1452. 1453. 1454. 1455. 1456. 1457. 1458. 1459. 1460. 1461. 1462. 1463. 1464. 1465. 1466. 1467. 1468. 1469. 1470. 1471. 1472. 1473. 1474. 1475. 1476. 1477. 1478. 1479. 1480. 1481. 1482. 1483. 1484. 1485. 1486. 1487. 1488. 1489. 1490. 1491. 1492. 1493. 1494. 1495. 1496. 1497. 1498. 1499. 1500. 1501. 1502. 1503. 1504. 1505. 1506. 1507. 1508. 1509. 1510. 1511. 1512. 1513. 1514. 1515. 1516. 1517. 1518. 1519. 1520. 1521. 1522. 1523. 1524. 1525. 1526. 1527. 1528. 1529. 1530. 1531. 1532. 1533. 1534. 1535. 1536. 1537. 1538. 1539. 1540. 1541. 1542. 1543. 1544. 1545. 1546. 1547. 1548. 1549. 1550. 1551. 1552. 1553. 1554. 1555. 1556. 1557. 1558. 1559. 1560. 1561. 1562. 1563. 1564. 1565. 1566. 1567. 1568. 1569. 1570. 1571. 1572. 1573. 1574. 1575. 1576. 1577. 1578. 1579. 1580. 1581. 1582. 1583. 1584. 1585. 1586. 1587. 1588. 1589. 1590. 1591. 1592. 1593. 1594. 1595. 1596. 1597. 1598. 1599. 1600. 1601. 1602. 1603. 1604. 1605. 1606. 1607. 1608. 1609. 1610. 1611. 1612. 1613. 1614. 1615. 1616. 1617. 1618. 1619. 1620. 1621. 1622. 1623. 1624. 1625. 1626. 1627. 1628. 1629. 1630. 1631. 1632. 1633. 1634. 1635. 1636. 1637. 1638. 1639. 1640. 1641. 1642. 1643. 1644. 1645. 1646. 1647. 1648. 1649. 1650. 1651. 1652. 1653. 1654. 1655. 1656. 1657. 1658. 1659. 1660. 1661. 1662. 1663. 1664. 1665. 1666. 1667. 1668. 1669. 1670. 1671. 1672. 1673. 1674. 1675. 1676. 1677. 1678. 1679. 1680. 1681. 1682. 1683. 1684. 1685. 1686. 1687. 1688. 1689. 1690. 1691. 1692. 1693. 1694. 1695. 1696. 1697. 1698. 1699. 1700. 1701. 1702. 1703. 1704. 1705. 1706. 1707. 1708. 1709. 1710. 1711. 1712. 1713. 1714. 1715. 1716. 1717. 1718. 1719. 1720. 1721. 1722. 1723. 1724. 1725. 1726. 1727. 1728. 1729. 1730. 1731. 1732. 1733. 1734. 1735. 1736. 1737. 1738. 1739. 1740. 1741. 1742. 1743. 1744. 1745. 1746. 1747. 1748. 1749. 1750. 1751. 1752. 1753. 1754. 1755. 1756. 1757. 1758. 1759. 1760. 1761. 1762. 1763. 1764. 1765. 1766. 1767. 1768. 1769. 1770. 1771. 1772. 1773. 1774. 1775. 1776. 1777. 1778. 1779. 1780. 1781. 1782. 1783. 1784. 1785. 1786. 1787. 1788. 1789. 1790. 1791. 1792. 1793. 1794. 1795. 1796. 1797. 1798. 1799. 1800. 1801. 1802. 1803. 1804. 1805. 1806. 1807. 1808. 1809. 1810. 1811. 1812. 1813. 1814. 1815. 1816. 1817. 1818. 1819. 1820. 1821. 1822. 1823. 1824. 1825. 1826. 1827. 1828. 1829. 1830. 1831. 1832. 1833. 1834. 1835. 1836. 1837. 1838. 1839. 1840. 1841. 1842. 1843. 1844. 1845. 1846. 1847. 1848. 1849. 1850. 1851. 1852. 1853. 1854. 1855. 1856. 1857. 1858. 1859. 1860. 1861. 1862. 1863. 1864. 1865. 1866. 1867. 1868. 1869. 1870. 18

100.

