



Número: **0825708-12.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **16/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 4725.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | |
|----------|------------------------------------------|
| Tipo | Nome |
| ADVOGADO | CLARISSA ROBERTA DIAS CARDOSO |
| AUTOR | MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS |
| RÉU | PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS |

| Documentos | | | |
|--------------|--------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 14319 305 | 16/05/2018 18:02 | lider carta sinistro | Informações Prestadas |
| 14319 316 | 16/05/2018 18:02 | pagamneto lider | Informações Prestadas |
| 14319 309 | 16/05/2018 18:02 | procuração ad judicia | Procuração |
| 14319 314 | 16/05/2018 18:02 | RG E CPF | Documento de Identificação |
| 14319 264 | 16/05/2018 18:02 | agendamnto pericia em joao pessoa | Informações Prestadas |
| 14319 282 | 16/05/2018 18:02 | HOSPITAL | Informações Prestadas |
| 14319 288 | 16/05/2018 18:02 | samu | Informações Prestadas |
| 14319 258 | 16/05/2018 18:02 | hospital 1 | Informações Prestadas |
| 14319 253 | 16/05/2018 18:02 | boletim atendimentohospital | Informações Prestadas |
| 14319 250 | 16/05/2018 18:02 | clinico | Informações Prestadas |
| 14319 243 | 16/05/2018 18:02 | anestesia | Informações Prestadas |
| 14319 226 | 16/05/2018 18:02 | cirurgia 1 | Informações Prestadas |
| 14319 234 | 16/05/2018 18:02 | cirurgia 2 | Informações Prestadas |
| 14319 216 | 16/05/2018 18:02 | bo | Informações Prestadas |
| 15796 012 | 08/08/2018 14:22 | Despacho | Despacho |
| 19250 842 | 15/02/2019 13:33 | Mandado | Mandado |
| 19295 899 | 19/02/2019 08:31 | Diligência- CITAÇÃO | Diligência |
| 19295 909 | 19/02/2019 08:31 | Porto Seguro | Devolução de Mandado |

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS**

Nº Sinistro: **3180171450**
Vitima: **MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS**
Data do Acidente: **10/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **IZAURA FALCAO DE CARVALHO E MORAIS SANTANA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180171450**.

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 12678792

INISTRO 3180171450 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB
BENEFICIÁRIO MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS
CPF/CNPJ: 02927041431

Posição em 14-05-2018 10:34:24

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------|
| 15/05/2018 | R\$ 4.725,00 | R\$ 0,00 | R\$ 4.725,00 |

| Histórico das correspondências enviadas | | |
|------------------------------------------------|----------------------|------------------|
| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
| 05/05/2018 | Interrupção de Prazo | |
| 20/04/2018 | Aviso de Sinistro | |

PROCURACÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

NOME: Yancaucle de Vasconcelos Santos
QUALIFICAÇÃO: menina
ENDERECO: Rua Joacim Ribeiro 712 Flaches de
5630 000
CPF/MF: 039 270 41131 RG: 1901064.55003

OUTORGADO:

CLARISSA ROBERTA DIAS CARDOSO, OAB/PB 14.138, solteira, brasileira, CPF n. 010.027.024-70, endereço profissional Rua Treze de Maio, n. 721, Centro, João Pessoa – PB.

PODERES:

