



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	fagner silva dos santos BO bam	Documento de Comprovação
17237 257	17/10/2018 15:33	fagner silva dos santos BO bam1	Documento de Comprovação
17237 264	17/10/2018 15:33	fagner silva dos santos proc adm	Documento de Comprovação
17289 621	22/10/2018 16:55	Despacho	Despacho
19820 369	15/03/2019 11:59	Mandado	Mandado
19821 212	15/03/2019 12:14	Certidão	Certidão
19821 371	15/03/2019 12:14	PERICIA 0860249-71.2018.8.15.2001	Comunicações
20074 934	26/03/2019 15:49	Diligência	Diligência
20075 199	26/03/2019 15:49	MANDADO CITAÇÃO INTIMAÇÃO 0860249-71.20188152001-BRADESCO	Documento de Comprovação



PREScrição Médica



THESE

B.E./ PRONTUÁRIO		DATA: 22/09/12.
NOME DO PACIENTE: FERNANDES, GILSON	ENFERMEIRA	LEITO:
SETOR: GMDP-1	ENFERMEIRO	OBSERVAÇÃO:
MEDICAMENTO: FISIOTERAPIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO	QUANTIDADE DE	
1) Dorso 1/1000		
2) Dorso 1/1000 - 21 CP (2) 616 -		
3) Dorso 1/1000 - 21 CP (2) 616 -		
4) Dorso 1/1000 - 21 CP (2) 616 -		
5) Dorso 1/1000 - 21 CP (2) 616 -		
<p>Dr. Matheus Mozart Ortopedia e Traumatologia CRM/SP 9455</p>		
ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO		
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO E CARIMBO		
F(NG).APC.001-1		



PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEETSHL

NOME DO PACIENTE: FAGNER SILVA DOS SANTOS		21/08/17	
ESPECIALIDADE: ORTOPEdia	SETOR: HTOP POSTO 1	LEITO: 03	
PESO:	ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:	CLEARANCE DE CREATININA:	
Descrição da prescrição: Nome do medicamento + Concentração + Forma farmacêutica + Dose + Posologia + Via de administração + Duração do tratamento. Obs: Quando a prescrição for endovenosa, acrescentar: diluente + volume + velocidade de infusão			
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1	DIETA LIVRE		
2	DIPIRONA 500MG VO 6/6H		
3	TRAMAL 50MG VO 8/8H		
4	NAUSEDRON 4MG VO 8/8H		
5	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA		
6	CCGG + SSVV		
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 Clínica de Coluna Vertebral CRM-PB 6867/TEOT 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



CRUZ VERDE
HOSPITAL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEETSIL

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

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

F(NG).APC.001-2



CRUZ/PAVENSE
BRASIL

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HEETSHL

Assinatura do Médico com Carimbo e CRM	Servidor da Farmácia	Assinatura do Farmacêutico com Carimbo e CRF
--	----------------------	--

NOME DO PACIENTE: FÁGNER DA SILVA		DATA: 19/09/17	BE/PRONTUÁRIO: 1020294
ESPECIALIDADE: ORTOPEdia		LEITO: CLEARENCE DE CREATININA:	
PESO: ALERGIA: () Medicamento () Alimentar. Qual:		TRANSIÇÃO M3	
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		OBSERVAÇÃO	
APRAZAMENTO		ATT	
1	DIETA LIVRE	11	05
2	DIPIRONA 500MG VO 6/6H	23	05
3	TRAMAL 50MG VO 8/8H	23	05
4	NAUSEDRON 4MG VO 8/8H S/N	23	05
7	OMEPRAZOL 40MG VO PELA MANHA	ATT	
8	CCGG + SSVV	ATT	
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	FRAGNER SILVA DOS SANTOS	Data de	27/09/2017	Idade	31	Sexo	MASCULINO	Nº	1027844	Nº	104285	Data Prescrição	18/09/2017 06:36:21
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Selo	SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE	Posto de Trabalho	AREA VERDE ENF 36	Leito	0011	Prescrição válida a					18/09/2017 06:36:21

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf	Posologia	Orientação de Uso	Aparazamento
1 DIETA LIVRE	0.0			ORAL				OK
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	ML		E.V.		6/6H	Observação: DILUIR EM 100 ML DE SF 0.9%	OK
3 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		12/12H		OK
4 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	1.0	MG		E.V.		24H		OK

18 de Setembro de 2017

JOAO BARTOLOMEU DOS SANTOS

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	FAGNER SILVA DOS SANTOS	Data de	27/03/1986	Idade	31	Sexo	MASCULINO	Nº	1027844	Nº	104285	Data Prescrição	17/09/2017 08:50:48
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE	Posto de Trabalho	AREA VERDE ENF 36	Leito	0011	Prescrição válida a		17/09/2017 08:50:48			

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1 DIETA LIVRE	0.0			ORAL			ALIMENTAR	
2 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	ML		E.V.		6/6H	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		

17 de Setembro de 2017

SSV + cl cl.

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO

CRM: 5804

Assinatura e Carimbo do Profissional

Francisco Kartney Sarmento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5804

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO 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	Via de	Veloc. Int.	Posologia	Orientação de Uso	Apresentação
1 DIETA LIVRE	0.0			ORAL				
2 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	ML		E.V.				
3 CETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.				

