



Número: **0860249-71.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **17/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	FAGNER SILVA DOS SANTOS
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17237 249	17/10/2018 15:33	<a href="#">fagner silva dos santos BO bam</a>	Documento de Comprovação
17237 257	17/10/2018 15:33	<a href="#">fagner silva dos santos BO bam1</a>	Documento de Comprovação
17237 264	17/10/2018 15:33	<a href="#">fagner silva dos santos proc adm</a>	Documento de Comprovação
17289 621	22/10/2018 16:55	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
19820 369	15/03/2019 11:59	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
19821 212	15/03/2019 12:14	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
19821 371	15/03/2019 12:14	<a href="#">PERICIA 0860249-71.2018.8.15.2001</a>	Comunicações
20074 934	26/03/2019 15:49	<a href="#">Diligência</a>	Diligência
20075 199	26/03/2019 15:49	<a href="#">MANDADO CITAÇÃO INTIMAÇÃO 0860249-71.20188152001-BRADESCO</a>	Documento de Comprovação



HEETSHL

PREScriÇÃO MÉDICA



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

B.E./PRONTUÁRIO		LEITO:	DATA:
NOME DO PACIENTE:	Flávia Góes 026 Gomes		
SETOR:	ENFERMAGEM	ENFERMEIRA	
<p>VERBICAMENTO</p> <p>1) Olhos 1/1000</p> <p>2) Ovário 400 - 1000 600 -</p> <p>3) Diplopia 500 - 2100 600 -</p> <p>4) Meningo 180 -</p> <p>5) Faringe 600 -</p>			
<p><i>Dr. Mário Mozart</i>  <i>Ortopedia e Traumatologia</i>  <i>CRM-PIB 9456</i></p>			
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO E CARMIMBO		ASSINATURA DO FARMÁCIA	
SERVIDOR DA FARMÁCIA		ASSINATURA DO MÉDICO E CARMIMBO	

**PREScrição MÉDICA**

HEETSHL

NOME DO PACIENTE: FAGNER SILVA DOS SANTOS		SETOR: HTOP POSTO 1	TRANSIÇÃO	LEITO: 03
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA ALERGIA: ( ) Medicamento ( ) Alimentar. Qual:				
PESO: 70Kg				
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão				
MEDICAMENTO				
1	DIETA LIVRE		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
2	DIPIRONA 500MG VO 6/6H			
3	TRAMAL 50MG VO 8/8H			
4	NAUSEDRON 4MG VO 8/8H S&P			
5	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA			
6	CCGG + SSVV	OBG		
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)		FRATURA CLAVICULA		
EVOLUÇÃO MÉDICA		SEM QUEIXAS, PRÉ-OP OK		
CONDUTA DIÁRIA		VPM		

Dr. Luiz Portela  
Ortopedia/ Traumatologia  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM-PB 6867/ EOT 11185

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

F(NG).APC.001-2



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEETSHL

NOME DO PACIENTE: FÄGNER DA SILVA		DATA: 20/09/17		BE/PRONTUÁRIO: 1020294	
ESPECIALIDADE: ORTOPÉDIA		SETOR: HTOP POSTO 1		TRANSTOCÃO M3	
ALÉRGIA: ( ) Medicamento ( ) Alimentar. Qual:		LEITO:		CLEARENCE DE CREATININA:	
PESO:		Concentração + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição			
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão		MEDICAMENTO			
1	DIETA LIVRE	ATT	ATT	ATT	ATT
2	DIPIRONA 500MG VO 6/6H	28	28	28	28
3	TRAMAL 50MG VO 8/8H	33	33	33	33
4	NAUSEDRON 4MG VO 8/8H S/N	S/N	S/N	S/N	S/N
7	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHÃ	ATT	ATT	ATT	ATT
8	CCGG + SSVV				
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18	HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA	FRATURA DE CLAVÍCULA			
	EVOLUÇÃO MÉDICA	ESTÁ SEM DOR,			
	CONDUTA DIÁRIA	CONTINUAR			



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEETSHL

Assinatura do Médico com Carimbo e CRM  
Assinatura da Farmácia

Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF

Servidor da Farmácia

NOME DO PACIENTE: FÁGNER DA SILVA		SETOR: HTOP POSTO 1		TRANSIÇÃO M3		DATA: 19/09/17		BE/PRONTUÁRIO: 1020294	
ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA		ALÉRGIA: ( ) Medicamento ( ) Alimentar. Qual:		Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
PESO:		MEDICAMENTO		MEDICAMENTO		ATT		ATT	
1	DIETA LIVRE	1	DIPIRONA 500MG VO 6/6H	2	NAUSEDRON 4MG VO 8/8H S/N	3	TRAMAL 50MG VO 8/8H	4	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA
2		2		5		5		6	
3		3		6		7		8	
4		4		8		9		10	
7		7		10		11		12	
8		8		11		12		13	
9		9		12		13		14	
10		10		13		14		15	
11		11		14		15		16	
12		12		15		16			
13		13							
14		14							
15		15							
16		16							

