



Número: **0803158-91.2015.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **14/10/2015**

Valor da causa: **R\$ 11812.5**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS
AUTOR	JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
22146 57	14/10/2015 14:41	Procuração	Procuração
22146 63	14/10/2015 14:41	Declaração de hipossuficiência	Outros Documentos
22146 66	14/10/2015 14:41	Documentos Pessoais	Documento de Identificação
22146 76	14/10/2015 14:41	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
22146 84	14/10/2015 14:41	Laudos Médicos	Documento de Comprovação
26213 61	15/12/2015 13:22	Despacho	Despacho
14253 164	14/05/2018 16:08	Designação de audiência	Certidão
15678 470	01/08/2018 14:14	Certidão	Certidão
15851 168	09/08/2018 15:31	Substabelecimento	Substabelecimento
15851 210	09/08/2018 15:31	Substabelecimento - Josicleide Estevão Guimarães	Substabelecimento
15985 172	16/08/2018 12:05	Termo de Audiência	Termo de Audiência
15985 185	16/08/2018 12:05	termo audiência 0803158 91.2015	Termo de Audiência
17290 763	25/10/2018 16:12	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

JOÃO VITOR ESTEVÃO DA SILVA, brasileiro, menor impúbere, neste ato representado por sua genitora Sra JOSICLEIDE ESTEVÃO GUIMARÃES, portadora do RG n.º 2.733.834 SSP/SP e do CPF nº012.354.854-39., residente e domiciliado na Rua Jornalista Nelson Firmino , n.415 Marcos Moura, João Pessoa/PB. Constitui e nomeia os **Drs. DANIEL SILVA PINTO DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na **OAB/PE 36.348**, o **Dr. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na **OAB/PB 9949** e **Dra. BRUNA FERNANDES DANTAS**, brasileira, Advogada, inscrita na **OAB/PE 39.151** como seus procuradores, podendo ser intimados na Rua Severino Guimarães, 302, Mangabeira, João Pessoa/PB, onde receberão as intimações e notificações de praxe; ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula “ad Judicia”, art. 38 parte final do CPC, especialmente para ajuizar Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT, junto a **VARA CIVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA.** Podendo o outorgado, confessar, assinar, desistir, propor e firmar acordos entre as partes, receber intimações, transigir, apresentar réplica, oposições, receber valores e dar quitação, receber alvarás judiciais junto aos cartórios das serventias judiciais, apresentar recurso e contra razões junto ao Tribunal de Justiça, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo acompanhar todo processo até o final do julgamento e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. **Os honorários advocatícios, em havendo contrato que os regule, serão pagos na base de 30%, (trinta por cento) sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.**

João Pessoa /PB, em 22 de setembro de 2015.

Outorgante: *Josicleide Estevão Guimarães*

Isento de reconhecimento de firma, face a Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que nova redação ao art. 38 do CPC.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

