

**SINISTRO 3200063411 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** KELWENN FERREIRA DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** KELWENN FERREIRA DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 09823103402**Posição em 06-10-2020 17:00:17**

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
20/02/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE(S):

Keluzson Ferreira de Souza, RG de N° 4.130.445, CPF 098.231.034-02, Menor impubere, representado por sua mãe; Edjane Ferreira de Souza, com RG de N° 2.746.556, e CPF de N° 044.655.944-79, residente no Sítio Sombria, N° 5/N, na Zona Rural, Campina Grande-PB  
CEP: 58439-899

**OUTORGADOS:** RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

Campina Grande - PB, 07 de Outubro de 2020.

Edjane Ferreira de Souza  
OUTORGANTE

☎ 83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | ✉ renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB







**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00081.01.2020.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00081.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:03 horas do dia 03 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Edjane Ferreira de Souza**, conhecido(a) por Jane, CPF nº 044.655.744-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Edileuza Ferreira de Souza e Edvaldo Alves de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 18/04/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Samambaia, Nº S/N, complemento CASA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Via Pública, Próximo da Igreja Evangélica Samambaia, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/07/19 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo CG 150, marca HONDA, tipo de veículo TITAN KS, cor VERMELHA, ano 2006/2006, UF: PB, placa MNK-5037, chassi 9C2KC08106R938639, renavam 88848294-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 9786585629; nº. 20122000004180-6; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: nova; placa Atual: Esperança/pb; alienação Fiduciária: Restituição de Benefício Tributário; em Nome de Raimundo Pedro Vicente.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO O SEU FILHO DE NOME KELWENN FERREIRA DE SOUSA, NASCIDO EM 23/03/2005, MENOR COM 14 ANOS DE IDADE, ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA NO LOCAL TAMBÉM JÁ CITADO ANTERIORMENTE, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO SEU FILHO QUE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE MACHUCADO SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E DEPOIS PARA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NECESSÁRIOS E PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA**  
**PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**

*Alexandre José Nunes de Souto Lima*  
Agente de Investigação - Matrícula 157.356-0

Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

1/2

Digitalizada com CamScanner





Digitalizada com CamScanner

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.130.445
DATA DE EXPEDIÇÃO	03/04/2014
NOME	
KELWENN FERREIRA DE SOUSA	
NOME DO	
EDNALDO SIMÃO DE SOUSA	
EDJANE FERREIRA DE SOUSA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
CAMPINA GRANDE-PB	23/03/2005
CERT. NASC. Nº0011495 - LIV.00011 - FLS.095 - CARTORIO	
BUXINANÃ/PB	
098 231 024-02	SIGNATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.119 DE 29/08/03	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAÍBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE	
L-234	
KELWENN FERREIRA DE SOUSA	
CARTeira DE IDENTIDADE	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.746.556 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 30/08/2018

NOME EDJANE FERREIRA DE SOUZA

FILIAÇÃO EDVALDO ALVES DE SOUZA  
EDILEUZA FERREIRA DE SOUZA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE - PB

DATA DE NASCIMENTO 18/04/1982

DOC ORIGEM NASC. N. 3787 FLS. 185 LIV. A-4  
CARTÓRIO PUXINANA - PB

CPF 044.655.744-79

Assinado eletronicamente por: FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

V-02  
P-094

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO

EDJANE FERREIRA DE SOUZA



06/07/2019



GOVERNO DA PARÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1937370 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/07/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

Nascimento: 23/03/2005

PACIENTE: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Endereço: SITIO SAMAMBAIA

