



Número: **0803219-45.2018.8.15.0751**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Bayeux**

Última distribuição : **18/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 6918.75**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA
AUTOR	JUCELIO LIMA FERREIRA
RÉU	BRDESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17255953	18/10/2018 12:06	Adm	Outros Documentos
17256660	18/10/2018 12:06	Doc & Comprovante de Residencia	Outros Documentos
17256674	18/10/2018 12:06	Procuração e Contrato	Outros Documentos
17256687	18/10/2018 12:06	Declaração de Prop. Veiculo e Doc da moto	Outros Documentos
17256699	18/10/2018 12:06	Bombeiros	Outros Documentos
17256718	18/10/2018 12:06	B.O	Outros Documentos
17256732	18/10/2018 12:06	Laudo Médico	Outros Documentos
17256751	18/10/2018 12:06	Prontuario	Outros Documentos
17256964	18/10/2018 12:06	Administrativo	Outros Documentos
18580876	09/01/2019 16:51	Despacho	Despacho
19446566	25/02/2019 14:26	Mandado	Mandado
19539665	28/02/2019 15:47	Diligência	Diligência
19539719	28/02/2019 15:47	bradesco seguros 229	Devolução de Mandado
20068894	26/03/2019 14:08	Certidão de Decurso de prazo em 25/03/2019	Certidão de Decurso de prazo

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Joelcio Lima Ferreira

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARENTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DO DAVI, IMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () SA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL, ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOBRE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIJEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOBRE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI, MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOBRE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIJEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOBRE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI, MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, LITRE VALOR VARIA CONFORME A GRADUAÇÃO
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = RESBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

DATA _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

ASSINATURA Joelcio Lima Ferreira ASSINATURA

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 a 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 interditada 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

JUCELIO LIMA FERREIRA

CPF da Vítima

059.344.134-65

Data do Acidente

12/08/17

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 a 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.

João Pessoa, 29 de Junho de 2018

Local e Data

Jucelio Lima Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017

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 do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: **059.344.134-65** Nome completo da vítima: **JUCILIO LIMA FERREIRA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **JUCILIO LIMA FERREIRA** CPF titular da conta: **059.344.134-65** Profissão: **Desempregado**
Endereço: **RUA SÃO VICENTE** Número: **1445** Complemento: _____
Bairro: **IMACULADA** Cidade: **CRAYCUX** Estado: **PB** CEP: **58309-040**
Email: _____ Telefone (DDD): **83 98630-1130**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (232) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO: **1911** D/V: _____ CONTA NRO: **00056546** D/V: **3**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRO: _____
AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ CONTA NRO: _____ D/V: _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Paulo, 29 de **Junho** de 2018
Local e Data

Jucilio Lima Ferreira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
 JOCELIO LIMA FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / CDS. ISSUES W
 3201331 SSP PS

CPF
 059.344.134-65 DATA NASCIMENTO
 25/06/1984

PERIÇÃO
 JOSE FERREIRA DOS
 SANTOS
 FRANCISCA MARIA LIMA
 FERREIRA

PERMISSÃO
 ACC CIL. AL. AB

Nº REGISTRO
 045734107 VALIDADE
 03/12/2018 16/02/2009

ASSINATURA DO PORTADOR
 JOAO FES/A, PB DATA EMISSÃO
 04/12/2013

ASSINATURA DO EMISSOR
 54850306521
 PB02760037E

DETRAN - PB (PARAIBA)

881548618

881548618

Scanned by CamSr



CAGEPA.

Nº Documento: 2018066146430

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
CNPJ: 09.123.634/0001-87 - IENC. ESTADUAL Nº 160572029
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

ESCRITÓRIO BAYEUX

CPF/CNPJ:

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
00614643.0

VENCIMENTO
08/07/2018

MATRÍCULA
00614643.0

CLIENTE

FRANCISCA M. LIMA FERRIRA

INSCRIÇÃO

002.007.035.0708.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA SÃO VICENTE, 127 - SÃO VICENTE BAYEUX PB 58309-040

FATURA

06/2018

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO

ESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

05/2018 -	10	04/2018 -	10
03/2018 -	10	02/2018 -	10
01/2018 -	10	12/2017 -	10

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	C.D. AUXILIAR
1	10	N 5 10

LEITURA
ANTERIOR ATUAL

CONSUMO
(M³) DIAS
10
NºHm:

CONSUMO/DIA
(M³)

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

37,91

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, R\$ 3,51

TOTAL

R\$

37,91

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO"

DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 05/2018

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez	3,00	Cor Aparente	5,00	Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	1,50	p.H.	6,70	Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido em: 29/06/2018

Emitido por: INTERNET



CAGEPA

MATRÍCULA
00614643.0

INSCRIÇÃO
002.007.035.0708.000

FATURA
06/2018

NÃO RECEBER APÓS
31/07/2019

VENCIMENTO 08/07/2018

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 200

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010002-1 00614643001-9 06201870003-9

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Lucio Lima Ferreira, brasileiro
(a), solteiro (a), RG 9.201.331, CPF 059.344.134-65, residente e
domiciliado na Rua São Vicente, 1145, Bayeux.

OUTORGADOS: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado,
inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065 com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972,
Sala 108, Centro, CEP 58040-440, João Pessoa - PB.

PODERES: São conferidos aos outorgados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo em repartições públicas federais, autarquias e especialmente perante Cartórios de Notas, tratar de assuntos de seu interesse, assinando requerimentos e quaisquer documentos que se façam necessários judicial ou extrajudicialmente, pleitear extrajudicialmente inventário e administrativamente lançamento de ITCMD sobre acervo patrimonial, bem como emissão de certidões, guias de pagamento, dentre outras, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer instância, Juízo ou Tribunal, propor ação, defesa, recursos e quaisquer medidas judiciais que permitam o fiel cumprimento do mandato, como levantamento de valores por alvará judicial, seguindo-a até o final, sendo expressamente autorizados os outorgados a confessar, prestar depoimento pessoal, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, receber intimações, citações administrativas ou judiciais, sacar e levantar valores, dando quitação plena e irrevogável, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem.

DECLARAÇÃO: O outorgante DECLARA, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, do art. 99 §3º e §4º da Lei Federal nº 13.105/15, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 04 de Outubro de 2017.

Lucio Lima Ferreira
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: Jucélio Lima Ferreira, brasileiro (a), solteiro (a), RG 3201331, CPF 05934413465, residente e domiciliado na R. São Vicente, 1145, Bayeux.

CONTRATADOS: DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB - PB sob o nº 17.065 com endereço profissional na Av. Dom Pedro II, nº 972, Sala 108, Torre, CEP 58013-420, João Pessoa - PB.

CLÁUSULA PRIMEIRA: As partes contratantes outorgam desde já o caráter de título executivo ao presente instrumento, e elegem o foro desta Capital, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir toda e qualquer questão advinda do mesmo.

CLÁUSULA SEGUNDA: Como remuneração aos serviços profissionais ora contratados, o **CONTRATANTE** obriga-se a pagar, ao **CONTRATADO**, os honorários advocatícios o percentual de 30 % (trinta) por cento) dos valores aferidos em razão do êxito da ação.

Parágrafo único: Em caso de desistência ou arquivamento por culpa do cliente, serão devidos honorários no valor de dois salários mínimos vigentes da data da assinatura do contrato, por audiência ou por processo desistido.

CLÁUSULA TERCEIRA: O objeto do presente contrato se destina a assessoria jurídica para a obtenção do SEGURO DPVAT, podendo o contratado propor ação judicial para obtenção do seguro, como também requerer administrativamente.

E, por estarem de acordo, firmam o presente contrato, diante de 02 (duas) testemunhas, para que surta os efeitos legais.

João Pessoa / PB, 04 de Outubro de 2017.

Jucélio Lima Ferreira
CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JONYS BATISTA ESTRELA,
RG nº 05813775332, data de expedição 30/06/14,
Órgão DETRAN-PB, portador do CPF nº 009.323.184-95, com
domicílio na cidade de Bayeux, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São Vicente, nº _____,
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 Jucelio Lima Ferreira, cujo o condutor era
Jucelio Lima Ferreira.
Veículo: YAMAHA LANDER XT2250
Modelo: 2010
Ano: 2010
Placa: NOA 4456-PB
Chassi: 9C6KG0210A0042506
Data do Acidente: 12/08/17
Local e Data: João Pessoa, 26 de Junho de 2018