Paciente admitido de acidente de trânsito.
Após avaliação em departamento, Glasgow 15.
Após exame físico, paciente em estado
sem sinais de instabilidade, porém
Dor e desconforto em punho @

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Dr. Gustavo de Vilhena (assinado)
Ficha clínic.
Exame físico e radiografia de punho
cd. Intervenção com Vítima e sang.

Lauro F. C. JUNIOR
Ortopedia/Traumatologia
CRM - PB 69187EOT - 13839

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Q/de. | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|-------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOAO RODRIGUES DA SILVA

PRONTUÁRIO Nº

IDADE: 49 ANOS

SEXO: MASC

COR

CLÍNICA

Ortopedia

ENF.:

LEITO:

DATA DE ADMISSÃO: 05-01-2019

DATA DE ALTA: 12-01-2019

TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura dos ossos da Perna

CID

S.82.2

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

() mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA

(X) MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

()

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico COM PLACA E PARAFUSOS. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuação de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

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: cefalexina 500mg, aine e analgésico

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. ROBERTO SANTOS





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: ____/____/____

Nome: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Prontuario: _____

Nome da Mãe: _____ **Bairro:** _____

Endereço: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Cidade: _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

Escolaridade: _____

OPD: _____

HDA: _____

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 ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematuria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-repoção ☐ Deformidade
☐ Artalgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Morricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Pua Arg. Fiscal José Costa Duarte S/N CEP 58056-334 Mangabeira II João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM - 21/10/2019 16:46:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102116461258400000024646997>

Número do documento: 19102116461258400000024646997

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] 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: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

Dr. Lúcio Flávio
Mendes
Mendes

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 53056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|--|-----------|--------------------------|------------------------------------|----------------------|--------|
| NOME: JOAO RODRIGUES DA SILVA | | | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE 49 ANOS | SEXO MASC | COR | CLÍNICA | ENF.: | LEITO: |
| | | | | Ortopedia | |
| DATA DE ADMISSÃO: 17-01-2019 | | DATA DE ALTA: 17-01-2019 | | TEMPO DE PERMANÊNCIA | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL | | | | | CID |
| REFRATURA DOS OSSOS DA PERNA | | | | | S.82.0 |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO | | | | | |
| O mesmo | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES | | | | | |
| Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna | | | | | |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | | | |
| INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO | | | COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO | | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA | | | | | |
| (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () | | | | | |
| ÓBITO | | | | | |

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de Fratura dos Ossos da Perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico COM PLACA E PARAFUSOS. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

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: cefalexina 500mg, aine e analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR ROBERTO SANTOS

Dr. Felipe Bezerra
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 11126

27-01-2019

DATA

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|------------------------|-------------|-----------------|------------------------|------------|
| Nome: | | | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: | EMP: | LR: |
| Data: | Cirurgião: | | | 1º Assistente: | |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | | | Instrumentador: | |
| Anestesista: | Tipo Anestesia: | | | Horário: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | | | Descreva: | |
| 1 () Sim | | | | | |
| 2 () Não | | | | | |
| Biópsia de Congelação: | | | | | |
| 1 () Sim | | | | | |
| 2 () Não | | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 () 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.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

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





Declaração de Comparecimento

Declaramos para os devidos fins que o paciente

João Rodrigues da Silva compareceu a esta unidade no dia 15/08/2019, para atendimento e foi liberado no horário.

Paciente realizou 20 sessões no período de 25/06/2019, recebendo alta nesta data 15/08/2019. João Pessoa - PB 15/08/2019.