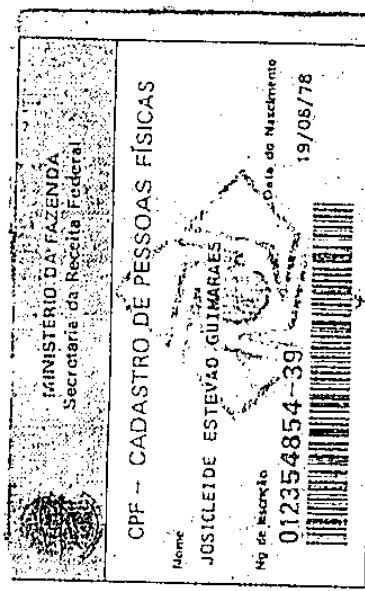
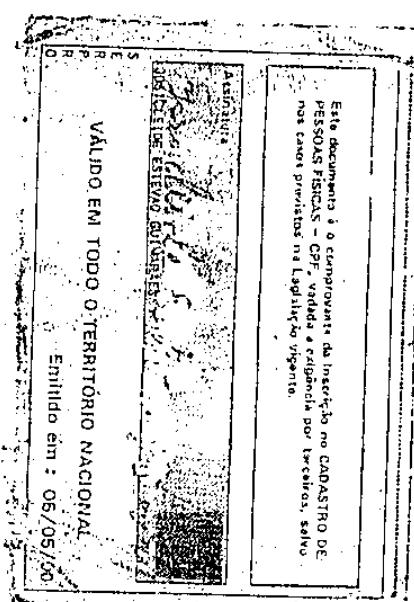
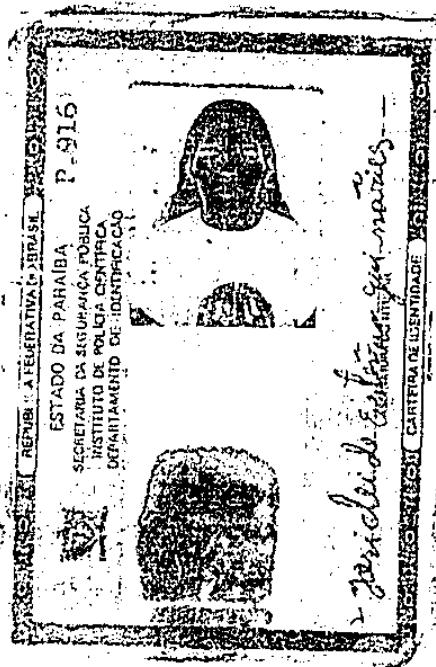
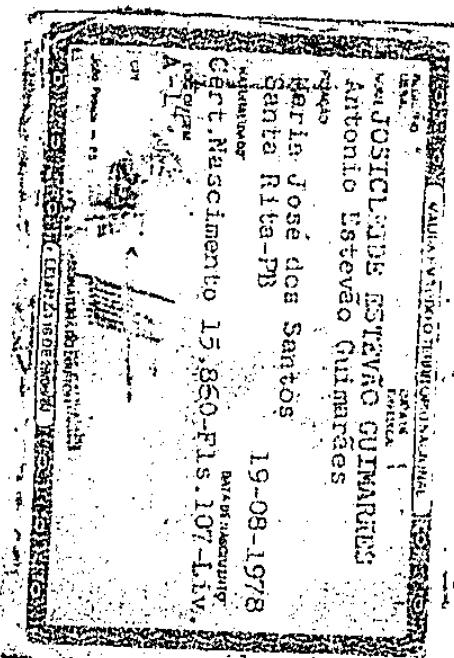
JOÃO VITOR ESTEVÃO DA SILVA, brasileiro, menor impúbere, neste ato representado por sua genitora Sra JOSICLEIDE ESTEVÃO GUIMARÃES, portadora do RG n.º 2.733.834 SSP/SP e do CPF nº012.354.854-39., residente e domiciliado na Rua Jornalista Nelson Firmino , n.415 Marcos Moura, João Pessoa/PB.

DECLARA, para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CIVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA, ESTADO DE PARAÍBA**, nos termos da Lei n. 7.510, de 04 de julho de 1986, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por ser pobre na forma da Lei, não dispondo de meios para prover as custas do processo da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório DPVAT. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso o presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

João Pessoa/PB, em 22 de Setembro de 2015.

Declarante:

Adson José Alves de Farias





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
DISTRITAL DE TIBERIA II
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE SANTA RITA
Edinalva Mendes da Silva
OFICIAL DO REGISTRO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO N° 7.636

Certifico e dou fé, que no folio 158-L do livro nº A-19 de Registros de Nascimento, foi lavrado no dia 17 de Maio de 2005 o assento de Nascimento de José Vitor Lestevam da Silva, do sexo Menino, nascido no dia 12 de Maio de 2005, às 19:55 horas, em Santa Rita-PB, filha de G.F.R. Ribeiro, Edinalva Mendes da Silva, Flávia das Neves da Silva e Flávia das Neves da Silva, sendo avós maternos Antônio Lestevam Góes e Flávia José da Silva. Tendo sido declarante Flávia Mendes da Silva e serviram de testemunhas Flávia Mendes da Silva e Flávia Mendes da Silva.

O referido é verdade e dou fé.

