



Número: **0860457-55.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 10968.75**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANYELLE CIRNE ARAGAO
AUTOR	BERGUISON LAMACK FERNANDES
ADVOGADO	MARTINHO CUNHA MELO FILHO
RÉU	MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17264 648	18/10/2018 15:31	Comprov. req. administrativo	Informações Prestadas
17264 677	18/10/2018 15:31	BO; SAMU; Ausencia IML; DUT	Informações Prestadas
17264 710	18/10/2018 15:31	Documentação médico-hospitalar 1	Informações Prestadas
17264 730	18/10/2018 15:31	Documentação médico-hospitalar 2	Informações Prestadas
17264 758	18/10/2018 15:31	Documentação médico-hospitalar 3	Informações Prestadas
17264 791	18/10/2018 15:31	RG e CPF; Comprov. de residencia	Informações Prestadas
17264 813	18/10/2018 15:31	PROCURACAO - BERGUISON LAMACK FERNANDES	Procuração
17280 577	21/10/2018 11:37	Despacho	Despacho
19092 154	08/02/2019 09:05	Mandado	Mandado
19182 236	13/02/2019 08:29	Diligência	Diligência
19182 252	13/02/2019 08:29	IMG 20190213 0002	Devolução de Mandado

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180022593 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BERGUISON LAMACK FERNANDES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO BERGUISON LAMACK FERNANDES

CPF/CNPJ: 10514840498

Posição em 17-10-2018 11:41:14

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/01/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**

Nº Sinistro: **3180022593**

Vítima: **BERGUISON LAMACK FERNANDES**

Data do Acidente: **18/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FERNANDO LUIZ NASCIMENTO RODRIGUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180022593**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12232097

Pag. 00631/00632 - carta_01 - INVALIDEZ



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
11ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência
Nº 00048.01.2017.1.02.011

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2017.1.02.011, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:37 horas do dia 27 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 11ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Nélcio Carneiro dos Santos, matrícula 1357280, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Berguison Lamack Fernandes**, CPF nº 105.148.404-98, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Supervisor, filho(a) de Norma Maria Fernandes e Pai Não Declarado, natural de Patos/PB, nascido(a) em 22/04/1994 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Medeiros e Silva, Nº 360, complemento casa, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Parque Cow Boy, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99831-0520.

Dados do(s) Fatos:


Local: Outros, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/lôcal de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/05/17 11:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

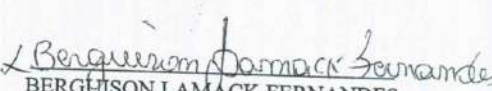
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

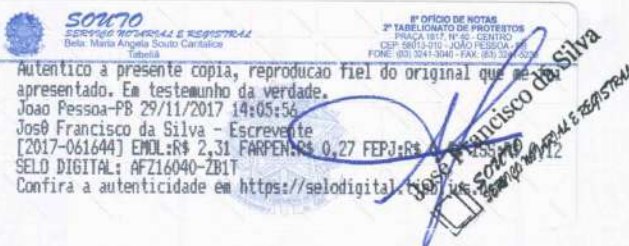
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA BIZ 125 ES DE COR PRETA ANO 2011, DE PLACA MOM-8752-PB, CHASSI Nº 9C2JC4820BR012010, EM NOME DE ANTONIO MARCOS DA SILVA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO COPRO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM PB 2516, DATADO DE 06/10/2017.

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

João Pessoa/PB, 27 de novembro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


BERGUISON LAMACK FERNANDES
Noticiante



Procedimento Policial: 00048.01.2017.1.02.011



VISTO EM: 30/05/17

Comandante do BAPH
Kally Sabrina do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

(ATO DECLARATÓRIO)

João Pessoa-PB, 30 de Maio de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 189/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 18/05/2017, conforme requerimento nº 180/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 11h25min o/a Sr.(a) **BERGUISON LAMACK FERNANDES**, CPF: 105.148.404-98, vítima de (colisão(carro x moto)), ocorrido na Rua do Jarro, Paratibe - João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46 tendo como chefe o/a **SARGENTO BM JOSENILDO SOARES DE OLIVEIRA**, Matrícula: 518.109-7. Verificou no local que vítima era o condutor da motocicleta, consciente e orientado, possível fratura na patela. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - SD BM-Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 e 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Berguison Lomack Fernandes

CPF da Vítima

105.148.404-98

Data do Acidente

18/05/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Feito em 18 de Dezembro de 2017

Local e Data

Berguison Lomack Fernandes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


DALL001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Mendes do Silve,
RG nº 2395312, data de expedição 14 / 01 / 97,
Órgão SSP/DF, portador do CPF nº 032 702 724-05,
com Domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado
de P.B., onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pedro Nolasco de Menezes
Filho nº 68, complemento, _____, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data _____ do _____ acidente _____ ocorrido _____ com _____ a _____ vítima
Berguison Damack Fernandes, cujo o condutor
era Berguison Damack Fernandes.