Jonys Batista Estrela
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB		Nº 012824884187	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA	COO RENAVAM	REN	EXERCICIO
0021771199-5	20160000487911-8	00/00000000	2016
NOME			
JONYS BATISTA ESTRELA			
CPF/CNPJ		PLACA	
07932318495		NOA4456/PB	
PLACA ANT/UF		CHASSI	
NOVO PB		9C6KG0210A0042506	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO POLIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB	ANO MODELO
YAMAHA/LANDER XTZ250		2010	2010
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/249 /CI	PARTIC	PRETA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS	
IPVA PAGO EM	08/11/2016	1º	
FADA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	2º	
*****	0	3º	
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	CEGURO	PAGO	05/07/2016
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMINIO			
LOCAL		DATA	
BAYEUX - PB		17/11/2016	
19.99		40886	

Scanned by CamScanner



VISTO EM: 32 / 04 / 2018

P. *[Assinatura]*
Comandante do BAPH
Hugo Eugênio Batista - MAJ BM
Mat. 522.846-3

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

João Pessoa-PB, 19 de Março de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0123/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 12/08/2017, conforme requerimento nº 126/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 22h49min o/a Sr.(a) **JUCELIO LIMA FERREIRA**, CPF Nº 059.344.134-65, vítima de acidente de trânsito (*queda de moto*), ocorrido na Av Marechal Rondon, Auto da Boa Vista – Bayeux/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **SARGENTO BM ROGERIO GOMES BATISTA**, Matrícula 520.037-7. A vítima conduzia a motocicleta usando capacete, consciente e orientado, com suspeita de fratura de fêmur e escoriações no membro superior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

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

[Assinatura]
JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2ª TEM - MAT. 527.341-2

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) 3218-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbbs@bombeiros.pb.gov.br



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00225.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00225.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:55 horas do dia 01 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jucelio Lima Ferreira**, CPF nº 059.344.134-65, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Auxiliar de Serviços Gerais, filho(a) de Francisca Maria Lima Ferreira e José Ferreira dos Santos, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 25/06/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Vicente, Nº 1145, bairro Imaculada, tendo como ponto de referência Campo da Sandra, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98790-7014.

Dados do(s) Fatos:


Local: Av. Marechal Rondon, Ladeira do Aeroporto, Bayeux/PB, bairro Jardim Aeroporto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/08/17 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA YAMAHA/LANDER XTZ250, PRETA, 2010/2010, PLACA NQA4456/PB, CHASSI 9C6KG0210A0042506, registrada em nome de JONYS BATISTA ESTRELA, quando foi atingido no pneu dianteiro por um CARRO CELTA, BRANCO, PLACA NÃO IDENTIFICADA, quando o mesmo lhe ultrapassou, vindo em decorrência a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENER TERCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 16.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 01 de fevereiro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JUCELIO LIMA FERREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 00225.01.2018.1.00.420



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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1020153 e PRONTUÁRIO nº 52734

PACIENTE: JUCELIO LIMA FERREIRA

DATA DE NASCIMENTO: 25.06.84

Data e Hora do Atendimento: 12.08.17

Horário: 23:31h

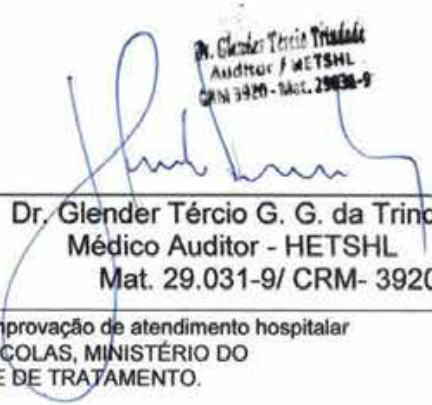
MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de dor e dificuldade de movimentação do membro inferior esquerdo. Atendido pelo Dr. Roberto Cavalcanti Ciraulo Junior CRM 4087, Dr. Luiz Portela CRM 6867, Dr. Gustavo F. Mendonça CRM 6738.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO COLO DO FEMUR CID 10 S 72 0

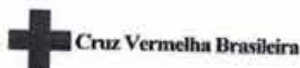
RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx de tórax AP e Perfil, Rx da coxa esquerda AP e Perfil, Rx da perna esquerda AP e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 25.09.17 com artroplastia total do quadril com retirada de material de síntese e tratamento cirúrgico de pseudoartrose do trocanter maior do fêmur.