Sexo: M

Idade: 014

RG: 4130445

Nome da Mãe: EDJANE FERREIRA DE SOUZA

CPF: 09823103402

Profissão: MENOR

CNS: 706804783446128

CONVÊNIO: SUS

Data de Atendi: 06/07/2019

Hora: 13:05:31

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

- 
1. Abrasão
  2. Amputação
  3. Avulsão
  4. Contusão
  5. Crepitação
  6. Dor
  7. Edema
  8. Empalhamento
  9. Enfisema subcutâneo
  10. Esmagamento
  11. Equimose
  12. F. Arma branca
  13. F. Arma de fogo
  14. F. Cortado
  15. F. Cortante
  16. F. Corto-contuso
  17. F. Perfuro-contuso
  18. F. Perfuro-cortante
  19. Fratura óssea fechada
  20. Fratura óssea aberta
  21. Hematoma
  22. Injúria de tendão
  23. Laceração
  24. Lesão tendinosa
  25. Luxação
  26. Mordedura
  27. Movimento torácico paradoxal
  28. Objeto Encaixado
  29. Otite
  30. Paralisia
  31. Parestesia
  32. Parosteia
  33. Queimadura
  34. Rinite
  35. Sinais de isquemia
  - 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Dr. Patola

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Travessa João Paulo 60 após avião de moto  
pela 1ª e 2ª ruas. Rua + Dependência  
João Paulo 60.

ALERGIA: b

MEDICAMENTOS: b

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Ultrassonografia:

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / às : Dia / /

Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

Nº

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Patola

CRM/PA 10907

10/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.  
NOME : Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 10/07/2019



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Número do Prontuário: 148559

DATA DA CIRURGIA: 10/07/2019

Número do Atendimento: 1937394 Clín: PEDIATRIA / Enf: 8 / Lei: 3

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data da Internação: 06/07/2019

Atendimento: 1937394

Diagnostico Pré-Operatório: *fratura de joelho direito*

Diagnostico Pós-Operatório: *0 mm*

**urgia:RAFI**

Data da Cirurgia: 10/07/2019

#### Equipe:

Cirurgião: WAERSON JOSE DE SOUZA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: RAMON

Anestesista: ALMIR COLACO CATAO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

#### Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DE JOELHO DIREITO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. FIXAÇÃO COM BANDA DE TENSÃO COM FIOS DE KIRSCHNER E CERCLAGEM SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 10/07/2019

Assinatura/Carimbo  
Euler Fabricio Alves Cruz

*Euler Fabricio A. Cruz*  
DR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9967





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0051665120 3 - CPF da vítima: 044.655.744-79 4 - Nome completo da vítima: Keluenn Ferreira de Sousa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Keluenn Ferreira de Sousa 6 - CPF: 098.231.034-02  
7 - Profissão: Retiro 8 - Endereço: Sítio Samambau 9 - Número: 512 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58431-099  
15 - E-mail: 16 - Tel./DDD: 73/98805.6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: Edjane Ferreira de Souza 18 - CPF do Representante Legal: 044.655.744-79 19 - Profissão do Representante Legal: Agravado

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 441339 5 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, João Pessoa, 06/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner



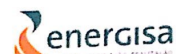
## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Receita para sempre pagamento da nota fiscal de energia elétrica

Nº 005.095.786



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 15.031.238-1

### DADOS DO CLIENTE

EDJANE FERREIRA DE SOUZA  
SIT SAMAMBAIA S/N  
CAMPINA GRANDE

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/213947-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2019	12/11/2019	77	20/11/2019	R\$ 35,48