Veículo.....: Motocicleta
Ano.....: 2011 - 2011
Modelo.....: Honda/B12 125 ES
Placa.....: MOM B752/PB
Chassi.....: 9C2JC4B20BR 012010
Data do acidente.: 02-06-2017

Local e data: João Pessoa PB 04-12-2017

x Antônio Carlos da Silva  

Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Berguizem Damascu Fernandes
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE BERGUÍSON LAMACK FERNANDES

DADOS DE NASCIMENTO 22/04/94

NOME DA MÃE NORMA MARIA FERNANDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.001.359

Nº PRONTUÁRIO 102.087

DATA DO ATENDIMENTO 18/05/17

HORA DO ATENDIMENTO 12:24

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO DO JOELHO D + TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO DA PERNA E (JOELHO) + LESÃO DO LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR

CID 10 S 83.1 + S 89.9 + M 23.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma no joelho E, com dor e deformidade e suspeita de fratura no membro inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX Da coxa E - AP e P

RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Luxação do joelho E + traumatismo do ligamento cruzado posterior ao RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Matheus Enomoto no 1º tempo e pelo Dr. Rafael Lara e Dr. Carlos Alberto Vieira no 2º tempo.

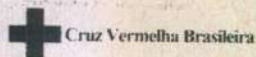
ALTA HOSPITALAR: 01/06/17

DATA DA EMISSÃO: 06/10/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

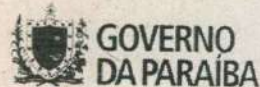
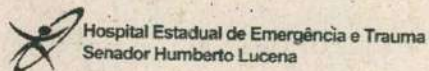
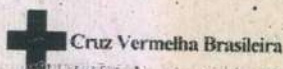
ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1001359



Identificação do paciente						
ID 1171844	Nome BERGUISON LAMACK FERNANDES			Sexo Masculino		
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23 anos 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe NORMA MARIA FERNANDES	Pai NAO DECLARADO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MANOEL LEITE DE ANDRADE - TIO (A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988345575	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3833652	Nº Cns				
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade PATOS	CBO/R				
Endereço						
CEP 58067047	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRQ SOL)			
Número 360	Complemento	Bairro GRAMAME				
Admissão						
Data e Hora 18/05/2017 12:24:16	Número da pulseira 100004681983	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Acid. de moto (sic). GCS: 15						
Diagnóstico Trauma ac. fechado						CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA						Tempo 01min 10seg

Imprimir



VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente BERGUISON LAMACK FERNANDES		BAE 1001359	Data/Hora Entrada 18/05/2017 12:24:16	Data Baixa
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988345575
Mãe NORMA MARIA FERNANDES				Prontuário
Endereço FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRQ SOL), 360		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cons. Regional 10204/PB	
Data/Hora Classificação 18/05/2017 12:24:16		Data/Hora Prescrição 18/05/2017 17:02:31		

anamnese

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DOR EM JOELHO E DESDE ENTÃO. RX: LUXAÇÃO DE JOELHO E

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

PIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0.0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 1,0 SERINGA VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 3,0 AMPOLA VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 12/12H

Dr. Michael Enomoto
MEDICO
CRM-PB 10204



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente BERGUISON LAMACK FERNANDES		BAE 1001359	Data/Hora Entrada 18/05/2017 12:24:16	Data Baixa
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 988345575
Mãe NORMA MARIA FERNANDES				Prontuário
Endereço FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRQ SOL), 360		Bairro GRAMAME	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VINICIUS NUNES ANDRADE	Nº Cons. Regional 4661/PB	
Data/Hora Classificação 18/05/2017 12:24:16			Data/Hora Prescrição 18/05/2017 12:45:10	

Anamnese

ENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SOCORRIDO PELOS BM, APRESENTANDO EDEMA, DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO ESQUERDO. ABDOME, TÓRAX E CERVICAL SEM QUEIXAS. GCS 15.

CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO.)

CID10

Código	Descrição
S80.9	Traumatismo superficial não especificado da perna

Conduta

Em observação

Vinicius N. Andrade
Médico - Cirurgia Geral
CRM 10.000/2017
VINICIUS NUNES ANDRADE
(4661/PB)

BERGUISON LAMACK FERNANDES

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

CID10

Código	Descrição
S83.1	Luxação do joelho

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto
MÉDICO
CRM-PB 10234

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(10234/PB)

BERGUISON LAMACK FERNANDES



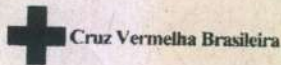
CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>BEU GILSON LAMBEK FERREIRA</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Enf:	Leito:
Data de admissão:		Data da alta: <u>04/06/2017</u>	
Diagnóstico inicial:			
Diagnóstico final: <u>LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO (E)</u>			
Outros diagnósticos: <u>01 - FRACTURA</u>			
Principais exames:			
<u>RAIO X JOELHO</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
<u>REPARAÇÃO DE FIXAÇÃO EXTERNA JOELHO (E)</u>			
<u>DR. PATRICK LIMA / DR. CARLOS</u>			
Terapêutica medicamentosa:			
<u>ANTIDOLORSICO JOELHO (E) 30/5/17</u>			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologia:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:			
<u>PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM</u>			
<u>QUEIXAS. PRESENTA FRATURAS JOELHO</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso:			
relativo em casa por, <u>30</u> dias.			
retorno às atividades sem esforço físico em, <u>60</u> dias.			
retorno às atividades com esforço físico leve, <u>60</u> dias e com maior em, <u>90</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.			
Medicações para casa: <u>FLANX 400mg, 2080. HAPLIDA</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão			
João Pessoa: <u>6</u> de <u>17</u>			
Dr. Carlos Alberto de Almeida			
Ass. Médico / CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

21/06/2017



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1001359



Identificação do paciente

ID 1171844	Nome BERGUISON LAMACK FERNANDES		Sexo Masculino	
Data de nascimento 22/04/1994	Idade 23 anos 1 mes 30 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 102087
Mãe NORMA MARIA FERNANDES	Pai NAO DECLARADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - TIO (A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988345575	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3833652	Nº Cns 708108635152440		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade PATOS	CBO/R		

Endereço

CEP 58067047	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO MEDEIROS E SILVA (LOT PRQ SOL)
Número 360	Complemento	Bairro GRAMAME	

Admissão

Data e Hora 18/05/2017 12:24:16	Número da pulseira 100004681983	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA						Tempo 01min 10seg

Imprimir



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

07/01/17

NOME DO PACIENTE: B. RICHISON L. FERNANDES		DATA: 28/5/17	BE/PRONTUÁRIO: 1001359
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	SETOR: HTOP POSTO 1	ENFERMARIA: 16	LEITO: 2
PESO: 60 kg	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar Qual:		
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão			
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
SRL 1000ML EV EM 24H		ATT	
2	DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6H	23	11
3	TILATIL 20 VO 12/12H	23	11
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N	S/N	
5	NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N	S/N	
6	OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H	05	
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA (21/05/17)		
8	Na Hsdentrina - 200ml VD, 2x 10:00h		
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		LUXAÇÃO DE JOELHO PO DE FIX EXTERNO	
EVOLUÇÃO MÉDICA		BEG	
CONDUTA DIÁRIA		VPM + SOLICITO RX CONTROLE	
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF	
NOME DO PACIENTE: JOEL VIEIRA DA SILVA		DATA: 23/05/2017 BE/PRONTUÁRIO: 100099	

Dr. Luiz Portela
Ortopedia-Traumatologia
Cirurgia de Coluna Vertebral
CRM-SP 124.111

Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2



HOSPITAL
ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

HEETSRL

NOME DO PACIENTE: BERGUISON L. FERNANDES		DATA: 23/5/17		BE/PRONTUÁRIO: 1001359
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	SETOR: HTOP POSTO 1	ENFERMAGEM: 16		
PESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:	LEITO: 2		
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão				
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO
1	SRL 1000ML EV EM 24H	ATT		
2	DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6H	17	23	05
3	TILATIL 20 VO 12/12H		23	11
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N	S/N		11
5	NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N	S/N		
6	OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H			
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA (21/05/17)	17		05
8				
9				
10				
11	Dr. Paulo W. S. Maia			
12	Ortopedia - Traumatologia			
13	CRM-PB 65607EOT 70043			
14				
15				
16				
17				
18				
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		LUXAÇÃO DE JOELHO O PO DE FIX EXTERNO		
EVOLUÇÃO MÉDICA		BEG		
CONDUTA DIÁRIA		VPM + CIRURGIA HOJE		
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF		