Yasmin Frede Batista
Fisioterapeuta
CREFITO 279244 - F





ORTOPEDIA MS COMERCIO E SERVICOS LTDA - ME
R PROFESSOR ARTUR BATISTA, 70, JAGUARIBE
58015010 - JOAO PESSOA - PB
CNPJ: 17802566000130 IE: 162118287
Telefone: 35061061

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE
CONSUMIDOR ELETRONICA

| COD | REF | DESCRICAO | QTD | UN | VL UNI | ST | VL TOTAL |
|----------------------|-----|-----------------------------------|-----|-----|----------|----|----------------|
| 102 | | MULETA CANADENSE ARTICULADA PRETA | 1 | UND | X 65,000 | II | 65,00 |
| 102 | | MULETA CANADENSE ARTICULADA PRETA | 1 | UND | X 65,000 | II | 65,00 |
| Qtde. Total de Itens | | | | | | | 2 |
| Valor Total R\$ | | | | | | | 130,00 |
| Desconto R\$ | | | | | | | 10,00 |
| Valor a Pagar R\$ | | | | | | | 120,00 |
| FORMA DE PAGAMENTO | | | | | | | VALOR PAGO R\$ |
| ESPECIE | | | | | | | 120,00 |

Consulte pela Chave de Acesso em
www.receita.pb.gov.br/nfca/cor_1ta
2519 0517 8025 6600 0130 6500 1000 0006 1216 2150 7265

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO
NFC-e nº: 000000612 Série: 001
Data Emissão: 24/05/2019 11:36:47
Protocolo de Autorização: 325190125604276
Data de Autorização: 24/05/2019 11:36:50





Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012): R\$ 26,64 F
onte: IBPT

TER VOCE COMO CLIENTE E UM PRIVILEGIO.
OBRIGADO, VOLTE SEMPRE.

SOFTCOM TECNOLOGIA - 83 31333600
VENDEDOR EDMARIA



| | | | |
|--|--------------------------------|---|---|
|  Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98
(Via da parte) | | | Número do boleto:
200.8.19.31208/01 |
| | | | Data de emissão:
21/10/2019 |
| Nº do Processo: | Comarca:
Joao Pessoa | Classe Processual:
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de vencimento:
31/10/2019 |
| Número da guia: 200.2019.631208 Tipo da Guia: Custas Prévias | | | UFR vigente:
R\$ 50,63 |
| Detalhamento:
- Custas Processuais: R\$ 506,30 Promovente: JOÃO RODRIGUES DA SILVA
- Taxa Judiciária: R\$ 106,31
- Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A | | | Conta FEJPA:
1618-7/228.039-6 |
| Observações:
- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.
- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. | | | Parcela:
1/1 |
| | | | Valor total:
R\$ 613,96 |
| | | | Desconto total:
R\$ 0,00 |
| 866100000060 139609283185 520191031209 081931208011
 | | | Valor final:
R\$ 613,96 |

| | | | |
|---|--------------------------------|---|---|
|  Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98
(Via do processo) | | | Número do boleto:
200.8.19.31208/01 |
| | | | Data de emissão:
21/10/2019 |
| Nº do Processo: | Comarca:
Joao Pessoa | Classe Processual:
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de vencimento:
31/10/2019 |
| Número da guia: 200.2019.631208 Tipo de Guia: Custas Prévias | | | UFR vigente:
R\$ 50,63 |
| Promovente: JOÃO RODRIGUES DA SILVA Promovido: BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A | | | Conta FEJPA:
1618-7/228.039-6 |
| Detalhamento: | | | Parcela:
1/1 |
| | | | Valor total:
R\$ 613,96 |
| | | | Desconto total:
R\$ 0,00 |
| | | | Valor final:
R\$ 613,96 |