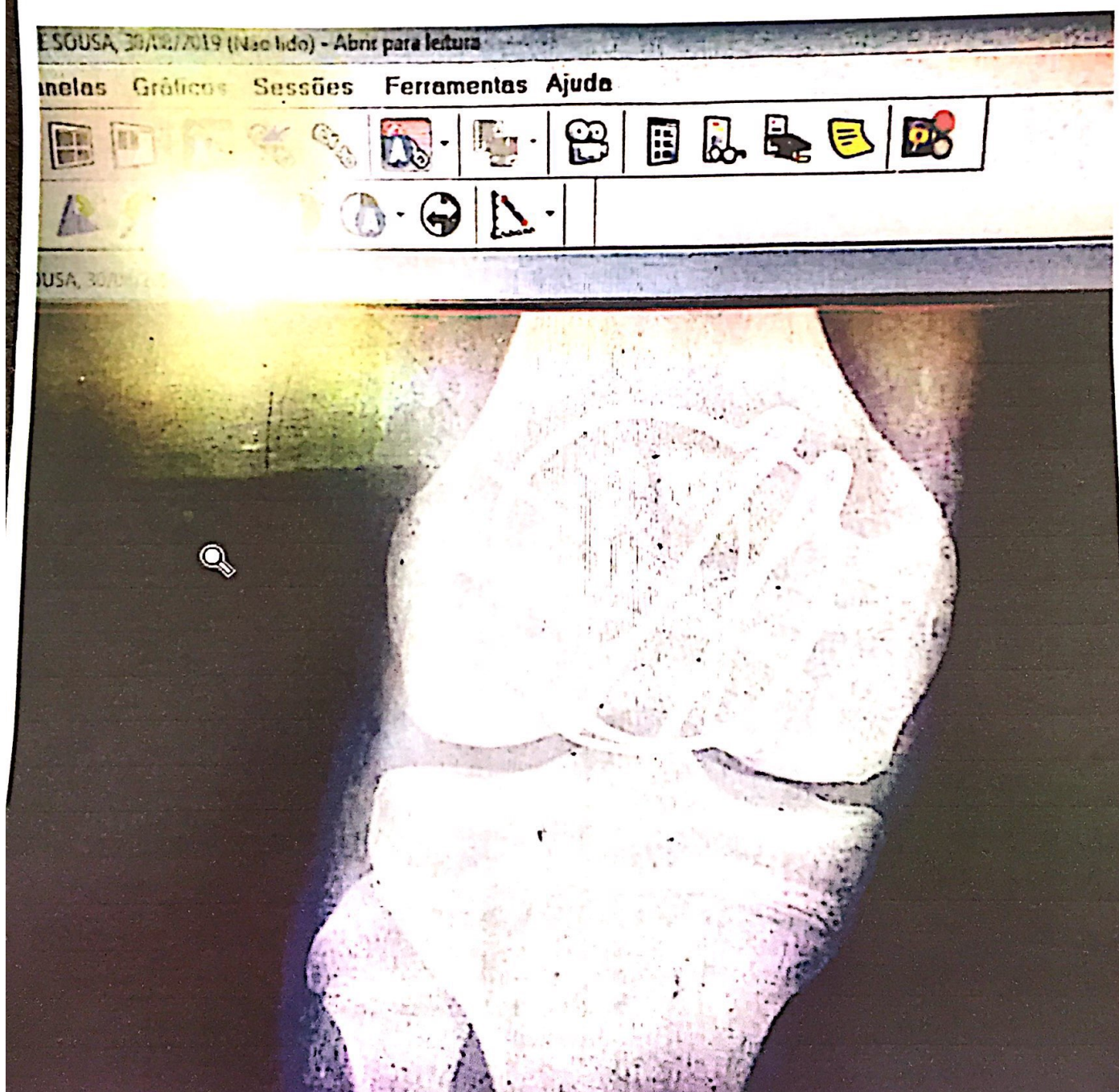
Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00723.811170 8 807900000003548				
Pagador: EDJANE FERREIRA DE SOUZA CNPJ/CPF: 044.655.744-79				
SIT SAMAMBAIA S/N - ÁREA RURAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000723811	000213947201911	20/11/2019	R\$ 35,48	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Digitalizada com CamScanner