ALTA HOSPITALAR: 03.10.17

Data da Emissão: 16.01.18


Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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



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: 1020153



Identificação do paciente			
ID 252904	Nome JUCELIO LIMA FERREIRA		Sexo Masculino
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33 anos 9 meses 19 dias	Estado civil	Religião
Mãe FRANCISCA MARIA LIMA FERREIRA	Pai JOSE FERREIRA DOS SANTOS		Prontuário 52734
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A ESPOSA - GISELE KALYANE RODRIGUES - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987864822	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3201331	Nº Cns 708005368239327	
Local de procedência BAYEUX	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade BARRA DE SANTA ROSA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58309010	Município de residência BAYEUX	UF PB	Logradouro SÃO VICENTE
Número 1145	Complemento	Bairro IMACULADA	
Admissão			
Data e Hora 12/08/2017 23:31:25	Número da pulseira 1000006194115	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA		
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 CORPO DE BOMBEIROS	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Dados clínicos		Líquor []	ECG []
		Ultrasonografia []	
Diagnóstico		CID	
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA		Tempo 08seg	

Imprimir



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

HROP

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HROP

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Lucelio Lima Ferreira

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1020153

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
N. DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE - MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. 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

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - Q.TDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - Q.TDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - Q.TDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

(RM) 01 Calota Met. p/ acetábulo Micro 52 mm
01 Liner p/ acetábulo Micro 20 mm
01 Cabeca Int. low long 28 mm
01 Parafuso isoporoso 25 mm
01 Parafuso isoporoso 35 mm
01 Haste femoral 10 mm

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS

() CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: Lucio Lima Feres

Idade: 32 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino C

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: LR:

Cirurgia: Artroplastia total do quadril esquerdo + RAS
+ trat. cirúrgico complementar do trocântor maior

Cirurgião: Dr. Gustavo 1º Assistente: Dr. Rino

2º Assistente: Dr. Danilo 3º Assistente:

Instrumentador: Anestesista: João Batista

Tipo de Anestesia: Rápidos + geral Horário: Início Término

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Pseudoartrose do trocântor maior</u>	
<u>+ fratura do fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Artroplastia total do quadril +</u>	
<u>RAS + trat. cirúrgico de</u>	
<u>pseudoartrose do trocântor maior</u>	
<u>do 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