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

F(NG).APC.001-2

GOVERNO  
DA PARAÍBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Samuel Herculano Lucena

Unidade Básica

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Setor	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Date Prescrição
AGNER SILVA DOS SANTOS Motivo do Aendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE	27/09/2017	31	MASCULINO	1321844	1041845	18/09/2017 06:36:21

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Via	Via de	Veloc. Int.	Posologia	Orientações de uso	Apresentação
1 DIETA LIVRE	0.0			ORAL				OUT
2 DIPRONE 500 MG EM AMPOLA 2ML	1.0	ML		EV				100
3 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.				100
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	1.0	MG		E.V.				244

18 de Setembro de 2017

ANALISTAS DE FARMACOLOGIA  
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome	Setor	Data de 27/03/1986	Idade 31	Sexo MASCULINO	Nº 1027844	Nº 104285	Data Prescrição 17/09/2017 08:50:48
FAGNER SILVA DOS SANTOS	SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE	Posto de Trabalho	Leito				Prescrição válida a 17/09/2017 08:50:48

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de oral	Véloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aparazamento
1 DIETA LIVRE	0.0					6/6H		
2. DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	ML		E.V.			Observação:DILUIR EM 100 ML DE SF0,9%	
3 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H		
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	1.0	MG		E.V.		24H		

*SSV/ + el. bba.*

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO  
CRM: 5804

Assinatura e Carimbo do Profissional

*Francisco Kartney Sarmento*

*CRM: 5804*

*Ortopedia*

*CRM: 5804*

17/09/2017 08:50:48



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Nome FAGNER SILVA DOS SANTOS	Data de 27/03/1986	Idade 31	Sexo MASCULINO	Nº 1027844	Data Prescrição 16/09/2017 00:05:04
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	Posto de Trabalho	Leito		Prescrição válida a 16/09/2017 00:05:04

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS**

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl.	Vi de	Valor: Int.	Posologia	Orientação de Uso	Apresentação
1 DIETA LIVRE	0.0			ORAL				
2 DIPRORACETATO 100ML (AMFOLA 2ML)	0.0	ML		EV				
3 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H	Observação: DILuir EM 100 ML DE SF0.9%	10 rc 64

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE  
CRM: 165843

Assinatura e Carimbo do Profissional

DA. 10/09: 140 X 870





**CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA**

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE



## BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE Sagner Sílvia

105



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual  
Senador Henrique da FonsecaINTERNO, S/N -  
CNES: 454550 - Tel.:Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO  
RABELO

Em: 18/09/2017 06:35:57

Paciente <b>FAGNER SILVA DOS SANTOS</b>	Boletim de Atendimento <b>1027844</b>	Data/Hora Saída <b>18/09/2017 06:35:57</b>
Data de nascimento <b>27/03/1986</b>	Idade <b>31</b>	Sexo <b>Masculino</b>
Tempo de Internação <b>2d 5h 82min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plano <b>NOTURNO</b>

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RA: 1027844)****EVOLUÇÃO DO PACIENTE****DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:**

PACIENTE COM FRACTURA 1/3 MÉDIO CLAVÍCULA E; EVOLUÇÃO: BOM. CD: AGUARDA EXAMES.

*[Handwritten signature over the text]*

Seção: AREA VERDE INF 36 Leito: 0011  
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RA: 1027844

Número Conselho: 4518



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sesaefer Humberto Lucena

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

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
FAGNER SILVA DOS SANTOS	1027844		15/09/2017 21:15:37	Pronunciário
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	104285
27/03/1986	31	Masculino		Planejado
Impo de Internação		Convenio		DURNO
1.d 7h 46min		SUS		

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 17/09/2017 08:49:29)

#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

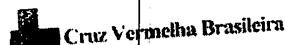
#### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA 1/3 MÉDIO CLAVÍCULA E; EVOLUINDO ESTÁVEL;  
CD: AGUARDA EXAMES.

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0011  
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804

Francisco Kartney  
Sarmento Pedrosa  
5804  
CNS



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



Impresso por: ANA  
WIRGINIA DE SOUSA  
PEREIRA RIQUE

Em: 16/09/2017 01:15:55

paciente AGNER SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1027844	Data/Hora Entrada 15/09/2017 21:15:37	Data/Hora Saída
data de nascimento 17/03/1986	idade 31	Sexo Masculino	Prontuário 104285
Tempo de Internação 12min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO

### HISTÓRICO ENFERMAGEM (ANA WIRGINIA DE SOUSA PEREIRA RIQUE - 16/09/2017 01:15:48)

#### DADOS INICIAIS

MOTIVO DA INTERNAÇÃO/QUEIXA PRINCIPAL: QUEDA

#### PROCEDÊNCIA

EVOLUÇÃO: DOMICÍLIO

#### ESTADO NUTRICIONAL

TIPOS: NORMAL

#### DIETA

TIPOS: DIETA V.O.

#### NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE

#### PELE

TIPOS: N.D.N

#### CABEÇA

EVOLUÇÃO: N.D.N

#### OUVIDOS

EVOLUÇÃO: N.D.N

#### OLHOS

EVOLUÇÃO: N.D.N

#### NARIZ

EVOLUÇÃO: N.D.N

#### FACE

EVOLUÇÃO: N.D.N

#### BOCA

EVOLUÇÃO: N.D.N

#### PESCOÇO

EVOLUÇÃO: N.D.N

...&perform=imprimir&controle=2&id=342428&dataInicial=16/09/2017%2001:15:48&dataFinal=16...

**TÓRAX**

EVOLUÇÃO: N.D.N

**SIST. RESPIRATÓRIO**

EVOLUÇÃO: N.D.N

**MAMAS**

SELEÇÃO: N.D.N

**GENITO-URINÁRIO**

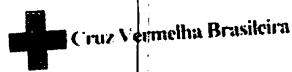
EVOLUÇÃO: MICÇÃO ESPONTÂNEA

**LOCOMOÇÃO**

EVOLUÇÃO: DEAMBULA

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0011  
Profissional responsável pela informação: ANA VIRGINIA DE SOUSA PEREIRA RIQUE

Número Conselho: 967656



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Impresso por: ERIKA  
CRISTINE MACIEL ANDRIOLA  
Em: 19/09/2017 10:48:17

Paciente	INTERNO, S/N - CNES: 454548 - Tel.:		Boletim de Atendimento 1027844	Data/Hora Entrada 15/09/2017 21:15:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento	Idade	31	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 104285
Tempo de Internação	3d 9h 45min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

**FISIOTERAPÉUTICA (ERIKA CRISTINE MACIEL ANDRIOLA - 19/09/2017 10:47:45)**

#### ESTADO GERAL

EVOLUÇÃO: REGULAR

#### NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ACORDADO, ORIENTADO, COLABORATIVO

#### AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

PADRÃO RESPIRATÓRIO: MISTO

DRIVE: PRESENTE

EVOLUÇÃO:

REFLEXO DA TOSSE: PRESENTE

#### SUPORTE VENTILATÓRIO

RESPIRANDO EM: AA

#### AVALIAÇÃO MOTORA

EVOLUÇÃO:

#### CONDUTA

EVOLUÇÃO:

OBSERVAÇÕES:

Avaliação e orientações. Paciente vítima de acidente de moto e aguarda tratamento cirúrgico Frat. de clavícula E, sem indicação para a fisioterapia.

Número Conselho: 108943

Seção: HTOP - TRANSICAO Leito: MACA 03  
Profissional responsável pela informação: ERIKA CRISTINE MACIEL ANDRIOLA

Eríka Cristine M. Andriola  
Fisioterapeuta  
CREFITO 108.943 F.R.



 Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



Impresso por: ANNA  
PRISCILLA C MONTEIRO  
JUCA  
Em: 18/09/2017 13:15:24

Paciente <b>FAGNER SILVA DOS SANTOS</b>	Boletim de Atendimento <b>1027844</b>	Data/Hora Entrada <b>15/09/2017 21:15:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>27/03/1986</b>	Idade <b>31</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>104285</b>
Tempo de Internação <b>2d 12h 12min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	

#### **EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (ANNA PRISCILLA C MONTEIRO JUCA - 18/09/2017 13:15:09)**

##### **DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRATURA DE CLAVICULA

##### **AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

##### **PUPILAS**

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

##### **SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE**

TIPOS: SEM DÉFICIT

##### **MENTILAÇÃO**

TIPOS: ESPONTÂNEA

##### **AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

TIPOS: EUPNEICO

##### **ASCUITA**

TIPOS: NORMAL

##### **TOSSE**

TOSSE: AUSENTE

##### **SECREÇÃO**

SECREÇÃO: AUSENTE

##### **AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL**

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

##### **AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA**

EVOLUÇÃO: CORADA

##### **INTEGRIDADE DA PELE**

TIPOS: LESÃO AUSENTE

##### **AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR**



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700Impresso por: ANA  
WIRGINIA DE SOUSA  
PEREIRA RIQUE  
Em: 16/09/2017 01:14:41

Paciente: <b>FAGNER SILVA DOS SANTOS</b>	Boletim de Atendimento <b>1027844</b>	Data/Hora Entrada <b>15/09/2017 21:15:37</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>27/03/1986</b>	Idade <b>31</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>104285</b>
Tempo de Internação <b>11min</b>	Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>NOTURNO</b>

**EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (ANA WIRGINIA DE SOUSA PEREIRA RIQUE - 16/09/2017 01:14:22)****AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

**PUPILAS**

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS

**SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE**

TIPOS: SEM DÉFICIT

**VENTILAÇÃO**

TIPOS: ESPONTÂNEA

**ESCALA DE GLASGOW**

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESCALA DE GLASGOW:

**ESCALA DE RAMSAY**

— ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2

**AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

TIPOS: EUPNEICO

**ASCOLTA**

TIPOS: NORMAL

**AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL**

EVOLUÇÃO: PLANO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

**AVALIAÇÃO GENITO-URINÁRIO**

TIPOS: MICÇÃO ESPONTÂNEA

**MEMBROS - LOCOMOÇÃO**

EVOLUÇÃO: DEAMBULA

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0011  
Professional responsável pela informação: ANA WIRGINIA DE SOUSA PEREIRA RIQUE

Número Conselho: 967656



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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



Impresso por: MARA  
PATRICIA DOS ANJOS  
SOUZA DA FONSECA  
Em: 16/09/2017 14:01:29

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
<b>FAGNER SILVA DOS SANTOS</b>	<b>1027844</b>	<b>15/09/2017 21:15:37</b>	
Data de nascimento <b>27/03/1986</b>	Idade <b>31</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Tempo de Internação <b>12h 58min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Prontuário <b>104285</b>
			Plantão <b>DIURNO</b>

### EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (MARA PATRICIA DOS ANJOS SOUZA DA FONSECA - 16/09/2017 14:01:18)

#### AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

#### PUPILAS

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

#### SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE

TIPOS: SEM DÉFICIT

#### VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

#### ESCALA DE GLASGOW

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESCALA DE GLASGOW:

#### ESCALA DE RAMSAY

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2

#### AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

TIPOS: EUPNEICO

#### ASCUTA

TIPOS: NORMAL

#### TOSSE

TOSSE: AUSENTE

#### SECREÇÃO

SECREÇÃO: AUSENTE

#### AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL

EVOLUÇÃO: PLANO, FLÁCIDO

EVACUAÇÃO: NORMAL

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

#### AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

EVOLUÇÃO: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO PULSO PERIFÉRICO: CHEIO

17/09/2017

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&amp;perform=imprimir&amp;controle=2&amp;id=342428&amp;dataInicial=17/09/2017 12:35:10&amp;dataFinal=17/09/2017 12:35:10



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel: 8332165700Impresso por: JOSE  
FIRMINO DE OLIVEIRA  
JUNIOR  
Em: 17/09/2017 12:35:26

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
<b>FAGNER SILVA DOS SANTOS</b>	1027844	15/09/2017 21:15:37	
Data de nascimento 27/03/1986	Idade 31	Sexo Masculino	Prontuário 104285
Tempo de Internação 1d 11h 32min		Convênio SUS	Plantão DIURNO

### **EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (JOSE FIRMINO DE OLIVEIRA JUNIOR - 17/09/2017 12:35:10)**

#### **DIAS**

DIAGNÓSTICO MÉDICO: FRAT. CLAVICULAR

#### **AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**

EVOLUÇÃO: CONSCIENTE, ORIENTADO

#### **PUPILAS**

EVOLUÇÃO: ISOCÓRICAS, FOTORREAGENTE

#### **SENSIBILIDADE / MOTRICIDADE**

TIPOS: SEM DÉFICIT

#### **VENTILAÇÃO**

TIPOS: ESPONTÂNEA

#### **ESCALA DE GLASGOW**

ABERTURA OCULAR: ESPONTANEAMENTE (4) RESPOSTA VERBAL: ORIENTADO (5)

RESPOSTA MOTORA: NORMAL

ESCALA DE GLASGOW:

RESULTADO GLASGOW: 15.00

#### **ESCALA DE RAMSAY**

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

ESCALA DE RAMSAY: PACIENTE COOPERATIVO, PACIENTE E TRANQUILO = 2 RESULTADO DE RAMSAY: 2.00

#### **AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA**

TIPOS: EUPNEICO

#### **TOSSE**

TOSSE: AUSENTE

#### **SECREÇÃO**

SECREÇÃO: AUSENTE

#### **AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL**

EVOLUÇÃO: PLANO

ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO

DIETA: V.O.