| | | | |
|--|--------------------------------|---|---|
|  Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Guia de Recolhimento de Custas e Taxas
Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98
(Via do banco) | | | Número do boleto:
200.8.19.31208/01 |
| | | | Data de emissão:
21/10/2019 |
| Nº do Processo: | Comarca:
Joao Pessoa | Classe Processual:
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | Data de vencimento:
31/10/2019 |
| Número da guia: 200.2019.631208 Tipo de Guia: Custas Prévias | | | UFR vigente:
R\$ 50,63 |
| Detalhamento:
- Custas Processuais: R\$ 506,30 Promovente: JOÃO RODRIGUES DA SILVA
- Taxa Judiciária: R\$ 106,31
- Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A | | | Conta FEJPA:
1618-7/228.039-6 |
| Observações:
- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.
- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo. | | | Parcela:
1/1 |
| | | | Valor total:
R\$ 613,96 |
| | | | Desconto total:
R\$ 0,00 |
| 866100000060 139609283185 520191031209 081931208011
 | | | Valor final:
R\$ 613,96 |





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 200.2019.631208

Data Vencimento: 31/10/2019

Data Emissão: 21/10/2019

Comarca: Joao Pessoa

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: JOÃO RODRIGUES DA SILVA

Promovido: BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A

Valor da Causa: R\$ 7.087,50

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 506,30

Taxa: R\$ 106,31

Total da Guia: R\$ 612,61

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.



Seguradora Líder-DPVAT ...

https://seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido

Permitir que https://seguradoralider.com.br execute "Microsoft Office?"

Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

SINISTRO 3190523646 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO RODRIGUES DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev
Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB
BENEFICIÁRIO JOAO RODRIGUES DA SILVA
CPF/CNPJ: 75332752415

Posição em 21-10-2019 16:17:18
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R\$00.000,00
Juros e Correção: R\$00.000,00
Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 20/09/2019 | R\$ 2.362,50 | R\$ 0,00 | R\$ 2.362,50 |





**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DA CAPITAL**

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

Av. Hilton Souto Maior, s/n, Mangabeira, João Pessoa/PB
CEP: 58.013-520, Telefone: (83)3238-6333

ATO ORDINATÓRIO (CÓDIGO DE NORMAS JUDICIAL - CGJ-TJPB)

Nº DO PROCESSO: 0809548-66.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOAO RODRIGUES DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

De acordo com as prescrições do Código de Normas Judicial da Corregedoria Geral de Justiça, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, **INTIMO a parte autora para, no prazo de 15 (quinze) dias, juntar comprovante de endereço em seu nome e documentos que comprovem a hipossuficiência financeira, necessários para análise do pedido de gratuidade,** consoante §3º do art. 1º da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA GERAL nº 02/2018, datada de 28/11/2018, publicada no DJE de 30/11/2018.

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2019.

SILVANA GIANNATTASIO

Técnico Judiciário



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA/PB.

Processo: 0809548-66.2019.8.15.2003

JOAO RODRIGUES DA SILVA, já qualificado nos autos da ação em epígrafe, por intermédio de seus advogados adiante assinado, vem, respeitosamente, perante vossa Excelência, em cumprimento ao despacho retro, informar que o autor não possui nenhum comprovante de residência em seu nome, **TODOS ESTÃO EM NOME DE SUA ESPOSA: LUCIANA NERIS DE AZEVEDO**, de modo que não há como suprir o despacho proferido por Vossa Excelência.

Requer ainda a juntada da carta de concessão do benefício que está recebendo desde o acidente de trânsito, comprovando a necessidade de que seja deferida a Assistência Judiciária Gratuita.

Caso Vossa Excelência entenda necessário, diante da inexistência/impossibilidade de trazer aos autos documento que comprove a residência do autor no lugar indicado na inicial e boletim de ocorrência, que seja encaminhado oficial de justiça no endereço indicado a fim de comprovar tais informações.