Santa Rita, 17 de Maio de 2005

Edinalva Mendes da Silva
OFICIAL

003741

Rua Euclides Cunha, 1/n - Jequaribe João Pessoa - PB. CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

00681164-7

003.17.250.0014

CUNHABER R DE ARAUJO

ENDERECO

RUA JORN NELSON FIRMO, 115 00000

BAIRRO

NOVA TRINDADE

SANTIA RITA

55300-970

RESPONSÁVEL

SITUAÇÃO ÁGUA

LIGADO

SITUAÇÃO ESGOTO

POTENCIAL

RESIDENCIAL

QUANTIDADE DE ECONOMIAS

COMERCIAL

INDUSTRIAL

PÚBLICO

LEITURA ATUAL

1087

LEITURA ANTERIOR

1086

CONSUMO DO MÊS (m³)

1

DATA DA LEITURA

9/09

DIA DE CONSUMO

30

CONDICÃO DA LEITURA

PROJETADA

CONDICÃO DO FATUAMENTO

MÉDIA

ANORMALIDADE DA LEITURA

MÉDIA

ANORMALIDADE DE CONSUMO

MÉDIA

DATA DA PRÓXIMA LEITURA

MÉDIA

MÉDIA:

M



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SEC. DE EST. DA SEG. E DA DEF. SOCIAL
GER. EXEC. DE POL. CIVIL METROPOLITANA
14ª DELEGACIA DISTRITAL -TIBIRI II



BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 1.472/2015

(acidente de trânsito)

Aos dezessete dias de agosto de dois mil e quinze, nesta cidade de Santa Rita/PB, na 14ª Delegacia, sendo Delegado Titular a Bela. MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS, às 13h22, compareceu: JOSICLEIDE ESTEVÃO GUIMARÃES, brasileira, solteira, Secretaria do lar, Fundamental incompleto, IDT 2.733.834, CPF 012.354.854-39, filha de Antonio Estevão Guimarães e de Maria Jose dos Santos, residente na Rua Jornalista Nelson Firmino, 415, Marcos Moura, nesta cidade, prestando a ocorrência como representante legal do menor, 10(dez) anos, JOÃO VITOR ESTEVÃO DA SILVA que, no 15 de junho do corrente ano, aproximadamente as 13h50min, quando o seu filho João Vitor, andando de bicicleta em frente a Praça, foi atropelado por uma moto, sendo arremegado a uma distância de cinco metros, sofrendo fratura do dorso distal do rádio, da mão direita, conforme o CID-10 S 52.5, o mesmo teve atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU conforme o numero do protocolo nº 819936 e dando entrada no Hospital de Emergência e Trauma -Senador Humberto Lucena conforme o numero da autorização de internação hospitalar nº 73183173. Nada mais havendo a declarar, e, ciente das sanções penais contidas no art. 299 do Código Penal, caso sua declaração não traduza a verdade, eu, ESCRIVÃO que digitou o BO e assina.

Santa Rita, 17/08/2015

NOTIFICANTE: Adson Jose Alves de Farias

ESCRIVÃO: Adson



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



REC/SP: 08.806.754/0015-401
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

Atendendo o requerimento nº 508/053, declaramos para os fins de direitos que consta em nossos registros, sobre protocolo: 819936, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente JOAO VICTOR ESTEVÃO DA SILVA, idade 10 anos, vítima de Acidente Automobilístico (Colisão moto x bicicleta) no dia 15/06/2015, Em frente à Primeira Praça do Marcos Moura, Bairro: Marcos Moura - Santa Rita - aproximadamente às 13:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

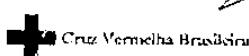
João Pessoa, 06 de Agosto de 2015.


Jefferson da Rocha Augusto
Estagiário - Tel. 081-366-6 - SAMU 192-JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone: SAMU: (81) 3216-9243 / 3214-8125

RL ALVES



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Samaru Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, 0 ++ CNES: 123312 • Tel.:

Boletim de Atendimento Emergencial: 845096

NEUROL ORTO 18/09/2016

Identificação do paciente						
ID 998850	Nome JOAO VITOR ESTEVAO DA SILVA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 17/03/2005	Idade 10 anos 2 meses 29 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA			
Mãe JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES			Pai JOAO BATISTA DA SILVA PESSOA			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES - MAE				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87056030	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento REGISTRO DE NASCIMENTO	Número documento 7636	Nº Cns				
Local de procedência SANTA RITA		Tipo MUNICÍPIO	UF PB			
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro Professor Severo Rodrigues			
Número SN	Complemento		Bairro Popular			
Admissão						
Data e Hora Prevista 16/06/2016 14:47:37	Número da pulseira 3281627	Convênio SUS				
Especialidade PEDIATRIA	Clinica EMERGENCIA PEDIATRICA					
Classificação de risco VERDE		Endereço do paciente RUA				
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de sedas Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU		Quem transportou AMB SAMU				
Sinais Vitais						
PA X	P脉	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS						Tempo 05min 24seg

Imprimir

distal radio

JS706
D2
NS J dell
GA RX



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: JOÃO VÍTOR ESTEVAO
BE:845096

15/06/2015 16:07:26

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOMEN TOTAL – FAST

Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal, derrame pleural ou pericárdico.