#### **AVALIAÇÃO DE PELE E MUCOSA**

EVOLUÇÃO: CORADA

#### **INTEGRIDADE DA PELE**

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Fábio Silveira SantosIdade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_Clínica/Setor: ONTO PESSOA EMP: \_\_\_\_\_Cirurgia: Ex. de Nexo Osteo de Clavícula (B)Cirurgião: Dr. Sérgio Potturum 1º Assistente: Dr. Wespalo2º Assistente: Dr. Matheus Mozart (B) 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>Ex. de Nexo Osteo de Clavícula (B)</u>		

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<u>Ex. de Nexo Osteo de Clavícula (B)</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: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 22/09/11

F(NG).ASCIR.009-1



## Visita Pré Anestésica.

MO3

Anes

20/09/17 : DATA

1027844 PRON

Nome do paciente: Fábio Gomes  
Idade: 31 anos  
Sexo: M  
Profissão:

Patologia principal: HISTAMINA 1/3 Hidroclorato de clavulana (1)  
Cirurgia: 100% cirúrgico de  
Anestesia proposta: sedação de pleno + relaxante

Dor no peito, angina? [ ]  
infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] 1>6M [ ]  
Pressão alta? [ ]  
Sopro, febre reumática? [ ]  
Arritmias, taquicardia: [ ] espontâneas [ ]  
nos esforços [ ] pec. [ ] médicas [ ]  
Edema de MMII: [ ] Tardio [ ] Vazio [ ]  
Disponibilidade de desvio? [ ]  
nos esforços [ ] pec. [ ] médicas [ ]  
Alergia/bronquite:  
Tosse/catarro? (cor) [ ]  
Fumante: há 4 anos. Parou há [ ]  
Tremores, tiques? [ ]  
náuseas, vômitos, tremores? [ ]  
reumatismo, artrose? [ ]  
Dor nas juntas, articulações, colagenose? [ ]  
Problema de coluna? [ ]  
Epilepsia social? [ ]  
Alcoolista: há anos. Parou há [ ]

Diabetes? [ ]  
Doença da tireoide? [ ]  
Mudança no hábito micturicial? [ ]  
Modificação no apetite? [ ]  
Constipação, eructo, H. de bosto, dor? [ ]  
Náuseas, vômitos? (cor) [ ]  
Mudança no hábito intestinal? [ ]  
Alimentação na cor das fezes? [ ]  
Ponto de peso a/dia? [ ]  
Náuseas/flatulência, malária, Chagas? [ ]  
Aftas? [ ]  
Sangramento? (onde)? [ ]  
Hematomas/manchas roxas? [ ]  
Gripe, febre, recente? [ ]  
Está ou pode estar grávida? (DUM: / ) [ ]  
Tem problema de surdez, visão? [ ]  
Teve febre alta quando foi operado? [ ]  
Recebeu Transf sangue? Há [ ]  
Acção transf sangue numa emergência? [ ]

Alergia a drogas? [ ] x  
Quadro clínico? [ ]  
Tratamento? [ ]  
Alergia a pô, HS, odores, alimentos? [ ]  
Quadro clínico? [ ]  
Tratamento? [ ]  
Alergia a derivado de borracha? [ ]  
Quadro clínico? [ ]  
Tratamento? [ ]  
PARA CRIANÇAS (0 a 14 anos)  
A criança é prematura? [ ]  
A criança tem 1 de desenvolvimento? [ ]  
A criança está gripada, c/tosse, febre? [ ]  
A criança tem outra doença? [ ]  
ANTECEDENTES FAMILIARES DE:  
[ ] diabetes [ ] doença crvsc. [ ] miopsia  
[ ] Febre alta durante a anestesia?  
[ ] Problema durante a anestesia?  
Qual?

Medicamentos (Doses)

Cirurgia / Anestesia Prévia / Complicações

Dados importantes da Anestesia e/ou EF

ENQUETE PESO: 70,5 kg  
Peso: 70,5 altura: 180 PA: P. Hidroclorato de clavulana  
Cirurgia: 100% cirúrgico (pec. clavulano/antibiotico, amoxicilina/antibiotico  
Auscult:  
Dentadura/protese (má/mau) (mável/fixa)  
Dentes:  
Abertura da boca: Normal  
Perceção sonora/custo  
Flexibilidade do pescoço  
"limite":  
med 142-3 4 distância esterno/máx: < 12,5 cm > 17,5

Acção de profecia exames com < 01 ano  
Exames Subsistâncias DATA: 10/09/13  
Hb: 14,3 Hn: 450 Glic: Cr: Ur:  
N: K: TC: TS:  
Plaq: 414.000  
Coag: [ ] Normal [ ] Alterada TT: TP: STIPA: 24,5  
RX óssea ( / / )  
ECG ( / / )  
Avaliação clínica

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM: Motivo: [ ] Examinado p/Clínica. Qua:

(VIDE VERSO)

MÉDICO:

Médico: *Adriana Braga Lacerda* CRM: 9829  
Anestesiologista CRM: 9829  
Assistente

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher: "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL:	<input type="checkbox"/> Referido para cirurgia <input type="checkbox"/> Reavaliar em 1 mês(s) motivo(s): <input type="checkbox"/> Reavaliar em 60 dias motivo(s): <input type="checkbox"/> NÃO LIBERAR P/ CIRURGIA motivo(s):
DATA:	
PROBLEMAS GRAVES	

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
MPA drogas/dose \_\_\_\_\_  
F(NG)ASCIR.027-1

DPS



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000782925

Idade: 31 anos

Paciente: FAGNER SILVA DOS SANTOS

Data: 15/09/2017

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

**Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

**Análise:**

Cisternas presentes, sulcos corticais e espaços periencefálicos de aspecto preservado.