Requer ao final o andamento regular do processo.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa, 10 de dezembro de 2019

Giullyana Flávia de Amorim

OAB/PB: 13529

Enéas Flávio S.de Moraes Segundo

OAB/PB: 14318



LUCIANA NERIS DE AZEVEDO

RUA BERNADETE XAVIER BATISTA, S/N / QD 203 LT 135 APT 103 - FUNCIONARIOS
JOAO PESSOA / PB CEP 58072738 (AG 1)



Ligação: MONOFÁSICO

Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA

Roteiro: 9-2-471-3860

Medidor: 00008447046

Referência: Nov / 2019

Emissão: 14/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 15.015.223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 034.252.494
Cód. para Déb. Automático: 00015582935

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Nov / 2019

Apresentação

14/11/2019

Data prevista da
próxima leitura

16/12/2019

CPF/ CNPJ/ RANI

034.601.494-85

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1558293-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de
vacinação e se previna.

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | |
| 16/10/19 | 13650 | 14/11/19 | 13823 | 1 | 173 |

Demonstrativo

| Demonstrativo | | | | | | |
|----------------------------|------------|-----------|---------------------|-----------|-----------------|-----------|
| Descrição | Quantidade | Tarifa C/ | Valor Base Calc | | Aliq. ICMS(R\$) | Base |
| | | | Tributos Total(R\$) | ICMS(R\$) | | |
| | | | | ICMS | | Pai/Cotim |
| 1 Consumo até 30kWh-BR | 30,000 | 0,266070 | 7,98 | 7,98 | 27 | 2,15 |
| 1 Consumo - 31 a 100kWh-BR | 70,000 | 0,456120 | 31,92 | 31,92 | 27 | 8,83 |



Assinado eletronicamente por: GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM - 12/12/2019 14:00:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121214004176800000026074955>

Número do documento: 19121214004176800000026074955



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

SEQ: 108558
DATA: 28/05/2019

| | | |
|-------------------------|------------|---------------|
| NOME: | DI | NR |
| JOAO RODRIGUES DA SILVA | 13.001.070 | 628.118.365-0 |
| (NIT: 3244146120-8) | | |

COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO **APOSENTADORIA POR INVALIDEZ (32)**
- 628.118.365-0 REQUERIDO EM 24/05/2019 COM RENDAMENAL DE R\$ 1.422,82 CALCULADA CONFORME ABAIXO.
COM INICIO DE VIGENCIA A PARTIR DE 24/05/2019

CASO NÃO TENHA FEITO OPÇÃO PELO CRÉDITO EM CONTA CORRENTE OU POUPEÇA, COMPAREÇA A PARTIR DE 18/06/2019 NA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA INDICADA ABAIXO, MUNDO, OBRIGATORIAMENTE, DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO APRESENTADO NO ATO DO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO. OS CRÉDITOS SUBSEQUENTES SERÃO EFETUADOS NO 5 DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

ORGÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA

487361 - ITAU - JOAO PESSOA MANAIRA

AVENIDA GOVERNADOR FLAVIO RIBEIRO COUTINHO, 106

MANAIRA

VIA SEGURADO

Renato Rodrigues Vieira
Presidente do INSS

*** NAO HOUE GERACAO DE CREDITOS ATRASADOS DE ANO ANTERIOR ***

*** NAO HOUE GERACAO DE CREDITOS ATRASADOS ***

RENDA MENSAL INICIAL (EM: R\$) 1.422,82

DISCRIMINATIVO DE CREDITOS DO MES

| | | | | | | |
|-------------|--------------|----------|--------------|---------|-------------|--------|
| 05/2019 | REND. MENSAL | 331,99 | AD ARRED CRE | 0,12 | COMPL. REG. | 302,11 |
| TOTAL BRUTO | 332,11 | DESCONTO | 302,11 | LIQUIDO | 30,00 | |

OBS: E DE 10 (DEZ) ANOS O PRAZO PARA REVISÃO DO ATO DE CONCESSÃO, CONFORME LEI 8213/91 ART 103.

(*) Renda Mensal proporcional ao período de 31/03/2019 a 31/03/2019

AS aposentadorias por idade, tempo de contribuição e especial concedidas pela Previdência Social, são irreversíveis e irrenunciáveis, após o saque do primeiro pagamento ou do PIS, PASEP ou FGTS.