Demais órgãos abdominais sem alterações evidentes.

OBS: exame realizado em condições de urgência / emergência.


Dra. Alessandra Pinto da Costa Mendes
CRM 6788
Diagnóstico por Imagem



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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data	ID de Ocorrência	<input checked="" type="checkbox"/> USB	Nº de Equipes	Plano:	Hora da Saída da Base	Hora de Chegada no Local
15/12/15	8244-136	<input type="checkbox"/> USA	10	<input checked="" type="checkbox"/> Dia	15:00	15:00
Paciente / Usuário				Idade	Sexo:	Telefone:
Fernando Estevam da Silva				50	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	
Local da Ocorrência: [] João Pessoa <input checked="" type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bateca <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro						
Lugradouro				Destino	Médico Regulador	
12 Rua 10 de Maio 1111				Maria da Conceição	Médico Regulador	
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três						
Apóio 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"/> BPRAN <input type="checkbox"/> Outro						
OTA: [] Socorrido por Terceiros <input checked="" type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evacuado do Local <input type="checkbox"/> Trânsito <input type="checkbox"/> Outro						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HGT				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		
Destino (Unidade Hospitalar)						

ATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSICIATRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO
Motivo:		
1. CAUSAS EXTERNAS		
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atrapalhamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Cepotamento <input type="checkbox"/> Outro: <u>moto x bicicleta</u>		
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Alogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____		

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença Mental
<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Doença Renal
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Convulsões	<input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infeccio-contagiosa	<input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo

Outras: _____

1. DADOS VITALS PA: 90x40 FC: 88 FR: 16 HGT: 170 SPO2 - S1O2: 98% SPO2 - C1O2: 99%

EXAME CLÍNICO [SINTOMAS, QUEIXAS] - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

atendimento conforme protocolo

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos ou Enfermagem: _____

Intervenções: _____

Evolução da Enfermagem: _____

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA



Primeiro Atendimento Médico

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Vitor Esteve da Silva IDADE: 14/00

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente doméstico de varredura bicicleta - moto.

Nega violência e clemente.

Excorrimento na face.

Fratura fechada muito direta.

Trajeto pelo fio de ferro curvado, molação, etc.

H1.

ANEXO PRIMÁRIO

VIAS AEREAIS: Vias Obstruídas.CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNEIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: Presente e normalHTD: Rude
 Diminuído
 AusenteHTE: Presente e normalHTE: Rude
 Diminuído
 Ausente

2- RUIDOS

HTD: simHTD: Roncos
 Sibilos
 EstertoresHTE: Roncos
 Sibilos
 EstertoresHTD: NãoHTE: simImp: S₂O₂: %:

CIRCULAÇÃO:

COR DA PELE:

 Normal Pálida Cianótica Pletórica Ictérica

TEMPERATURA DA PELE:

 Normal Quente Fria

PULSO:

 Normal Aumentado Fino Ausente

AUSCUTA CARDIÁCA:

 Regular Irregular Ausente Marmoréticas Hipofonéticas

RÍTIMO:

 Hipofonéticas Ausente

BULHAS:

 Presente Ausente

SOPRO:

 Sim Ausente

BE OU BA:

 Presente Ausente

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg TS: _____ C

ECG:

ABDOMEN: Fácito

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotoreceptores Paralisadas Anisocóricas Anisocoria

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (4-8 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticção)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
TOTAL:	15			Nenhuma	1

F(NG) CC.002-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

SB
MEETSHL

Nome: João Vitor Faria de Faria BE/Prontuário: _____
 Idade: 2 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dr. Ricardo M. M. C. 1º Assistente: Dr. Ricardo M. M. C.
 2º Assistente: Dr. Felipe B. A. 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início 10:00 Término 11:00

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>Extrato hialino</u>		

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<u>Fixação e fixação óssea</u>		
<u>(do cirúrgico)</u>		

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biópsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