Sistema ventricular simétrico, de topografia e dimensões usuais. Parênquima cerebral, cerebelo e as estruturas do tronco encefálico possuem coeficientes de atenuação adequados.

Não há desvio de estruturas da linha média.

Ausência de coleções líquida extra-axiais, processos expansivos intra-parenquimatosos ou sinais de hemorragia aguda/subaguda.

Não se evidenciam traços de fraturas desalinhadas na calota craniana.

**Nota: Exame realizado em condições de urgência/emergência.**

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 16/09/2017 00:01.

**Dr. Tiago Nepomuceno**  
CRM 6723 - PB

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00382.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00382.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:28 horas do dia 28 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 Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fagner Silva dos Santos**, CPF nº 011.062.234-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico, filho(a) de Wládia Silva dos Santos e Francisco Nunes dos Santos, natural de Patos/PB, nascido(a) em 27/03/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Regina Guedes Alcoforado, Nº 5, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercadinho de Dinho, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99964-2566.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Rosemíro Ferreira, Perto do Espetinho do Junior, Alhandra/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/09/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, 2013/2013, PRETA, PLACA PGU3191/PE, CHASSI 9C2KC1670DR502506, registrada em nome de FRANCISCO DE ASSIS DE MOURA SILVA, quando ao passar por um cruzamento foi atingido por outra MOTO NÃO IDENTIFICADA; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 05.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; 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 fé.

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigacao

  
FAGNER SILVA DOS SANTOS  
Noticiante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

29 JUN. 2018

Procedimento Policial: 00382.01.2018.1.00.420



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

**NOME DO PACIENTE** FAGNER SILVA DOS SANTOS

**DADOS DE NASCIMENTO** 27/03/86

**NOME DA MÃE** WLADIA SILVA DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS

**BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1.027.844

**Nº PRONTUÁRIO** 104.285

**DATA DO ATENDIMENTO** 15/09/17

**HORA DO ATENDIMENTO** 21:15

**MOTIVO DO ATENDIMENTO** ACIDENTE DE MOTOCICLETA

**DIAGNÓSTICO (S)** FRATURA DA CLAVÍCULA E

**CID 10** S 42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

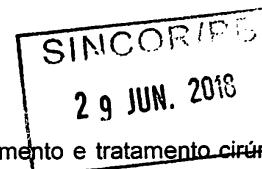
Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), encaminhado da cidade de Alhandra-PB, apresentando relato de dor + limitação de movimento nem articulação do ombro E, estava em baixa velocidade e caiu apoiando ombro no chão e bateu com a cabeça. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX do ombro E - AP e Obliquo

CONFERIDO COM O ORIGINAL



### TRATAMENTO:

Fratura segmentar da clavícula E ao RX. Sem alteração à TC. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Rodriguez e Dr. Leopoldo Viana.

**ALTA HOSPITALAR:** 22/09/17

**DATA DA EMISSÃO:** 05/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
 MÉDICO CUB/HEETS/SL  
 CRM: 2516

Dr. Ewerthon Noronha Teixeira  
 CRM: 2516/PB

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



180006263682  
FAGNER SILVA DOS SANTOS BE  
DT. NASC.: 27/03/1986  
NRE: WLADIA SILVA DOS SANTOS  
asileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1027844



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1210717	Nome FAGNER SILVA DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 27/03/1986	Idade 31 anos 5 meses 19 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe WLADIA SILVA DOS SANTOS				Pai FRANCISCO NUNES DOS SANTOS
Escolaridade				Responsável (Parentesco) SAYONARA SILVA TOMAZ - IRMAO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993723071		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3153353		Nº Cris	
Local de procedência ALHANDRA			Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade PATOS		CBO/R	
<b>Endereço</b>				
CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro REGINA GUEDES	
Número 05	Complemento		Bairro CAIXA D AGUA	
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 15/09/2017 21:15:37	Número da pulseira <b>100006263682</b>		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica		
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				
Imprimir				



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**  
**Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090**  
**Tel: 32165700**  
**CNES: 445365**

Paciente <b>FAGNER SILVA DOS SANTOS</b>		BAE <b>1027844</b>	Data/Hora Entrada <b>15/09/2017 21:15:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>27/03/1986</b>	Idade <b>31</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 993723071</b>
Mãe <b>WLADIA SILVA DOS SANTOS</b>				Prontuário
Endereço <b>REGINA GUEDES, 05</b>		Bairro <b>CAIXA D AGUA</b>	Município <b>ALHANDRA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>POLYANNA NASCIMENTO</b>	Nº Cons. Regional <b>9522/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>15/09/2017 21:20:35</b>		Data/Hora Prescrição <b>15/09/2017 21:39:18</b>		