Base legal - redação introduzida pelo Decreto 6208/07 no Art 181-B do decreto 3048/99.

A Previdência Social informa que o(a) segurado (a) aposentado(a) por invalidez que retornar voluntariamente a atividade terá sua aposentadoria automaticamente cancelada, a partir da data do retorno, de acordo com o art. 46 da Lei n. 8.213/91.





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

4ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

0809548-66.2019.8.15.2003

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOAO RODRIGUES DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

DECISÃO

Manuseando-se os autos, observa-se que a parte promovente possui domicílio no bairro **FUNCIONÁRIOS**, nesta Capital, e o promovido têm endereço no bairro do **CENTRO**, desta cidade de João Pessoa/PB, conforme declinado na petição inicial e, ainda, na declaração de pobreza.

A rigor, tratando-se de competência territorial e, portanto, incompetência relativa, não poderia esta ser declarada de ofício.

Acontece que, nesta comarca, existem os juízos centralizados e os juízos distritais e, neste caso, a competência não é relativa, mas absoluta. Ou seja, a competência regionalizada na lei de organização judiciária é do juízo, isto é, competência funcional, pois corresponde à divisão interna das atribuições entre os vários juízos da mesma comarca e, conseqüentemente, pode e deve ser declarada de ofício.

No tema, ensinam Nelson Nery Júnior e Rosa Maria de Andrade Nery (in “CPC Comentado”, RT, 17ª ed., p. 488):

“Juízos distritais e regionais. Há comarcas que têm juízos distritais ou regionais (v.g. São Paulo, Porto Alegre, Campinas, etc.). Trata-se de competência de juízo, portanto absoluta (funcional). Ainda que os motivos para divisão dos juízos sejam o valor da causa e/ou o território, como ocorre na comarca de São Paulo, são, na verdade subcritérios do critério funcional. Este é o que prevalece na caracterização da espécie de competência. Assim, na comarca de São Paulo o juiz de vara central deve declarar-se de ofício



incompetente, remetendo os autos ao juízo regional, e vice-versa, porque estará declinando de ofício incompetência absoluta, não incidindo a proibição do STJ-33.”

A resolução 55/2012 da Presidência do TJPB que define os bairros que integram a jurisdição deste foro regional, preceitua:

“Art. 1º - A jurisdição das Varas Regionais e dos Juizados Especiais Regionais Mistos de Mangabeira será exercida nos limites territoriais dos bairros de Água Fria, Anatólia, Bancários, Barra de Gramame, Cidades dos Colibris, Costa do Sol, Cuiá, Ernesto Geisel, **Funcionários II, III e IV**, Grotão, Jardim Cidade Universitária, Jardim São Paulo, João Paulo II, José Américo, Mangabeira, Muçumagro, Paratibe, Penha, Planalto da Boa Esperança e Valentina Figueiredo”.

Ante o exposto, não estando o domicílio das partes inseridos no rol dos bairros sob a jurisdição do Foro Regional de Mangabeira, nos termos da Resolução nº 55/TJPB, **reconheço a incompetência absoluta deste juízo e determino a remessa destes autos à Distribuição do Fórum Cível desta Capital, para ser redistribuído, por sorteio.**

REMETA IMEDIATAMENTE.

CUMPRA COM URGÊNCIA

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

Juíza de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara Cível da Capital

Processo nº 0809548-66.2019.8.15.2003

DESPACHO

Vistos.

Defiro o pedido de gratuidade de justiça.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócua. A experiência prática demonstra que as partes não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação.

Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

JOÃO PESSOA, data da assinatura eletrônica.

Juiz(a) de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0809548-66.2019.8.15.2003

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Acidente de Trânsito]

Autor: JOAO RODRIGUES DA SILVA

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, 58013-131, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-130

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado por seu representante legal e através do oficial de justiça designado a cumprir o despacho em frente:

Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

JOÃO PESSOA, em 28 de abril de 2020.