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSRL
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2



CRUZ VERMELHA
BRASIL 1961

HEETSHL

NOME DO PACIENTE: BERGUISON L. FERNANDES		DATA: 24/5/17	BE/PRONTUÁRIO: 1001359
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	SETOR: HTOP POSTO 1	ENFERMARIA: 16	LEITO: 2
PESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:	CLEARANCE DE CREATININA:	
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão			
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	
1	SRL 1000ML EV EM 24H		OBSERVAÇÃO
2	DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6H	17	
3	TILATIL 20 VO 12/12H	23	11
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N	S/N	
5	NAUSEDRON4MG + AD EV 8/8H S/N	S/N	
6	OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H	05	
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA (21/05/17)	05	
8	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	23	11
9		17	5CC1H
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		LUXAÇÃO DE JOELHO O PO DE FIX EXTERNO	
EVOLUÇÃO MÉDICA		BEG	
CONDUTA DIÁRIA		VPM	

Dr. Thales W. S. Maia
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PB 6590/TEO 10843

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2



HEETSHL

NOME DO PACIENTE: BERGUISON L. FERNANDES		SETOR: HTOP POSTO 1		DATA: 23/5/17		BE/PRONTUÁRIO: 1001359	
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA		ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:		ENFERMARIA: 16		LEITO: 2	
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão							
MEDICAMENTO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1	SRL 1000ML EV EM 24H			ATT			
2	DIPIRONA 2 ML EV DE 6/6H						
3	TILATIL 20 VO 12/12H						
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N						
5	NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N						
6	OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H						
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA (21/05/17)						
8	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		LUXAÇÃO DE JOELHO DO PO DE FIX EXTERNO					
EVOLUÇÃO MÉDICA		BEG					
CONDUTA DIÁRIA		VPM					
Assinatura do Médico com Carimbo e CRM				Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF			
Dr. Rafael Lara de Freitas Ortopedia e Traumatologia CRM - PB 8794 TEOT 9693				Servidor da Farmácia			

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2



CRUZ VERMELHA
DE ANGARA

HEETSIL

NOME DO PACIENTE: BERGUISON L. FERNANDES		DATA: 20/5/17	BE/PRONTUÁRIO: 1001359
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA	SETOR: HTOP POSTO 1	ENFERMARIA: 16	LEITO: 2
PESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:	CLEARANCE DE CREATININA:	
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão			
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1	SRL 1000ML EV EM 24H	ATT	
2	DIP'IRONA 2 ML EV DE 6/6H	17 23 05	11
3	TILATIL 20 VO 12/12H	23 11	
4	TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 8/8H S/N	S/N	
5	NAUSEDRON 4MG + AD EV 8/8H S/N	S/N	
6	OMEPRAZOL 20MG EV 12/12H	23 05	
7	CLEXANE 40MG SC 1X DIA (21/05/17)	ATT	
8	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	17 23 05	11
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)			
EVOLUÇÃO MÉDICA			
CONDUTA DIÁRIA			
Assinatura do Médico Responsável Carimbo e CRM		Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF	

Dr. Márcio Antônio de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 301.4300
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSIL
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

Nome: Berguini B. Formigoni BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexp: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: Intensiva EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Rafael Lima 1° Assistente: Dr. Carlos Alberto
2° Assistente: Dr. Tiago 3° Assistente: Dr. Spurio Gomes
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Raulino
Tipo de Anestesia: Rápi Horário: Início ____:____:____ Término ____:____:____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesões do joelho direito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retificação da fixação externa</u>	
<u>Manipulação do joelho</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Tiago Martins Formigoni
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24412 CRM-PE
TEOT 14830