Dr. Gustavo F. Mendonça

Ortopedia / Cirurgia

João Pessoa, 25/09/12

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-I

Nota de Sala Cirúrgica

8

NOME DO PACIENTE: <u>Juêlio Lima Ferreira</u>		1020153	
IDADE: <u>53 A</u>	BE: <u>BRONTUÁRIO</u>	ENFERMARIA	LEITO
CIRURGIA: <u>Enat. Colo Rumin / Proctox Total + Retinada Natural de Cúter.</u>			
CIRURGIÃO: <u>Dr. Gustavo</u>		2º AUX.	
ANESTESIA: <u>Naqui</u>			
ANESTESISTA: <u>Dr. João + Veleiro</u>			
INSTRUMENTADOR: <u>Joelma Santos + Everton</u>			
DATA: <u>25.9.18</u>		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: <u>09:00</u> CIRURGIA: INÍCIO: <u>15:20</u>	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)			
ASA <u>1</u> ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: <u>1</u> LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS			
ALFENTANILA	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	1	JELCO Nº18	FIO CAT GUT CROMADO Nº
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº20	FIO CAT GUT CROMADO Nº
CETAMINA		JELCO Nº22	FIO DE AÇO Nº
DROPERIDOL		JELCO Nº24	FIO DE AÇO Nº
ETOMIDATO		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº	FIO DE NYLON Nº <u>30 20</u>
FENOBARBITAL		SOLUÇÕES	FIO DE NYLON Nº
FENTANILA	1	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	FIO DE NYLON Nº
FLUMAZENIL		PVPI DEGERMANTE	FIO POLIGLACTINA Nº
ISOFLURANO		PVPI TINTURA	FIO POLIGLACTINA Nº <u>1</u>
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		PVPI TÓPICO	FIO POLIGLACTINA Nº
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		SABÃO ANTISÉPTICO	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C/ VASO		MATERIAIS	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S/ VASO		QTD.	FIO POLIPROPILENO Nº
MIDAZOLAM	1	AGULHA 13X4,5	FIO POLIGLECAPRONE Nº
MORFINA <u>0,2mg</u>	1	AGULHA 25X07	FIO SEDA Nº
NIMBÍUM		AGULHA 25X08	FITA CARDÍACA
RANCURÔNIO	1	AGULHA 40X12	MATERIAL ESPECIAL
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº16	QTD.
PROPÓFOL	1	AGULHA PERIDURAL Nº17	CATETER DE PIC
RAMIFENTANILA		AGULHA PERIDURAL Nº18	CIMENTO CIRÚRGICO
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº25G	CLIP TITÂNIO LIGADURA
SEVOFLURANO	1	AGULHA RAQUI Nº26G	FIO DE KIRSCHNER Nº
SUXAMETÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G	FIO DE KIRSCHNER Nº <u>20</u>
TIOPENTAL		ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO STEINMAN Nº
		ATADURA DE CREPOM	FIO STEINMAN Nº
		ATADURA GESSADA	GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	HEMOST. ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	KIT DERIVA. VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	PRÓTESE VASCULAR
ATROPINA	1	CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº	KIT. PAM
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
CEFALOTINA	2g	CATETER EPIDURAL Nº17	
DEXAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL Nº18	EMPRESA
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO	(TM) Hart-Kump 10mm
EFEDRINA	1	COLET. URINA FECHADO	PARAFUSOS CORTICAIS
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PARAFUSOS CORTICAIS
GLUCOSE 50%	1	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	PARAFUSOS ESPONJOSOS 35mm (01)
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENRÓSE	PARAFUSOS ESPONJOSOS 35mm (02)
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO	PARAFUSOS MATEOLAR
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS	PARAFUSOS MATEOLAR
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACROGOTAS	CALOTA MET. P/ACET. MILE S
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE	MANEIR. P/ACET. MILE 20mm
PROSTIGMINE	1	EQUIPO MICROGOTAS	Rob. INT. Cole. Longo 28mm
PROTAXIMA		ESPONJA DE PVPI	EQUIPAMENTOS
TENOXICAN		ESPARADRAPO	ASPIRADOR
		GAZES	CAUTERIZADOR ELÉTRICO
		GAZES ALGODOADAS	() CAPNÓGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO	() CARDIOMONITOR
		JELCO Nº14	() DESFIBRILADOR
		JELCO Nº16	() FOCO AUXILIAR
			() FOCO CENTRAL
			() MICROSCOPIO
			() OXÍMETRO DE PULSO
			() P.A. INVASIVA INVASIVA
			() PERFURADOR ELÉTRICO
			() SERRA
			CIRCULANTE
			Téc. Enfermagem
			COREN-PR 101052

Obs: Retinada natural de Cúter =
08 parafusos + 01 placa longa
01 os Flunon.

FINGLASCIR 021-2

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Anestesia + Antiespasmódico + Presença de enfermeiros
- Paciente em decúbito lateral esquerdo

Incisão:

- Via de acesso posterior, lateral
- + Via de acesso lateral em 1º, distal da costela direita

Achados:

- Rins de tamanho normal
- Canal renal fechado

Conduta:

- Realizado hemograma + prélio de urina
- Espargimento de acetabulo não crivado n° 52 + 02 parafusos acetabulares + 01 viti em pelve + 01 viti na 52 + 01 parafuso
- Realizado bloqueio de 8 parafusos costais + 01 placa DCP de fratura
- Realizado fechamento da cavidade peritoneal + colocação da rede não absorvível n° 10

Fechamento:

- Realizado fechamento da cavidade peritoneal + colocação da rede não absorvível n° 10
- Realizado fechamento por planos

Observação:

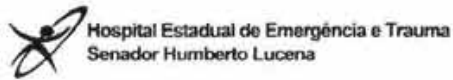
Retardar carga

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Trauma

João Pessoa, 25/09/17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-I



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente JUCELIO LIMA FERREIRA	BAE 1020153	Data/Hora Entrada 12/08/2017 23:31:25	Data Baixa
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Mãe FRANCISCA MARIA LIMA FERREIRA			Telefone de Contato (83) 987864822
Endereço SÃO VICENTE, 1145	Bairro IMACULADA	Município BAYEUX	Prontuário 52734
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR	UF PB
Data/Hora Classificação 12/08/2017 23:31:25		Data/Hora Prescrição 12/08/2017 23:50:05	Nº Cons. Regional 4087/PB