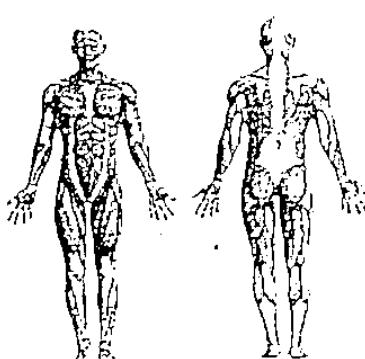
Médico/CRM: _____

Dr. Ricardo M. M. C. M. C.
Médico - Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9072

João Pessoa, 16/01/15

F(NG).ASCIR.009-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:																																				
MEDICAMENTOS:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:																																				
IMUNIZAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim:																																				
PATOLOGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:																																				
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim:																																				
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado																																					
																																						
<table border="0"> <tr> <td>1 Abrasão</td> <td>19 Fratura Óssea Fechada</td> </tr> <tr> <td>2 Amputação</td> <td>20 Fratura Óssea Aberta</td> </tr> <tr> <td>3 Avulsão</td> <td>21 Hematoma</td> </tr> <tr> <td>4 Contusão</td> <td>22 Ingeringimento Nervoso</td> </tr> <tr> <td>5 Crepitação</td> <td>23 Lacerção</td> </tr> <tr> <td>6 Dor</td> <td>24 Lesão Tendinea</td> </tr> <tr> <td>7 Edema</td> <td>25 Luxação</td> </tr> <tr> <td>8 Empoalamento</td> <td>26 Mordedura</td> </tr> <tr> <td>9 Estermo subcutâneo</td> <td>27 Movimento torácico paradoxal</td> </tr> <tr> <td>10 Esmigamento</td> <td>28 Objeto Encravado</td> </tr> <tr> <td>11 Equimose</td> <td>29 Otorragia</td> </tr> <tr> <td>12 F. Arma Branca</td> <td>30 Paralisia</td> </tr> <tr> <td>13 F. Arma de Fogo</td> <td>31 Parestesia</td> </tr> <tr> <td>14 F. Contuso</td> <td>32 Paroxística</td> </tr> <tr> <td>15 F. Contante</td> <td>33 Queimadura</td> </tr> <tr> <td>16 F. Conto-Contuso</td> <td>34 Riorragia</td> </tr> <tr> <td>17 F. Perfurado-Contuso</td> <td>35 Sinais de Isquemia</td> </tr> <tr> <td>18 F. Perfurado-Contante</td> <td>36</td> </tr> </table>			1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada	2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta	3 Avulsão	21 Hematoma	4 Contusão	22 Ingeringimento Nervoso	5 Crepitação	23 Lacerção	6 Dor	24 Lesão Tendinea	7 Edema	25 Luxação	8 Empoalamento	26 Mordedura	9 Estermo subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal	10 Esmigamento	28 Objeto Encravado	11 Equimose	29 Otorragia	12 F. Arma Branca	30 Paralisia	13 F. Arma de Fogo	31 Parestesia	14 F. Contuso	32 Paroxística	15 F. Contante	33 Queimadura	16 F. Conto-Contuso	34 Riorragia	17 F. Perfurado-Contuso	35 Sinais de Isquemia	18 F. Perfurado-Contante	36
1 Abrasão	19 Fratura Óssea Fechada																																					
2 Amputação	20 Fratura Óssea Aberta																																					
3 Avulsão	21 Hematoma																																					
4 Contusão	22 Ingeringimento Nervoso																																					
5 Crepitação	23 Lacerção																																					
6 Dor	24 Lesão Tendinea																																					
7 Edema	25 Luxação																																					
8 Empoalamento	26 Mordedura																																					
9 Estermo subcutâneo	27 Movimento torácico paradoxal																																					
10 Esmigamento	28 Objeto Encravado																																					
11 Equimose	29 Otorragia																																					
12 F. Arma Branca	30 Paralisia																																					
13 F. Arma de Fogo	31 Parestesia																																					
14 F. Contuso	32 Paroxística																																					
15 F. Contante	33 Queimadura																																					
16 F. Conto-Contuso	34 Riorragia																																					
17 F. Perfurado-Contuso	35 Sinais de Isquemia																																					
18 F. Perfurado-Contante	36																																					

OBS.:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada (regra da palma%) N Graus de queimadura: 1º grau 2º grau 3º grau