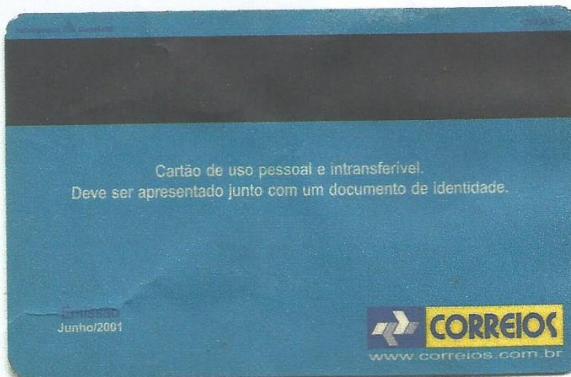
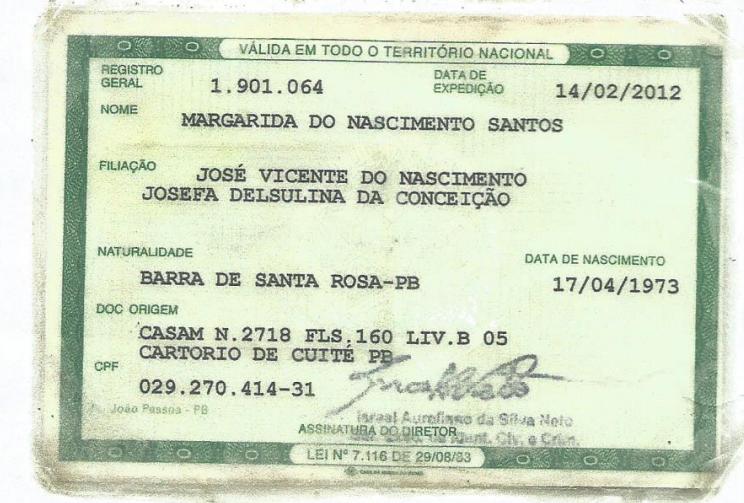
Amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, como também em seara administrativa, podendo requerer quaisquer documentações em hospitais e/ou clínicas, sejam públicos ou particulares, bem como, propor a quem de direito, qualquer tipo de ação, se necessário for, e defender nas contrárias, até final decisão, usando dos recursos legais convenientes, especialmente para propor ação de cobrança de indenização de seguro obrigatório DPVAT, podendo praticar também atos extrajudiciais de representação e defesa, em especial com poderes para receber citação, intimação ou notificação, representar em audiências, confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, reconhecer a procedência do pedido, renunciar ao direito ao qual se funda a ação, receber e dar quitação, abrir conta em banco, arrematar, adjudicar, renunciar a direitos, permutar, requerer e receber alvarás judiciais ou não, endossar cheques, gravar bens, prestar contas, agindo em conjunto ou separadamente, podendo substabelecer, com ou sem reservas de poderes, dando tudo por firme, certo e valioso. Obriga-se o Outorgante a pagar ao Outorgado, pelo cumprimento da presente procuração, o pagamento de trinta por cento do que receber da indenização do seguro obrigatório DPVAT, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado(a) na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas processuais e honorários de advogados, sem prejuízo do sustento próprio ou da família, e, portanto, solicita o benefício da **JUSTIÇA GRATUITA**.

Riches de Feijo, 22 de Maio de 2017

Yancaucle de Vasconcelos Santos
OUTORGANTE



INISTRO 3180171450 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS

CPF/CNPJ: 02927041431

Posição em 10-05-2018 18:58:21

Seu pedido de indenização está em fase de realização de perícia médica. É muito importante que você compareça no endereço abaixo, no dia e horário agendados, levando um documento de identificação original com foto. Fique atento: o não comparecimento à perícia gera pendência, atrasando a conclusão do seu processo.

DADOS DA PERÍCIA

Data do agendamento: 11/05/2018

Tipo de local: Clínica

Nome do local: Ortotrauma Medical - Dr. João Bartolomeu - 08:00 às 11:30hs

ENDERECO

Logradouro: Rua Miriam Barreto Rabelo

Número: 591

Complemento:

Bairro: Bessa

Município: João Pessoa

UF: PB

Telefone: (81) 3126-4650

Celular: (81) 99187-8726



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Margarida do Nascimento Santos
DATA DE NASCIMENTO 17/04/73
NOME DA MÃE Josefa Delsulina da Coceição

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 104187
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1026492
DATA DO ATENDIMENTO 10/07/17
HORA DO ATENDIMENTO 16:47
MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento
DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de fêmur direito
CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento, apresentando ferimento com exposição óssea em coxa direita, pulsos distais presentes, edema em região frontal, sangramento nasal, nega perda da consciência ou vômitos. Avaliado pela BMF, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX coxa D

TC de face

RESULTADOS DOS EXAMES:

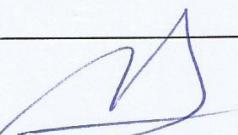
RX: fratura de diafise do fêmur D.