**Exame**

PACIENTE ENCAMINHADO DE ALHANDRA, COM ENCAMINHAMENTO PARA ORTOPEDIA. RELATA TER SIDO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, SEM CAPACETE; NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS. APRESENTA DOR + LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM ARTICULAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO. ESTAVA EM BAIXA VELOCIDADE. CAIU APOIANDO O OMBRO ESQUERDO NO CHÃO E BATEU A CABEÇA NO CHÃO LEVEMENTE. SEM MAIS QUEIXAS, SEM MAIS ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO. NEGA OUTRAS PARTES DO CORPO ENVOLVIDAS EM TRAUMA. TORAX E ABDOME LIVRES (NÃO SOFREU IMPACTO). NEGA ALERGIAS. CD:1. LIBERADO DA CIR GERAL/ 2. TC DE CRÂNIO/ 3. RX DE OMBRO ESQUERDO/ 4. AV. ORTO/ 5. AV NEUROCIR

**MEDICAÇÃO**

**DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML INJETÁVEL(AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA**

**CUIDADOS**

**SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA**

**SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA**

**EXAME DE IMAGEM**

**RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR** *Esquerda*

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO**

**CID10**

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

**Conduta**

**Em observação**

**POLYANNA NASCIMENTO  
(9522/PB)**

**FAGNER SILVA DOS SANTOS**



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>FAGNER SILVA DOS SANTOS</b>	BAE <b>1027844</b>	Data/Hora Entrada <b>15/09/2017 21:15:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>27/03/1986</b>	Idade <b>31</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>WLADIA SILVA DOS SANTOS</b>			
Endereço <b>REGINA GUEDES, 05</b>	Bairro <b>CAIXA D AGUA</b>	Município <b>ALHANDRA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS</b>	Nº Cons. Regional <b>6028/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>15/09/2017 21:20:35</b>	Data/Hora Prescrição <b>16/09/2017 00:34:30</b>		

### Anamnese

ciente vítima de colisão moto-moto, sem capacete +/- 20h. nega perda da consciência, náuseas, vômitos. ef: glasgow 15, pilas iso/foto, movimentando os 4 membros. sem cervicalgia à palpação / movimentação ativa. tc de crânio: sem lesões neurocirúrgicas. cd: alta ncr + orientações.

### Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*AOs CUIDADOS DA ORTOPEDIA*

*LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS*  
(6028/PB)

*FAGNER SILVA DOS SANTOS*



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

### AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>FAGNER SILVA DOS SANTOS</b>	BAE <b>1027844</b>	Data/Hora Entrada <b>15/09/2017 21:15:37</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>27/03/1986</b>	Idade <b>31</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>WLADIA SILVA DOS SANTOS</b>			
Endereço <b>REGINA GUEDES, 05</b>	Bairro <b>CAIXA D AGUA</b>	Município <b>ALHANDRA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE</b>	Nº Cons. Regional <b>165843/SP</b>
Data/Hora Classificação <b>15/09/2017 21:20:35</b>	Data/Hora Prescrição <b>16/09/2017 00:05:04</b>		

### Anamnese

paciente com história de acidente de motocicleta há 4 horas. dor no ombro esquerdo. ao exame: sem ferimentos, edema  
egido supraclavicular esquerda, adm mse mantida, nvc preservado. raox: fratura segmentar clavícula esquerda. cd:  
aguardo avaliação da ncr para internação e tratamento cirúrgico.

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

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

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., 12/12H, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE  
SF0,9%)

### Conduta

Internar Paciente

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE  
(165843/SP)

FAGNER SILVA DOS SANTOS

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### **OUTORGANTE:**

Nome: FOGNER SILVA DOS SANTO  
Qualificação: Advogado  
CPF/MF: 011.062.234-03 RG: 3153353 SEP/PB  
Endereço: Rua Profeta da 05 casa da Caixa  
Draga Palmeira CEP. 58320-000

**OUTORGADOS:** FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

### **GRATUIDADE JUDICIÁRIA:**

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, de \_\_\_\_\_ de 2017.