João Pessoa, 30/05/12

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

HEFTSM1

NOME DO PACIENTE		Burguini h. pamerck Texmendes	
IDADE	23	PRONTUÁRIO	
CIRURGIÃO	Rafael de Oliveira		
CIRURGIÃO	Rafael de Oliveira		
ANESTESIA	Nº 1		
ANESTESISTA	Nº 1		
INSTRUMENTADOR			
DATA	30/05/12	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO	FIM
DATA	30/05/12	CIRURGIA: INÍCIO	FIM
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)			
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS		QTD.	
ALFENTANIL			
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA			
BUPIVACAÍNA PESADA			
CETAMINA			
DROPERIDOL			
ETOMIDATO			
FENOBARBITAL			
FENTANILA			
FLUMAZENIL			
ISOFLURANO			
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO			
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO			
LIDOCAÍNA C/ VASO			
LIDOCAÍNA S/ VASO			
MIDAZOLAN			
MORFINA			
NIMBÍUM			
PANCURÔNIO			
PETIDINA			
PROPÓRFOL			
RAMIFENTANILA			
ROCURÔNIO			
SEVOFLURANO			
SUXAMETÔNIO			
TIOPENTAL			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			
PLASIL			
PROSTIGMINE			
PROTAMINA			
TENOXICAN			
MEDICAÇÕES		QTD.	
ADRENALINA			
ÁGUA DESTILADA			
ATROPINA			
BEXTRA			
CEFAZOLINA			
DEXAMETASONA			
DIPIRONA SÓDICA			
EFEDRINA			
FUROSEMIDA			
GLICOSE 50%			
GLUCONATO DE CÁLCIO			
HIDROCORTISONA			
LIDOCAÍNA GELÉIA			
ONDASESTRONA			



FICHA DE ANESTESIA

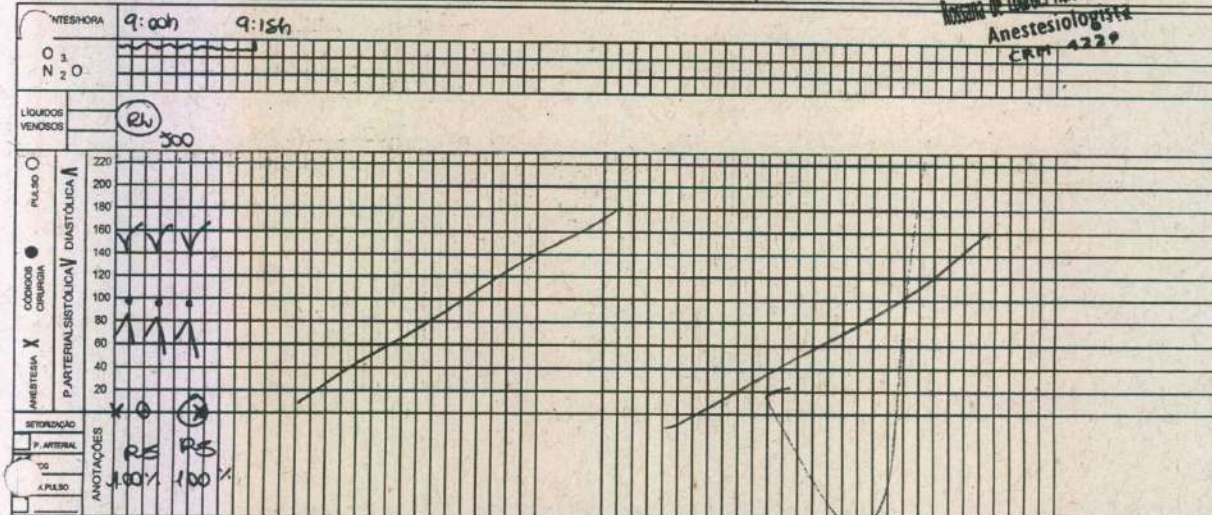


DATA: 30/05/17

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: Berquissom Lamarek Fernandes		SEXO: M	COR: BRANCO	IDADE: 23 anos
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 100	RESPIRAÇÃO eupneica	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		
EXAMES COMPLEMENTARES: UPE				
AP. RESPIRATÓRIO JVN @ AHT, S/RA		AP. CIRCULATÓRIO RCR 2T, BNF, 05		
AP. DIGESTIVO Feijum		ESTADO MENTAL LOTE		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA UD2 - 2mg		I ESTADO FÍSICO (ASA)		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Luxação de joelho (E)				
CIRURGIA REALIZADA Retirada de fixador + manipulação de joelho (E)				
CIRURGIÃO DR. RAFAEL		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA 9:00h		TÉRMINO DA ANESTESIA 9:15h		DURAÇÃO DA ANESTESIA 15min.
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS
ANESTESISTA DR. ROSSANA; DR. ALVARO		CPF 630.882.174-91		CRM-PB 4220