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO(SIC),TRAZIDO PELO RESGATE. AO EXAME: TÓRAX E ABDÔMEN SEM ALTERAÇÕES.CONSCIENTE ,ORIENTADO,NORMOCORADO,EUPNEICO,ACIANÓTICO, DOR E DIFICULDADE AO MOVER O MIE.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA) *COXA ESQUERDA*

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
S72.0	Fratura do colo do fêmur

Conduta

Em observação

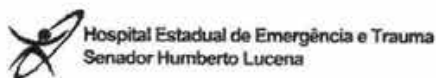
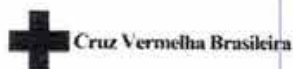
Roberto Ciraulo Junior

Cirurgia Geral

CRM 4087

 ROBERTO CAVALCANTI CIRAULO JUNIOR
(4087/PB)

JUCELIO LIMA FERREIRA



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO
HENRIQUE ARRUDA
RAMALHO
Em: 18/08/2017 13:10:36

Paciente JUCELIO LIMA FERREIRA		Boletim de Atendimento 1020153	Data/Hora Entrada 12/08/2017 23:31:25	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 52734
Tempo de Internação 5d 2h 43min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 18/08/2017 13:10:30)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

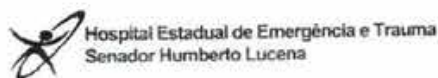
FRAT COLO DO FEMUR

**PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, COM EXAMES PRÉ OP OK
AGUARDA RISCO CIRÚRGICO.**

Localização: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7149

João Henrique Ramalho
Ortopedia
Artroscopia de Ombro
CRM 7149 / TEOT 1374



AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: EDSON
DELGADO TINOCO
Em: 17/08/2017 12:01:54

Paciente JUCELIO LIMA FERREIRA		Boletim de Atendimento 1020153	Data/Hora Entrada 12/08/2017 23:31:25	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 52734
Tempo de Internação 4d 1h 34min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (EDSON DELGADO TINOCO - 17/08/2017 11:22:33)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

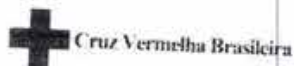
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FRAT COLO DO FEMUR
PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, COM EXAMES PRÉ OP OK
AGUARDA RISCO CIRÚRGICO.

Localização: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: EDSON DELGADO TINOCO

Número Conselho: 7142

Dr. Edson D. Tinoco
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Cirurgia da Mão e Cirurgia
7142



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNS: 6121221 - Tel: _____

Impresso por: TORIBIO
GOMES PEREIRA
Em: 15/08/2017 08:00:51

Paciente JUCELIO LIMA FERREIRA	Boletim de Atendimento 1020153	Data/Hora Entrada 12/08/2017 23:31:25	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 21h 33min	Convênio SUS	Prontuário 52734	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (TORIBIO GOMES PEREIRA - 15/08/2017 08:00:36)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

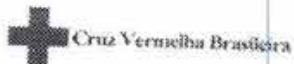
FRAT COLO DO FEMUR

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, AGUARDA EXAMES.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: TORIBIO GOMES PEREIRA

Dr. Toribio Gomes Pereira
Especialista em Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6350

Número Conselho: 6350



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO
Em: 14/08/2017 07:45:31

Paciente JUCELIO LIMA FERREIRA	Boletim de Atendimento 1020153	Data/Hora Entrada 12/08/2017 23:31:25	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/06/1984	Idade 33	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 21h 18min	Convênio SUS	Prontuário 52734	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 14/08/2017 07:45:26)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, AGUARDA EXAMES.

Localização: ÁREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 01
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Jucelmo Lima Sereire

BE: 1020153

II - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador

Humberto Lucena - HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º - O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB



TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a **família do paciente** ou o **seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente** ou o **seu representante legal** os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 19.08.2017

Paciente - RG

Giselle Kalliane R. Nascimento 3127487
Representante Legal - RG

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB



Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Bayeux

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0803219-45.2018.8.15.0751

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade da justiça

Cite para contestar

BAYEUX, 9 de janeiro de 2019.