TC: sem anormalidades

TRATAMENTO:

Limpeza mecânico-cirúrgica + fixação externa transarticular (realizada em 10/07/17). Retirada de fixador externo + tração transesquelética (realizado em 26/09/17). Osteossíntese de fratura de fêmur D (realizada em 05/10/17)

ALTA HOSPITALAR: 06/10/17
DATA DA EMISSÃO: 08/03/18


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| | | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----|
| Data 10/09/17 | ID da Ocorrência 1818180 | <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT | Nº Equipe 04 | Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite | Hora de Saída da Base 17:00 Hs | Hora de Chegada no Local : | Hs |
|------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|----|

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Paciente / Usuário MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS | Idade 71 | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem | Telefone: |
| Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| Logradouro TOMAZINHO NEUAS | Bairro NAUDACARU | Médico Regulador JOAQUIM | |
| Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: | | | |
| Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: | | | |
| DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento | | | |
| Destino (Unidade Hospitalar) MEETSHAL | | Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) | |

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO Objetivo: | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____ |
| CAUSAS EXTERNAS Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento por: <u>MOTO</u> <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____ | <input type="checkbox"/> Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ <input type="checkbox"/> Responsável: _____ Responsável: _____ |
| | ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Continuo Quais? _____ |

| | | | | | |
|-------------|---------------|---------------|------------|-------------------------|--------------------|
| ADOS VITais | FC: <u>91</u> | FR: <u>19</u> | HGT: _____ | SpO2 - S/O2: <u>98%</u> | SpO2 - C/O2: _____ |
|-------------|---------------|---------------|------------|-------------------------|--------------------|

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA _____ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro: _____

Última de atropelamento por moto, multuno exposito de ferimento, edema de nádegas perineal, emagrecimento e queimadura de 2º grau

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA



AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 580310
Tel:
CNES: 6121221

| | | | | |
|-------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Paciente MARGARIDA DO NASCIMENTO | | BAE 1026492 | Data/Hora Entrada 10/09/2017 16:47:00 | Data Baixa |
| Data de nascimento 01/01/1973 | | Idade 44 | Sexo Feminino | CNS |
| Mãe JOSEFA DECOLINA DO NASCIMENTO | | | | Prontuário |
| Endereço PROJETADA, SN | | Bairro CENTRO | Município PEDRAS DE FOGO | UF PB |
| Acidente MOTO X PEDESTRE | | Motivo ATROPELAMENTO | Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO | Nº Cons. Reg 2882/PB |
| Data/Hora Classificação 10/09/2017 16:47:00 | | Data/Hora Prescrição 10/09/2017 17:06:58 | | |

anamnese

CLINICO VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO FERIMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA DE COXA D + EDEMA DE REGIÃO FEMORAL, EMBRANGAMENTO NASAL, NEGA VOMITOS E DESMAIO CONDUTA: RX DE COXA D PA P + PARECER DA ORTOPEDIA E BUCO

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |

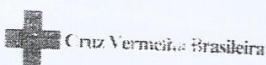
nduta

Em observação

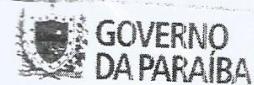
Dr. Marcos Antônio C. Furtado
Cirurgião Geral
CRM 2882

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(2882/PB)