Rossana de Lourdes Melo Ferreira do Vale
Anestesiologista
CRM 4220



TÉCNICA		<input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
Pck: Sentada, monitorizada, feita assepsia lombar, punção entre L3-L4 com agulha			
LÍQUIDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE	1	Midazolam - 3mg	11
NaCl	2	Supinaolona hipotônica 0,5% - 15mg	12
SANGUE	3	Etomidato - 10mg	13
ROSIER	4	Diprivan - 2g	14
TOTAL	5		15
DESTINO DO PACIENTE	6		16
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7		17
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8		18
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS URPA	9		19
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	10		20

Quincke S.26. 1.1.1.1. e cloro. Injeção de 2. Procedimento sem intercorrências.

Assinatura do Anestesiologista
Rossana de Lourdes Melo Ferreira do Vale
Anestesiologista
CRM 4220



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEE TSHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Del. em decúbito lateral sobre Raxoizubeni
Anestesia - Intubação

Incisão:

Incisão de Cavaletti

Achados:

Retirada do fixador externo
transversal em M.I.D.

Conduta:

Manipulação do fêmur direito
Dois pontos de fixação

Curativo

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 2441 CRM-PE
TEC 14830

João Pessoa, 30/08/17.

F(NG).ASCIR.009-1



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSHL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Bergueren Lammack Eduardo Jr.

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

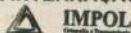
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)



INSTRUMENTAL E IMPLANTES LTDA

Av. Dr. Ulysses Guimarães, 3533 - 09990-080 - Diadema - SP - Brasil

10/2016

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FIXADORES EXTERNOS

FAMÍLIA DE FIXADORES EXTERNOS- OSSOS MÉDIOS E LONGOS-IMPOL

FIXADOR IMPOL FIX 23

TAM: ROFA II

MATERIAL NBR ISO 208 / NBR 5601

REGISTRO ANVISA: 10108770110

Res. Tec. Douglas C. Nunes - CREA: 5063482811

LOTE 0060/1016

COD. 0930-001-000

QTD: 1

VAL: 10/2021

CLASSE III



SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPEC

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

01 fixador externo de femur

C+ 3.5 Chado apena a broca 3.5

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

S



Nome: Berguison Laureck Farias BE/Prontuário: 1001359
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/05/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de Luxação de Joelho (C)
Cirurgião: Dr. Thales 1º Assistente: Dr. Matheus (NR1)
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Fazmexbiter Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Luxação de Joelho (C)</u>	
<u>Lesão de LCP</u>	
<u>Canto posterior lateral</u>	
<u>Canto posterior medial</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução Imediata de Luxação</u>	
<u>de Joelho (C) e Fixação transcutânea</u>	
<u>de Joelho (C) com Fita de Gesso</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Matheus Eltonato
M20130
CRM-PA 13234

João Pessoa, 18/05/17

F(NG).ASCIR.009-1



BE 100 1359

[illegible]



CRUZ VERMELHA
BRASIL

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS



HEETSHL

Período Pré-Operatório

1.1 Dados de Identificação

Nome: Berquison Lomack Fernandes
Idade: 23 Sexo: M BE/Prontuário: 1001359
Data da visita Pré-Operatória: 18/05/14 Hora: 15:30 Enfermaria: _____ leito: _____
Alergias: () sim () não () não sabe Quais: _____
Dor: () presente () ausente Local: _____
Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: _____
Antecedentes familiares: _____
Checar exames pré operatório (hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)
OBS: _____
Chegar documentos: visita pré-cirúrgica (), visita pré - anestésica () Termo de autorização para procedimento cirúrgicos () OBS: _____
Utilização () sim () não
Orientações:
() Retirar prótese e adornos
() Jejum informado
() Orientação sobre: banho com clorexidina deg-1-2 horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa, confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico
() Realizar tricotomia
Enfermeiro/Coren(a): [assinatura] 0001359

Período Transoperatório

Procedimento: Pro. Cir. de Fract. Exposta Luxação de fêmur

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

- | | |
|---|---|
| (<input checked="" type="checkbox"/>) identidade | concluída/avaliação pré-anestésica |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) Sítio demarcado | (<input checked="" type="checkbox"/>) Consentimento informado |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) Procedimento cirúrgica | (<input checked="" type="checkbox"/>) Jejum |
| (<input checked="" type="checkbox"/>) Verificação de segurança anestésica | |

> O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/ risco de aspiração?