EXAMES SOLICITADOS
 Radiografias crânio Apf/purul/cervical/tórax,
 Ultrassonografia (FAST) **MSD** (ponto D) / Rx quadris
 Tomografia computadorizada Lavado peritoneal
 Gasometria arterial
 Flegm sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CÁRIMBO
1	intubação endotracheal		
2	HV pi AV: Rendatol 500ml JY	7.20	
3			
4			
5	bipirâmica (500ml) Quel + 8 ml Cais Naut		
6			
7	re airt		
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da **NEVICO** **VITÓ** 35 : do dia / /
 Solicito parecer da **ORLIC (01.05)** **SUSCONAKILO** 35 : do dia / /

DESTINO DO PACIENTE

DATA: / / / / DESTINO: Centro cirúrgico
 DA: / / / / Transferência (unidade de saúde)
 SAÍDA: / / / / Internado (setor)
 HORAS: / / / / Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revália Desistência
 / / / / Obito Até 48 hs Após 48 hs Família IML SVO

ASSINATURA/CÁRIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN

F{NG}.CC.001

Usuário: misandre

CHI: Existe paciente para ser registrado nesta unidade

Regulação | Gestão | Recursos | Paciente | Controle de Acesso | Configuração



Ajuda | Alterar senha |

Consultar Internação
Internação | Consultar

Internação

Número do Laudo 73183173

Unidade Solicitante hospital de emergencia e trauma senador h. lucena

Unidade Executante hospital de emergencia e trauma senador h. lucena

Data/Hora de Solicitação 16/06/2015 17:47

Atendente Solicitante Marcelo da Silva Andrade

Data/Hora da Regulação 16/06/2015 19:30

Profissional Regulador Manoel Angelo Filho cpf: 13315331472

Situação

Com complementos pendentes de avaliação com alta

Profissional que fez o registro da Ato Marcelo da Silva Andrade

Data de Registro 17/06/2015 12:15

Motivo Alta - Malnourido

Data Prevista 17/06/2015

Data/Hora de Internação 16/06/2015 20:05

Profissional que fez o registro da Internação Marcelo da Silva Andrade

Paciente Código 889999142174834

Nome JOAO VITOR ESTEVAO DA SILVA

Nome da Mãe JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES

Data de Nascimento 17/03/2005

Unidade Emissora do Laudo hospital de emergencia e trauma senador h. lucena

Profissional Emissor do Laudo Nome ROBERTO nery dantas

CPF 07252390420

Caráter da Internação 2- Urgência

Clínica Clínica médica: Leito Clínico, Pediatria

Procedimento Solicitado Código 0418020407

Nome tratamento cirúrgico de fratura da extremidade / metáfise distal dos ossos do antebraço

Procedimento Realizado Código 0418020407

Nome tratamento cirúrgico de fratura da extremidade / metáfise distal dos ossos do antebraço

Diagnóstico Inicial Código S525

Descrição trat da extremidade distal do radio

Diagnóstico Principal Código S525

Descrição frat da extremidade distal do radio

Diagnóstico Secundário Código -

Descrição -

Principais Resultados e Provas Dagnósticas

Procedimentos Especiais Registrados 0415030013 - tratamento cirúrgico em politraumatizados

Classificação /

Subclassificação do Leito Ocupado

-

Histórico

Tipo Ação

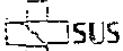
Encaminhamento de Internação sob Regulação