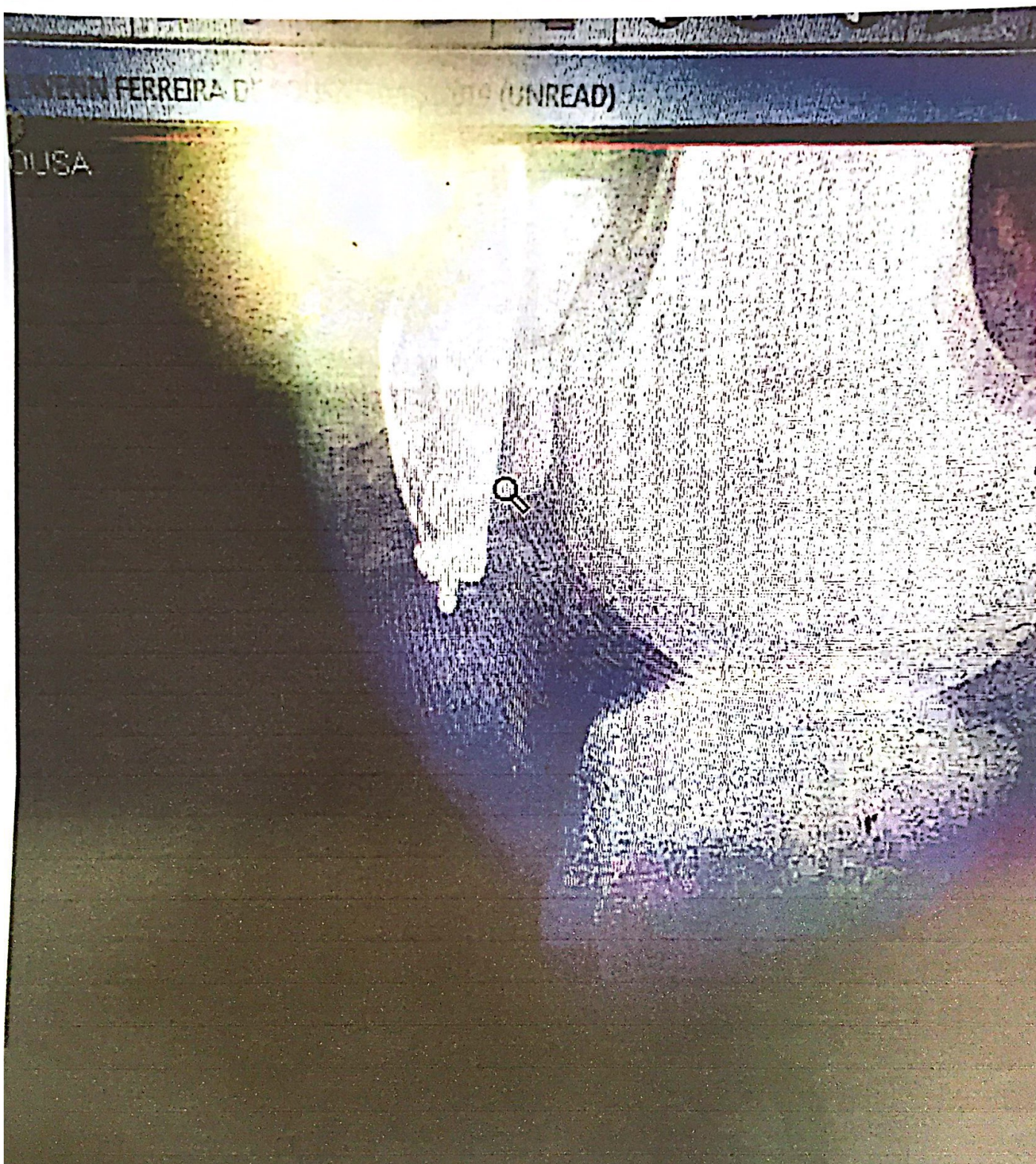




Digitalizada com CamScanner







Digitalizada com CamScanner





07/07/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/07/2019

Horas: 09:08:22

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

GOVERNO  
DA PARÁ

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937394 Paciente: KEIWENN FERREIRA DE SOUSA Idade: 014 Sexo: M

Nome da Mãe: EDJANE FERREIRA DE SOUZA Data de Nascimento: 23/03/2005 Admissão: 06/07/2019

Clínica: PEDIATRIA Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX PATELA D

DIA 07/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	OK
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	OK
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 6h/6h	OK
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRASCO, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	OK
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. IAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VÔMITOS	SIN
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. IAMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	SIN
7	DECUBITO MUDANÇA 2/2H	OK
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	OK

### EVOLUÇÃO

DATA: 07/07/2019 HORA: 09:07:46

##### ORTOPEDIA #####

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO HÁ 2 HS,  
COM DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO E INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO MEMBRO.  
RAIO X EVIDENCIA FRATURA DE PATELA DIREITA COMINUTIVA.  
NEGA ALERGIAS OU HAS OU DM2.