- (☒) Não () Sim e equipamento/ Aspiração disponível

Risco de perda sanguínea > 500ml. (7ml/kg em crianças)?

- (☒) Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos
() Reserva Hemocomponentes

> Checagem equipamentos

- (☒) Monitorização (☒ Bisturi elétrico (placa + cabo) (☒ Suporte de oxigênio
(☒ Aspirador (☒ Carro de anestesia + alarmes + oxigênio e agentes inalatórios
(☒ OPME () não se aplica (☒ Realização de desinfecção na sala N° 05
(☒ Conferir esterilização das embalagens

> ACESSO VENOSO

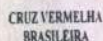
- (☒ Periférico () ACV

1.3 Antes da incisão cirúrgica (Confirmação -Pausa Cirúrgica)

> CONFIRMAR SE A EQUIPE ESTÁ COMPLETA

- (☒ Cirúrgico (☒ Anestesiologista (☒ Auxiliar cirurgia
() Instrumentador/Firma (☒ Tec. RX

F(NG).ASCIR.035-1



HEETSHU

Posição e Preparo:

Preparações:

- (1) Antúscio preferido
- (2) Pente em DDM sob amarelo
- (3) Amarelo e Antúscio
- (4) Colóides de amarelo

Incisão:

Redução custo de Jogo (R) com custo de energia
Fixos de Jogo (C) com + taxa externa
+ taxa externa com 4 pontos de shang
sendo 2 em + taxa (C) e 2 em shang (C)

Achados:

com auxílio de escopas
cristais
Bx de controle /

Dr. Mathias Gino Roto
M.D.
PHI-PB 15-04

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Nicholas E. J. ...
...
CRM-PB 10294

João Pessoa,

18,05,17

F(NG).ASCIR.009-1

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EMISSÃO: 25/02/2010

NOME: BERGUISON LAMACK FERNANDES

PLACAO: NORMA MARIA FERNANDES

NATURALIDADE: PATOS-PB

DATA DE NASCIMENTO: 22/04/1994

NASC. N. 40956 FLB: 154 LIT. A-36

CPF: 105.148.404-98

Assinado eletronicamente

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

Assinado eletronicamente

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição: 105.148.404-98

Nome: BERGUISON LAMACK FERNANDES

Nascimento: 22/04/1994

LUZIA LEITE DE ANDRADE
RUA FRANCISCO MEDEIROS E SILVA, 260 - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 58067047 (AQ 1)
Emissão: 30/10/2017 Referência: Out / 2017
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO Br 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 17-5-602-3200 Nº medidor: 00008402222



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 343 997
Cód. para Deb. Automático: 00012502159

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

Conta referente a: Out / 2017
Apresentação: 30/10/2017
Data prevista da próxima leitura: 29/11/2017
CPF / CNPJ / RANI: 43673392468
Inst. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1250215-9

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
- CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL - CADASTRO BIOMÉTRICO
- IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA. O TRIB. REGIONAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO AO CADASTRAMENTO. PROCURE UM CARTÓRIO ELEITORAL MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
28/09/17	9084	30/10/17	9315			32
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa / Valor Base Calc. Aliq.	ICMS (R\$)	Tributos Totais (R\$)	Colo (R\$)
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,252330	7,57	7,57	0,08
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,432560	30,27	30,27	0,31
0601	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	120,000	0,848820	77,85	77,85	0,81
0601	Consumo acima de 220 kWh-BR	11,000	0,720820	7,93	7,93	0,08
0601	Adic. B. Amarela			0,23	0,23	0,00
0601	Adic. B. Vermelha			8,36	8,36	0,08
0610	Subsidio			48,51	48,51	0,51
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIB SERV. ILUM. PÚBLICA			5,95	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,93	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,47	0,00	0,00
0305	MULTA 36/2017			0,07	0,00	0,00
0805	MULTA 09/2017			2,37	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017			0,40	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017			33,26	0,00	0,00
0908	Devolução Subsidio			-33,26	0,00	0,00
CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL		160,65	181,72	1,89

Média últimos meses (kWh): 198
VENCIMENTO 07/11/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 160,65

Histórico de Consumo (kWh)											
205	191	189	243	121	170	189	211	229	183	239	202
Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16