Juiz(a) de Direito

**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª VARA MISTA DE BAYEUX**

Av. Liberdade, 900, CEP: 58.306-001, Baralho, Bayeux - PB, TEL: (83)3232-3250.

MANDADO DE CITAÇÃO

Processo nº**0803219-45.2018.8.15.0751**

AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT

Nome: JUCELIO LIMA FERREIRA

Endereço: R SÃO VICENTE, 127, IMACULADA, BAYEUX - PB - CEP: 58309-040

O MM. Juiz de Direito Titular desta 2ª Vara Mista de Bayeux, manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este mandado, CITE o(a) representante do(a) réu(ré) **BRADESCO SEGUROS S/A, no endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131**, que disporá do **prazo de 15 (quinze) dias** para oferecer defesa, sob pena de serem aceitos como verdadeiros, os fatos alegados pelo(s) promovente(s) na Petição Inicial.

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

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	1810181204383470000001680
Adm	Outros Documentos	1810181138176510000001680
Doc & Comprovante de Residencia	Outros Documentos	1810181154250090000001680
Procuração e Contrato	Outros Documentos	1810181154427300000001680
Declaração de Prop. Veiculo e Doc da moto	Outros Documentos	1810181155070780000001680
Bombeiros	Outros Documentos	1810181155247220000001680
B.O	Outros Documentos	1810181155466010000001680
Laudo Médico	Outros Documentos	1810181156071100000001680
Prontuario	Outros Documentos	1810181156419630000001680
Administrativo	Outros Documentos	1810181202215460000001680
Despacho	Despacho	1901091651565580000001808

Bayeux/PB, 25 de fevereiro de 2019.

ANA PAULA COSTA DE CASTRO PARANHOS FERREIRA

Servidor(a)

CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins que dei inteiro cumprimento ao presente mandado. Dou fé.

BAYEUX

28 de fevereiro de 2019

JOAO FERREIRA DA LUZ JUNIOR

5F

PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª VARA MISTA DE BAYEUX

Av. Liberdade, 900, CEP: 58.306-001, Barão, Bayeux - PB, TEL: (83)3232-3250.

MANDADO DE CITAÇÃO

Processo nº 0803219-45.2018.8.15.0751

AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT

Nome: JUCELIO LIMA FERREIRA

Endereço: R SÃO VICENTE, 127, IMACULADA, BAYEUX - PB - CEP: 58309-040

O MM. Juiz de Direito Titular desta 2ª Vara Mista de Bayeux, manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este mandado, CITE o(a) representante do(a) réu(ré) **BRADESCO SEGUROS S/A, no endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131**, que disporá do prazo de 15 (quinze) dias para oferecer defesa, sob pena de serem aceitos como verdadeiros, os fatos alegados pelo(s) promovente(s) na Petição Inicial.

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

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	18101812043834700000016803224
Adm	Outros Documentos	18101811381765100000016804070
Doc & Comprovante de Residencia	Outros Documentos	18101811542500900000016804747
Procuração e Contrato	Outros Documentos	18101811544273000000016804761
Declaração de Prop. Veiculo e Doc da moto	Outros Documentos	18101811550707800000016804774
Bombeiros	Outros Documentos	18101811552472200000016804784
B.O	Outros Documentos	18101811554660100000016804801
Laudo Médico	Outros Documentos	18101811560711000000016804815
Prontuario	Outros Documentos	18101811564196300000016804833
Administrativo	Outros Documentos	18101812022154600000016805039
Despacho	Despacho	19010916515655800000018081739

Bayeux/PB, 25 de fevereiro de 2019.

ANA PAULA COSTA DE CASTRO PARANHOS FERREIRA

Servidor(a)

Assinado eletronicamente por: ANA PAULA COSTA DE CASTRO PARANHOS FERREIRA
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 19446566

19022514262299500000018922598

Renay Gomes Ferreira
Assist. Operacional III
83371 SUC, João Pessoa/PB

27/02

CERTIDÃO

Certifico que **decorreu** o prazo legal em 25/03/2019, sem manifestação da parte promovida, apesar de devidamente citada.

BAYEUX

26 de março de 2019

ANA PAULA COSTA DE CASTRO PARANHOS FERREIRA