Login usuário
mfialho

Justificativa
INTERNAÇÃO REGULADA EM LETO EXTRA

Data

19:30
16/06/2015

 Sistema Único de 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: <i>88</i> 2 - CNES: <i>111</i>			
Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE: <i>Adson Vitor Esteves de Oliveira</i> 4 - N.º DO PRONTUÁRIO: <i>88</i> 5 - DATA DE NASCIMENTO: <i>11/11/1988</i> 6 - SEXO: <i>Male 1 Fem 3</i> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <i>88</i> 8 - TELEFONE DE CONTATO: <i>0800 1111111</i> 9 - DO DO TELEFONE:			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <i>Adson Vitor Esteves Guimaraes</i> 11 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO): <i>88</i> 12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <i>88</i> 13 - COD. IRGE MUNICÍPIO: <i>88</i> 14 - COD. IRGE MUNICÍPIO: <i>88</i> 15 - UF: <i>88</i> 16 - CEP: <i>88</i>			
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): <i>73183173</i>			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: <i>970 Circunfissão articular distal do H.º litorâneo realizada</i> 19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: <i>0408020407</i> 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: <i>radios 0415030013</i> 21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: <i>0415030013</i> 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>SG75</i> 23 - CID 10 PRINCIPAL: <i>SG75</i> 24 - CID 10 SECUNDÁRIO: <i>SG75</i> 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: <i>SG75</i>			
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO ESPECIAL 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <i>0303040084 / 506.8 + 0408020407 / 5925</i> 27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: <i>0303040084 / 506.8 + 0408020407 / 5925</i> 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <i>30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 34-070E</i> 31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <i>32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 34-070E</i> 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <i>34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 34-070E</i> 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <i>36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 37-070E</i> 37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: <i>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</i>			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <i>Adson Vitor Esteves de Oliveira</i> 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <i>15/06/15</i> 41 - DOCUMENTO: <i>111</i> 42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <i>88</i> 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): <i>Adson</i> <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			
AUTORIZAÇÃO 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <i>Adson Vitor Esteves de Oliveira</i> 45 - COD. ORGÃO EMISSOR: <i>111</i> 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <i>15/06/15</i> 47 - DOCUMENTO: <i>111</i> 48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: <i>88</i> 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO): <i>Adson</i> <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF			



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Tadeu Vieira Sá</u> Registro: <u>81.5096</u>					
Idade: <u>10</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>	Etnica: <u>Branca</u>	Enf: <u>-</u>	Leito: <u>-</u>
Data de admissão: <u>15/06/2012</u>		Data da alta: <u>11/06/2012</u>			
Diagnóstico inicial: <u>Fx de tibia com fratura exposta</u>					
Diagnóstico final: <u>Fratura tibia</u>					
Outros diagnósticos:					
Principais exames: <u>Rx, Rx de tibia e A.R. Radiografias</u>					
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Prótese tibial</u>					
Terapêutica medicamentosa: <u>Analgésicos</u>					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (X) Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriologia:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações. <u>Fratura tibial com exposição de tecido</u>					
Orientações Pós Alta: <u>Manter ferida limpa e seca. Consultar se houver febre, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.</u>					
Medicações para casa: <u>Paracetamol 500</u>					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>10 de junho de 2012</u> Ass. Médico / CRM _____					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



**Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22) 0803158-91.2015.8.15.0331

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a justiça gratuita.

À escrivanaria para designação de audiência de conciliação, nos termos do Art. 277 do Código de Processo Civil.

Cite-se a promovida para comparecimento a audiência conciliatória, ocasião em que não sendo obtida conciliação entre as partes, poderá oferecer contestação à lide (art. 278), reputando sua ausência injustificada em presunção da verdade dos fatos alegados na inicial (art. 319 do CPC), salvo se do contrário resultar da prova dos autos, proferido o Juízo, desde logo, a sentença.

As partes poderão comparecer a audiência pessoalmente, podendo fazer-se representar por preposto.

Intime-se e cite-se.

SANTA RITA, 14 de dezembro de 2015.

Juiz(a) de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Santa Rita

R VIRGÍNIO VELOSO BORGES, SN, Alto do Eucalipto, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-270

Número do Processo: 0803158-91.2015.8.15.0331
Classe: PROCEDIMENTO **SUMÁRIO** (22)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO

Certifico em razão do meu ofício que, em cumprimento à determinação judicial, fica designada audiência conciliatória para o dia 09 de agosto de 2018, às 14:30horas, na sala 01 do Centro Judiciário de Conciliação e Mediação - CEJUSC, localizado no Fórum Cível desta Comarca de Santa Rita - PB.

SANTA RITA, 14 de maio de 2018
ALESSANDRO DE SOUZA MELLO



Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Santa Rita

R VIRGÍNIO VELOSO BORGES, SN, Alto do Eucalipto, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-270

Número do Processo: 0803158-91.2015.8.15.0331
Classe: PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)
Assunto: [S E G U R O]
Polo ativo: AUTOR: JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO

Certifico em razão do meu ofício que, compulsando os presentes autos, constatei que não foram expedidas as respectivas intimações para a audiência designada para o dia 09/08/2018, às 14:30 horas, não havendo mais tempo hábil para a realização das mesmas no prazo estabelecido pelo Código de Processo Civil.