RESERVADO AO FISCO
dbf6.91fe.6866.04b2.2ecc.a7f7.9c5c.476e.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	10,82	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energia/PB	31,75	19,76
DIC TRIMESTRAL	21,25	0,00	CONTRATADA	Compra de Energia	42,41	27,02
DIC ANUAL	3,36	0,00	LIMITE INFERIOR	Serviço de Transmissão	4,88	3,04
FIC MENSAL	6,72	0,00	LIMITE SUPERIOR	Encargos Setoriais	8,79	5,47
FIC TRIMESTRAL	13,45	0,00		Impostos Diretos e Encargos	71,82	44,71
FIC ANUAL	3,03	0,00		Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	12,22			Total	160,65	100,00
DICRI						

ATENÇÃO: Sua Unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 22,26.
Faturas em atraso

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, BERGUISON LAMACK FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO, SUPERVISOR, PORTADOR DO RG
Nº 3.833.652 SSMS/PA E CPF Nº 105.148.404-98, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA
FRANCISCO MEDEIROS E SILVA, Nº 360, GRAMAME, JOÃO PESSOA/PA, CEP 58067-047.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com a custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa / PA, 17 / 10 / 2018

x Berguison Lamack Fernandes

PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: BERGUISON LAMACK FERNANDES, BRASILEIRO, SOLTEIRO, SUPERVISOR, PORTADOR DO RG Nº 3.833.652 5505/PB E CPF Nº 105.148.404-98, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA FRANCISCO MEMEIROES E SILVA, Nº 360, GRAMAME, JOÃO PESSOA/PB, CEP 58067-047, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB nº 11.086, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB-PB nº 23.787 Hérica Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB-PB nº 18.935, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa/PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, **transigir**, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa / PB, 17 / 10 / 2018

x Berguison Lamack Fernandes

Processo nº 0860457-55.2018.8.15.2001

DESPACHO

Defiro o benefício da Justiça Gratuita requerida, considerando que as despesas processuais da presente ação comprometem os recursos financeiros do Autor.

Nos processos de DPVAT em que ocorrem lesão a vítima, a seguradora somente transige após a realização de perícia. Por tal razão, deixo de remeter, por hora, ao Centro de de Conciliação Cível tendo em vista que tal providência neste momento processual será infrutífera.

Diante disso, determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

P.I.

João Pessoa, 21 de outubro de 2018.

Juiz GUSTAVO PROCÓPIO BANDEIRA DE MELO
2ª Vara Cível da Capital

Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0860457-55.2018.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: BERGUISON LAMACK FERNANDES

R É U : M A P F R E V E R A C R U Z S E G U R A D O R A S / A
Avenida Presidente Epitácio Pessoa_, 723, - até 1145 - lado ímpar, Estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000**

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 2ª Vara Cível da Capital, MANDA ao oficial de justiça a quem este for entregue, CITAR a parte promovida, por todo o conteúdo do presente processo eletrônico para, querendo, contestar no prazo de 15 dias. Ciente de que, deixando de contestar, será considerado revel e presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo autor (Art. 344, CPC).

JOÃO PESSOA, 8 de fevereiro de 2019

NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO
Analista Judiciário

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:XXXXXXXXXX

Certifico em cumprimento ao mandado retro que citei a MAFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A a qual está ciente de todo conteúdo do mandado recebendo cópia do mesmo e contra fé. O referido é verdade e dou fé.

8



Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA
()

MANDADO DE CITAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0860457-55.2018.8.15.2001

CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM (7)

ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [SEGURO]

AUTOR: BERGUISON LAMACK FERNANDES

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Avenida Presidente Epitácio Pessoa_**, 723, - até 1145 - lado ímpar, Estados, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 2ª Vara Cível da Capital, MANDA ao oficial de justiça a quem este for entregue, CITAR a parte promovida, por todo o conteúdo do presente processo eletrônico para, querendo, contestar no prazo de 15 dias. Ciente de que, deixando de contestar, será considerado revel e presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pelo autor (Art. 344, CPC).

JOÃO PESSOA, 8 de fevereiro de 2019

NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO

Analista Judiciário

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: XXXXXXXXXX



Assinado eletronicamente por: NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS
NETO

[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento
/listView.seam](http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam)

ID do documento: 19092154



19020809052514700000018578551

MAPFRE Seguros
Ana Cristina
Emissão Em Geral
Tel (83) 3512-1811

11/02/2019