Fogner Silva dos Santo  
Outorgante



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3153353 DATA DE EXPEDIÇÃO 02 SET 2003

NOME FAGNER SILVA DOS SANTOS

FILIACAO Francisco Nunes dos Santos  
Wládia Silva dos Santos

Patos-PB 27-03-1986

NATURALIDADE Cert.nasc.Nº 27.802.fl.171v.liv.25A

DOC ORIGEM Cart. de Patos-PB

CPF 000.000.000-00

Jobo Pessoa (PB) SOLICITANTE  
MUNICÍPIO DE SOLICITANTE

MINISTRA DO DIRETOR DE

LEI N° 7.116 DE 29/08/83



CONFERIDO COM O ORIGINAL

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239350/18

Vítima: FAGNER SILVA DOS SANTOS

CPF: 011.062.234-03

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/09/2017

Titular do CPF: FAGNER SILVA DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

FAGNER SILVA DOS SANTOS : 011.062.234-03

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A Indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/06/2018

Nome: FAGNER SILVA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 011.062.234-03

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/06/2018

Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa

CPF: 423.820.764-53

FAGNER SILVA DOS SANTOS

Sandra Maria Accioly Pedrosa



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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

011062234-03

Nome completo da vítima

Fagner Silva dos Santos

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Fagner Silva dos Santos	011062234-03	mechanic
Endereço	Número	Complemento
Rua Profetada 0555 da Ribeira D'água		
Bairro	Estado	CPF
Alhandra	Paráiba	58320000
Email	Telefone (DD) (DD)	
	999642566	

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
BRADESCO (237)	BANCO DO BRASIL (001)	ITAU (341)	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
103		19287	2
(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.

Local e Data

Fagner Silva dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Num. 17237264 - Pág. 4



29 JUN. 2018  
TJCBR/PR

CONFIRMO COM O ORIGINAL

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fagner Silva dos Santos,

RG nº 3153353, data de expedição 02/09/03 Órgão SSP/PB

CPF nº 011062234-03, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Projetação</u>
Número	<u>05-casa-</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Parque das Agulhas</u>
Cidade	<u>Alhandra.</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58300000</u>
Telefone de Contato	<u>999642560</u>
E-mail	

29 JUN. 2018  
SINCOB/PB

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/03/18

Assinatura do Declarante: Fagner Silva dos Santos





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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

**Casos com vítima entre 0 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 **Fagner Silveira dos Santos** CPF da Vítima **011062234-03** Data do Acidente **15-09-2017**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

CONFIRMO COM O ORIGINAL

**goiânia, 25 de março de 2018**

Local e Data

**Fagner Silveira dos Santos**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0860249-71.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio Convênio nº 015/2014-TJ/PB celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formularei os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos

honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 19 de outubro de 2018.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito

**Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA()**

Nº do processo: 0860249-71.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

### **MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO**

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, CITE a parte Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131 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, bem como INTIME-SE a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. .

JOÃO PESSOA, em 15 de março de 2019.

De ordem, GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS  
Servidor

### **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:

18101715324903500000016786068



Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0860249-71.2018.8.15.2001  
Classe: COMUM (7)  
Assunto: [ S E G U R O ]  
Polo ativo: AUTOR: FAGNER SILVA DOS SANTOS  
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

### CERTIDÃO

Certifico e dou fé que intimei o perito conforme despacho de ID nº 17289621.

JOÃO PESSOA, 15 de março de 2019  
GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS

Buscar

**1A. VARA CIVEL**[E-mail](#) [Contatos](#) [Agenda](#) [Tarefas](#) [Preferências](#) PERICIA 0860249[Fechar](#) [Responder](#) [Responder a todos](#) [Encaminhar](#) [Arquivar](#) [Apagar](#) [Spam](#)   [Ações](#)**PERICIA 0860249-71.2018.8.15.2001**De: [1A. VARA CIVEL](#)Para: [antoniovituriano@outlook.com](mailto:antoniovituriano@outlook.com)

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos do processo de nº **0860249-71.2018.8.15.20** Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.

Intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade permanente redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Att,  
Juízo de Direito da 1º Vara Cível da Capital.

## CERTIDÃO

Certifico que , dei inteiro cumprimento ao presente mandado, procedendo à citação e intimação do réu, BRADESCO SEGUROS S.A, na pessoa de sua representante legal, ROSIMARY SOARES COSTA, a qual após a leitura do mandado e tomar conhecimento do seu conteúdo, exarou a sua nota de ciente no anverso deste, aceitando a contrafó que lhe ofereci. Dou fé.

João Pessoa, 25 de MARÇO de 2019.

Evaldo Dionízio da Silva

E

Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA( )

Nº do processo: 0860249-71.2018.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto(s): [SEGURO]

### MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, CITE a parte Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131 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, bem como INTIME-SE a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

JOÃO PESSOA, em 15 de março de 2019.

De ordem, GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS  
Servidor

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

**NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:** 18101715324903500000016786068

 Assinado eletronicamente por: GERMANA SIQUEIRA DAVILA LINS  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
ID do documento: 19820369

  
19031511593467300000019284003

Rosimary Soares Costa  
Assistente Operacional  
8337/Sucursal João Pessoa - PB  
  
Rosimary Soares Costa  
Assistente Operacional  
8337/Sucursal João Pessoa - PB