MARGARIDA DO NASCIMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1026492



Identificação do paciente

| | | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| ID 1208986 | Nome MARGARIDA DO NASCIMENTO | | | Sexo Feminino |
| Data de nascimento 01/01/1973 | Idade 44 anos 8 meses 9 dias | Estado civil | Religião | Prontuário |
| Mãe JOSEFA DECOLINA DO NASCIMENTO | Pai JOSE VICENTI DO NASCIMENTO | | | Responsável (Parentesco) MAYARA DO NASCIMENTO - SOBRINHO(A) |
| Escolaridade | | | | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 988352375 | DDD Fixo | Fone Fixo | |
| Tipo documento | Número documento | Nº Cns | | |
| Local de procedência BAIRRO DOS IPES | | | | Tipo BAIRRO |
| Email | Naturalidade | UF PB | | |
| Endereço | | | | |
| CEP 58328000 | Município de residência PEDRAS DE FOGO | UF PB | Logradouro PROJETADA | |
| Número SN | Complemento | Bairro CENTRO | | |
| Admissão | | | | |
| Data e Hora 10/09/2017 16:47:00 | Número da pulseira 1000005986773 | Convênio SUS | | |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clínica | | | |
| Classificação de risco | | | | Origem do paciente RUA |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ATROPELAMENTO | Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE | | |

Indicadores e Transporte

| | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de transporte SAMU | Quem transportou | | |

Sinais Vitais

PA X _____ mmHg Pulso Temperatura

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos
Pct consciente, orientada, eupneica, vítima de atropelamento, refere dor em M1D e apresenta lacerção no membro. *Atm. Garzatto Lacerda*

Diagnóstico

Atendido por
MICHEL CARVALHO BORGES

Atm. Garzatto Lacerda
Enfermeira
COREN 23943

CID

Tempo
02min 02seg

*Net (x) ext. diaf femur
Zdo 9/2017
DC
NS
FA*

*Imprimir
diaf femur
09/10/2017
DC
NS
FA*

*diaf femur
Zdo 9/2017
DC
NS
FA*

10/09/2017 16:47

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

| | | | |
|--------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Paciente MARGARIDA DO NASCIMENTO | Sexo Feminino | Data/Hora Entrada 10/09/2017 16:47:00 | Data Baixa |
| Data de nascimento 01/01/1970 | | CNS | Telefone de Contato (83) 988352375 |
| JOSEPH | | | Prontuário |
| Endereço | Bairro CENTRO | Município PEDRAS DE FOGO | UF PB |
| | Motivo ATROPELAMENTO | Profissional ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES | Nº Cons. Regional 5724/PB |
| | | Data/Hora Prescrição 10/09/2017 18:36:05 | |

Anamnese

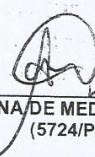
ENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE FEMUR E TRAUMA EM FACE. REFERE PERDA DE CONSCIENCIA POS TRAUMA, NEGA VOMITO. NO MOMENTO CONSCIENTE ORIENTADA, EUPNEICA, CONTACTUANTE. AO EXAME FISICO DIA EM REGIAO FRONTO PARIETAL, ESCORIACAO EM REGIAO FRONTAL, NEGA ALTERACAO DA ACUIDADE VISUAL, MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS, BOA ABERTURA BUCAL, NEGA ALTERACAO OCLUSAL. CD: SOLICITO TC. REAVALIACAO APOS TC

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

Conduta

Em observação


 ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES
 (5724/PB)

MARGARIDA DO NASCIMENTO

FICHA DE ANESTESIA



HEETSUL

| | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|
| DATA: | 30/09/17 | PRONTUÁRIO: | 1026492 |
| SEXO: | F | COR: | B |
| EDADE: | | SÃO ARTERIAL | |
| PULSO | 75 | RESPIRAÇÃO | EUF |
| TEMPERATURA | 65 | PESO | 65 |
| DO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO | | GRUPO SANGUÍNEO | |
| PARES COMPLEMENTARES | | RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO | |
| AP. RESPIRATÓRIO | Válvula | AP. CIRCULATÓRIO | RCR 27 |
| AP. DIGESTIVO | AVD SNA | ESTADO MENTAL | LOTE DROGAS EM USO |
| ESTADO ANESTÉSICO | IB | ESTADO FÍSICO (ASA) | |
| ESTIMADA/HORA | FENTANIL 50 MG + MID 2 G CON | DIREITO | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | FRATURA DE FÉMUR EXTERNO + LIMPADA CIRURGICA | | |
| OPERAÇÃO REALIZADA | RETIRADA DE FIXADORES EXTERNOS + LIMPADA CIRURGICA | | |
| ORIGEM | DR. ORLANDO | | |
| TIPO DA ANESTESIA | AUXILIARES | | |
| TEMPO DO PROCEDIMENTO | 12:45 | DURAÇÃO DA ANESTESIA | 45 min. |
| TESTISTA | DR HERCULES | QUANT. DE CH. | VALORES R\$ |
| HORA | CPF | CRM-PB | |
| ANOTACOES | | | |



| | | | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| ANESTESIA GERAL | <input checked="" type="checkbox"/> TRAQUIDIANA | <input type="checkbox"/> EPIDURAL | <input type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO | <input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS | <input type="checkbox"/> OUTROS |
| SECOANESTESIA | BISUPRACETAMOL + MIDAZOLAM + FENTANIL + DIPRIVONA | | | | |
| Volume em ml: | 150 ml | | | | |
| 1 | BISUPRACETAMOL + MIDAZOLAM + FENTANIL + DIPRIVONA | | | | |
| 2 | MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO | | | | |
| 3 | FENTANIL 50 MG | | | | |
| 4 | MIDAZOLAM 2 G | | | | |
| 5 | DIPRIVONA 20 | | | | |
| 6 | 15 | | | | |
| 7 | 16 | | | | |
| 8 | 17 | | | | |
| 9 | 18 | | | | |
| 10 | 19 | | | | |
| | 20 | | | | |
| ANESTESIA DE MELHOR FONTE | | | | | |
| - BISUPRACETAMOL + MIDAZOLAM + FENTANIL + DIPRIVONA | | | | | |
| - PUNICO (15-14) C/ ADRONA 256 | | | | | |
| - RER (1) C/ ADRONA 256 | | | | | |
| - INOTROPICO (100%) | | | | | |



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

341085&dataInicial=27/09/2017 08:08:17&dataFinal=

INTERNO, S/N -
CNES: 4545454 - Tel.:

Impresso por:
GLAUBER MELO
NOVAIS MIRANDA
Em: 27/09/2017
08:08:22

| Paciente MARGARIDA DO NASCIMENTO | Boletim de Atendimento 1026492 | Data/Hora Entrada 10/09/2017 16:47:00 | Data/Hora Saída |
|--------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------|
| Data de nascimento 01/01/1973 | Idade 44 | Sexo Feminino | CNS 898005808164933 |
| Tempo de Internação 16d 9h 37min | | Convênio SUS | Prontuário 104187 |

Plantão
DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA - 27/09/2017 :08:17)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

#ortopedia

- fratura exposta de fêmur direito em uso de fixador externo há 16 dias .

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (26/09)

#Evolução: Paciente apresentando melhora do Hb 11,2. SEM QUEIXAS NO
MOMENTO

#CD: AGUARDAR 3 DIAS E OBSERVAR SE EXISTE SECREÇÃO EM TRAJETO
DOS PINOS , NÃO EXISTINDO INFECÇÃO PROGRAMAR CIRURGIA

Seção: **POSTO II - ENF 20** Leito: **0002 - ORTOPEDIA**
Responsável pela informação: **GLAUBER MELO NOVAIS MIRANDA**

Número Conselho: **9220**

*Gláuber Meilo Novaís Miranda
Médico
CRM - PB 9220*

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=341085&dataInicial=27/09/2017%2008:08:17&dataFinal=27/09/2017%2008:08:17&dataFinal2=>



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Margarida do Nascimento BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ - Data: _____ / _____ / _____
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: _____ 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | | CID |
|------------------------------------|--|-------|
| <u>Fratura aberta de fêmur (3)</u> | | 572.2 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|------------------------------------------|--------|
| <u>Osteossíntese de fratura de fêmur</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. Indalecio Pacelli Fernandes
 Ortopedia - Traumatologia
 Clínica do Belo
 CRM 6827 TEOF 14247