SANTA RITA, 1 de agosto de 2018
ALESSANDRO DE SOUZA MELLO

SUBSTABELECIMENTO EM PDF ANEXO

S U B S T A B E L E C I M E N T O

Processo nº 0803158-91.2015.8.15.0331

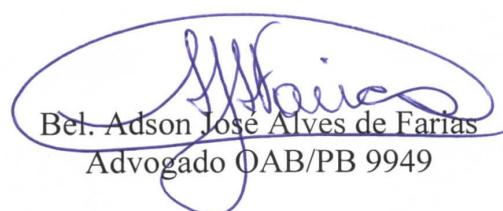
Promovente: JOÃO VITOR ESTEVÃO DA SILVA representado por sua genitora JOSICLEIDE ESTEVÃO GUIMARÃES

Promovente: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Juízo: 4ª Vara Mista da Comarca de Santa Rita/PB

Dr. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na **OAB/PB 9949**, com endereço profissional na Rua Italo Felipe Gomes da Silva, 280-A, Mangabeira II, João Pessoa/PB, **SUBSTABELEÇO COM RESERVAS**, os poderes da cláusula **AD JUDITIA ET EXTRA** outorgados no instrumento procuratório em anexo, na pessoa do Dr. HAMILTON ALEXANDRE FREIRE PINTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na **OAB/PB 10.745**, dando tudo por firme e valioso, especialmente para patrocinar a defesa do Outorgante, receber valores, dar quitação, **fazer levantamento de alvará judicial referente aos honorários sucumbenciais**, enfim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do instrumento procuratório. Nada mais havendo a constar lavro o presente instrumento.

João Pessoa, 09 de agosto de 2018.



Bel. Adson José Alves de Farias
Advogado OAB/PB 9949

Poder Judiciário da Paraíba

**4ª Vara Mista de Santa Rita
R VIRGÍNIO VELOSO BORGES, SN, Alto do Eucalipto, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-270
SANTA RITA
(83) 32177100**

TERMO DE AUDIÊNCIA

Processo: 0803158-91.2015.8.15.0331

Classe: PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22)

Data e hora de realização: 2018-08-16 12:02:28.972

AUTOR: JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES

Advogado do(a) RÉU:

Termo de Audiência anexo.



**PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA
COMARCA DE SANTA RITA
CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS – CEJUSC
FAP-FACULDADE PARAIBANA
Fórum Juiz João Navarro Filho**

PROCESSO 0803158.91.2015.8.150331

AUTOR: JOSICLEIDE ESTEVÃO DE GUIMARÃES

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS

PRESENTES À AUDIÊNCIA

AUTOR(A): JOSICLEIDE ESTEVÃO DE GUIMARÃES

ADVOGADO(A) DO AUTOR(A): HAMILTON ALEXANDRE FREIRE

OAB10745 PB

RÉU:

ADVOGADO(A) DO RÉU:

AUSENTES À AUDIÊNCIA

AUTOR(A):

ADVOGADO(A) DO AUTOR(A):

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS

ADVOGADO(A) DO RÉU:

TERMO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

Aos 09/08/18, às 14 h: 30 min, foi aberta audiência de conciliação, porém à ausência da parte RÉ impossibilitou a tentativa de conciliação.

E nada mais havendo a tratar, encerra-se o presente termo, devidamente assinado pelos presentes.

Santa Rita, em 09/08/18.

Raula Bráuer
AUTOR

ADVOGADO DO AUTOR

RÉU

ADVOGADO DO RÉU

José Paul de Souza
CO-CONCILIADOR

Eniseffton Lof
CONCILIADOR/MEDIADOR

OBSERVADOR:



**Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCEDIMENTO SUMÁRIO (22) 0803158-91.2015.8.15.0331

DESPACHO

Vistos, etc.

Compulsando os autos, verifico que a audiência conciliatória restou infrutífera em face da não expedição de mandado para ciência do réu.

Entretanto, vê-se, costumeiramente neste juízo, que em casos da mesma natureza, ou seja, ações tendo como objeto diferenças no pagamento do seguro DPVAT, não se obtém conciliação em torno da lide, uma vez que a prova técnica se mostra imprescindível para melhor esclarecimento dos fatos.

Assim sendo, em homenagem ao princípio da celeridade processual e duração razoável do processo, determino desde já a citação do réu, para, querendo, no prazo legal, contestar o presente feito.

SANTA RITA, 19 de outubro de 2018.

Juiz(a) de Direito