CD:VPM

ASSINATURA E CARIMBO  
Wagner De Melo Falcao

Digitalizada com CamScanner







GOVERNO  
DA PARAIBA



GOVERNO  
DO RIO GRANDE DO NORTE

## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: **KELWENN FERREIRA DE SOUSA**

Data da Internação: **06/07/2019**

Data da Alta: **11/07/2019**

Registro: **1937394**

Tempo de Permanência: **-18084**

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final:

Cirurgia: **OSTEOSSINTESE**

Data: **10/07/2019**

Equipe:

Cirurgião: **WAERSON JOSE DE SOUZA**

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: **RETORNO AMBULATORIAL - CEFLEXINA + NISULID + FISIOTERAPIA**

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!**

Condições de Alta: **Melhorado**

Data: **11/07/2019**

*Hallisson Barros de Almeida*  
Assinatura/CARTEIRA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562  
Hallisson Barros De Almeida

OBS: **LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Hallisson Barros De Almeida**





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0821987-67.2020.8.15.0001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Deixo de encaminhar os autos ao CEJUSC porque a lide, nestes momento, ainda não admite autocomposição (art. 334, § 4.º, inciso II, do Código de Processo Civil de 2015), ante a ausência do exame pericial, elemento essencial para eventualmente contradizer conclusão a que já chegou administrativamente a ré, pós avaliação médica realizada nessa esfera.

Ressalto que esta posição não importa no descumprimento do dever de conciliar as partes, previsto nos arts. 3.º, § 2.º, e 139, V, do CPC, pois este poderá realizar-se “sempre que possível” (art. 3.º, § 2.º) e “a qualquer tempo” (art. 139, V), de sorte que nada impede a promoção da autocomposição, com designação de audiência para esse fim, posteriormente ou em conjunto com a perícia judicial, como, aliás, vem acontecendo nos mutirões de processos de Seguro DPVAT ordinariamente realizados pelo TJPB.

Intime-se a parte autora para ciência.

Cite-se a parte promovida para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em até 15 (quinze) dias, sob pena de revelia.

Campina Grande (PB), 7 de outubro de 2020.

Andréa Dantas Ximenes - Juiz(a) de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível de Campina Grande**

( )

Nº do processo: 0821987-67.2020.8.15.0001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

**MANDADO DE CITAÇÃO**

A MM. Juíza de Direito da 9ª Vara Cível de Campina Grande manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite BRADESCO SEGUROS S/A localizada na Rua Marquês do Herval, 129, Centro, Campina Grande-PB, CEP – 58400-087, para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em até 15 (quinze) dias, sob pena de revelia.

Campina Grande, em 7 de outubro de 2020.

De ordem, YETI JERONIMO RODRIGUES DA COSTA  
Servidora

**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:**

XXXXXXXXXXXXXX



## CERTIDÃO

Certifico que em cumprimento ao mandado **Id: 35223951**, citei **Bradesco Seguros S/A**, na pessoa de **Larissa de Lima Costa**, dando-lhe conhecimento de todo conteúdo do mandado e do qual ficou ciente. Dei-lhe contrafé, que aceitou, exarando sua assinatura.

Campina Grande, 08 de outubro de 2020.

João Ricardo Barbosa

Oficial de Justiça





Successfully created

**Poder Judiciário da Paraíba**  
**9ª Vara Cível de Campina Grande**

( )

Nº do processo: 0821987-67.2020.8.15.0001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

**MANDADO DE CITAÇÃO**

A MM. Juíza de Direito da 9ª Vara Cível de Campina Grande manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite BRADESCO SEGUROS S/A localizada na Rua Marquês do Herval, 129, Centro, Campina Grande-PB, CEP – 58400-087, para tomar conhecimento da presente ação e, querendo, contestá-la em até 15 (quinze) dias, sob pena de revelia.

Campina Grande, em 7 de outubro de 2020.

De ordem, YETI JERONIMO RODRIGUES DA COSTA  
Servidora



**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:**  
XXXXXXXXXXXXXX



Assinado eletronicamente por: **YETI JERONIMO RODRIGUES DA COSTA**

**07/10/2020 16:13:48**

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

ID do documento: **35223951**



20100716134619500000033658222

**Imprimir**

07/10/2020 16:59