João Pessoa, 05/10/17

F(NG).ASCIR.009-1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 276/2018

Aos TRES dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de PEDRAS DE FOGO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Exmo(a). **PAULO DE OLIVEIRA MARTINS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 10h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS, Identidade nº 1.901.064-SDS/PB, CPF nº 029.270.414-31, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: do lar, filho(a) de José Vicente Do Nascimento E De Josefa Delcilia Da Conceição, natural de Barra De Santa Rosa/PB, nascido(a) em 17/04/1973 (44 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Pedro Ribeiro, 812, tendo como ponto de referência: Maracujá, na cidade de ITAMBÉ, fone(s) para contato: xxxxxxxxxx.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: Acidente de transito;
- 2) DATA DO FATO: 10 de julho de 2017;
- 3) HORÁRIO: 15h:30min;
- 4) LOCAL: João Pessoa/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Afirma a noticiante que estava em transito na cidade de João Pessoa/PB, quando foi vítima de atropelamento por motocicleta e condutor não identificados, vindo a ser socorrida por uma equipe do SAMU para o hospital de trauma em João Pessoa/PB, onde veio ser atendida, conforme Laudo Médico emitido pelo Dr. juan Jaime alcoba Arce, CRM 3323/PB, com varias lesões.

6) OBSERVAÇÕES:

Nada Consta

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

Margarida do Nascimento Santos
MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS

Comunicante

[Signature]
Escrivã(o) / Agente
Matrícula nº 135.591-1

Rua Dr. Manoel Alves, 191, Centro, Pedras de Fogo/PB. CEP: 58.328-000
Fone: (81) 3635-1304



**Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital**

[ACIDENTE DE TRÂNSITO] 0825708-12.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

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. A experiência prática demonstra que nas ações em que se busca o pagamento do seguro obrigatório DPVAT, como é o caso, tentativas de acordo somente são viabilizadas em momento processual posterior a realização de prova pericial para apuração da debilidade alegada pelo Autor, razão pela qual torna-se infrutífera a designação de sessão para tentativa conciliatória.

Dessa forma, **deixo de agendar audiência de conciliação**.

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

Contestada a ação, **intime-se** a parte Promovente para, em 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação, nos termos do art. 351 do CPC/2015.

Por fim, **intimem-se** as partes para, no prazo de 15 (quinze) dias, informarem as provas que pretendem produzir, especificando-as e justificando-as, sob pena de indeferimento.

Ultimadas as providências anteriores, retornem-me os autos conclusos.

João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara

Juíza de Direito

Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

Nº do processo: 0825708-12.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

MANDADO DE CITAÇÃO

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, cite a **PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**, com endereço: Rua João Bernardo de Albuquerque, 62, Tambiá, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58020-565, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 15 de fevereiro de 2019.

De ordem, IZAURA GONÇALVES DE LIRA
Chefe de Cartório

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: 18051617582885200000013977059

CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins que dei inteiro cumprimento ao presente mandado, citando a parte na pessoa de
Claudia Costa

. Dou fé.

JOÃO PESSOA

19 de fevereiro de 2019

ANTONIO ROBERTO NEVES SILVA

OK

**Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA**

Nº do processo: 0825708-12.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

MANDADO DE CITAÇÃO

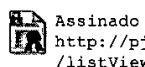
*Recd. Diretoria
19/02/2019*

A MM. Juíza de Direito da 6ª Vara Cível da Capital manda ao Oficial de Justiça que, em cumprimento a este, cite a **PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**, com endereço: Rua João Bernardo de Albuquerque, 62, Tambiá, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58020-565, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 15 de fevereiro de 2019.

De ordem, IZAURA GONÇALVES DE LIRA
Chefe de Cartório

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ASESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18051617582885200000013977059



Assinado eletronicamente por: IZAURA GONÇALVES DE LIRA
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 19250842



19021513330238000000018732264

*Recebido por
Elaine Costa
PORTO SEGURO
COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS
19/02/2019*