ANA CRISTINA PESSOA DINIZ

Servidor

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

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 19102116460823800000024646975



CERTIDÃO

Certifico, em razão do meu ofício, que, de acordo com o que disciplina o [artigo 3º, da Resolução 313/2020 do CNJ](#), que autoriza a utilização dos meios tecnológicos disponíveis para cumprimento dos atos judiciais, em face da condição excepcional ocasionada pela Pandemia; pelo que estatui o ATO DA PRESIDÊNCIA do TJPB, Nº 33/2020, em seu Art. 9º, que autoriza o trabalho remoto para quem se enquadra no grupo de risco, sendo este o meu caso, como forma de prevenção do contágio pelo Coronavírus e por analogia ao Art. 246, V, do CPC/15, nos termos do Art. 6º, da Lei nº 11.419/2006, pelas 16h:06m, do dia 12/08/2020, enviei cópia do **MANDADO DE CITAÇÃO**, para o e-mail da parte promovida, **Bradesco Seguros S/A (vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br)**, tendo a Sra. Vanda Carmem Fabricio Wanderley, representando a parte promovida, acusado recebimento no dia 14/08/2020, às 14h:49m, conforme cópias dos e-mails em anexo, ficando cientificado de todo conteúdo do presente mandado e **CITADO** para todos os efeitos legais. O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 17 de agosto de 2020

Jorge Humberto Carneiro de Barros

Oficial de Justiça





Poder Judiciário da Paraíba
3ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0809548-66.2019.8.15.2003

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Acidente de Trânsito]

Autor: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, 58013-131, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-130

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 3ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) por todos os atos do processo acima mencionado por seu representante legal e através do oficial de justiça designado a cumprir o despacho em frente: **Cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.**

JOÃO PESSOA, em 28 de abril de 2020.

ANA CRISTINA PESSOA DINIZ
Servidor

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

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:19102116460823800000024646975



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA PESSOA DINIZ

28/04/2020 18:37:43

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

ID do documento: 30224931



20042818374377400000029047666

imprimir





Jorge Humberto Barros <jhcbpb@gmail.com>

MANDADO DE CITAÇÃO

Jorge Humberto Carneiro de Barros <jhcbpb@gmail.com>

12 de agosto de 2020 16:05

Para: vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br

Prezada, conforme orientação do jurídico desta empresa, por conta da PANDEMIA, segue, em anexo, MANDADO DE CITAÇÃO dirigido ao BRADESCO SEGUROS S/A, para ser dado ciência e retorno do mandado assinado o mais breve possível por este mesmo e-mail.

Oficial de Justiça da Capital
Mat. 471917-4.

--

Jorge H C Barros

Cel: 996405159



Remetente notificado por
[Mailtrack](#)



Livre de vírus. www.avast.com.



Citação_Bradesco Seguros_ 0809548-66.2019.815.2003.pdf
128K





Jorge Humberto Barros <jhcbpb@gmail.com>

MANDADO DE CITAÇÃO

Vanda Carmem Fabricio Wanderley <vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br>
Para: Jorge Humberto Carneiro de Barros <jhcbpb@gmail.com>

14 de agosto de 2020 14:49

Jorge,

Recebido

Vanda Carmem F. Wanderley**8337 – Bradesco Seguros João Pessoa****Tel. (83) 3222-4837**

vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br

Bradesco Seguros S.A

Parque Solon de Lucena, 641 – Centro

João Pessoa – PB

De: Jorge Humberto Carneiro de Barros [mailto:jhcbpb@gmail.com]**Enviada em:** quarta-feira, 12 de agosto de 2020 16:06**Para:** Vanda Carmem Fabricio Wanderley <vanda.wanderley@bradescoseguros.com.br>**Assunto:** MANDADO DE CITAÇÃO

[Texto das mensagens anteriores oculto]