Observação: DILUIR EM 100 ML DE SF0.9%

16 de Setembro de 2017

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
CRM: 165843

Assinatura e Carimbo do Profissional

PA. 10:00: 140 x 80



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome FAGNER SILVA DOS SANTOS	Data de 27/03/1986	Idade 31	Sexo MASCULINO	Nº 1027844	Nº 15/09/2017 21:39:18
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 15/09/2017 21:39:18	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	V.L.	Via de	Veículo	Posologia	Orientação de Uso	Aprimoramento
1 DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML INJETÁVEL (AMPOLA)	1.0	ML		INTRAMUSCUL AR		AGORA		
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							
3 PARECER ORTO	0.0							

15 de Setembro de 2017

POLYANNA NASCIMENTO

CRM: 9522

Assinatura e Carimbo do Profissional



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Agner Silva

DATA

HORA

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

2009/11/14 14:15 Psicologia
Paciente evolui no momento cons-
ciente, orientado, emocionalmente
estável, humor sem alterações.
Realizado apoio psicológico.

Guaraciara Mendes
Psicóloga Clínica Hospital
Hospital de São José

USP



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Trauma e Ortopedia
Senador Humberto de Campos

INTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel.:



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

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

Paciente FAGNER SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1027844		Data/Hora Entrada 18/09/2017 06:37	Data/Hora Saida
Data de nascimento 27/03/1986	Idade 31	Sexo Masculino	Prontuário 104285	
Tempo de Internação 2d 5h 32min	Convênio SUS		Plantão NOTURNO	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO) 18/09/2017 06:35:57

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA 1/3 MÉDIO CLAVÍCULA E; EVOLUÇÃO FAVORÁVEL
CD: AGUARDA EXAMES.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0011

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Último Conselho: 4518

17/09/2017

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atenimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=342428&dataInicial=17/09/2017 08:49:29&dataFinal=17/09/2017 08:49:29&workflowAtendimentoId=9&tipoAgrupamento=...



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Impresso por: FRANCISCO KARTNEY
SARMENTO PEDROSA
Em: 17/09/2017 08:49:35

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

Paciente FAGNER SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1027844	Data/Hora Entrada 15/09/2017 21:15:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/03/1986	Idade 31	CNS	Prontuário 104285
Tempo de Internação 1 d 7h 46min	Sexo Masculino	Convênio SUS	Plantão DIURNO

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

Número Conselho: 5804

Dr. Kartney Sarmento Pedrosa
CRM: 5804



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: 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	CN\$	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

PROCEDENCIA

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

TÓRAX

EVOLUÇÃO: N.D.N

SIST. RESPIRATÓRIO

EVOLUÇÃO: N.D.N

MAMAS

SELECIONE: N.D.N

GENITO-URINÁRIO

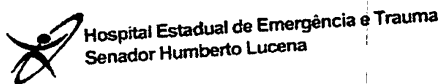
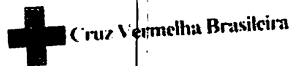
EVOLUÇÃO: MICÇÃO ESPONTÂNEA

LOCOMOÇÃO

EVOLUÇÃO: DEAMBULA

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

Número Conselho: 967656



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Paciente AGNER SILVA DOS SANTOS	Boletim de Atendimento 1027844	Data/Hora Entrada 15/09/2017 21:15:37	Data/Hora Saída
Data de nascimento 27/03/1986	Idade 31	Sexo Masculino	Prontuário 104285
Tempo de Internação 3d 9h 45min	Convênio SUS	CNS	Plantão DIURNO

FISIOTERAPÊUTICA (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

DIMINUÍDA: MIE

EVOLUÇÃO:

CONDUTA

EVOLUÇÃO:

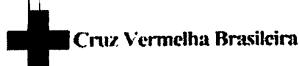
OBSERVAÇÕES:

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

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

Número Conselho: 108943

Erika Cristine M. Andriola
Fisioterapeuta
CREFITO 108.943



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

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

VENTILAÇÃO

TIPOS: ESPONTÂNEA

AValiação Respiratória

TIPOS: EUPNEICO

ASCULTA

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 Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Impresso por: ANA
WIRGINIA DE SOUSA
PEREIRA RIQUE
Em: 16/09/2017 01:14:41

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

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

ASÇULTA

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
Profissional responsável pela informação: ANA WIRGINIA DE SOUSA PEREIRA RIQUE

Número Conselho: 967656



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaAV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: MARA
PATRICCIA DOS ANJOS
SOUZA DA FONSECA
Em: 16/09/2017 14:01:29

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

EVOLUÇÃO ENFERMAGEM (MARA PATRICCIA 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

ASCULTA

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/atencao.do?&perform=imprimir&controle=2&id=342428&dataInicial=17/09/2017 12:35:10&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.: 8332165700GOVERNO
DA PARAÍBAImpresso por: JOSE
FIRMINO DE OLIVEIRA
JUNIOR
Em: 17/09/2017 12:35:26

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

RESULTADO GLASGOW: 15.00

ESCALA DE GLASGOW:

ESCALA DE RAMSAY

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

CTSHL

Nome: Fernando Silva dos Santos

Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: 1

Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: _____

Cirurgia: Fx de Músculo OBTM da clavícula (B)

Cirurgião: Dr. João Pessoa 1º Assistente: Dr. Wozzelo

2º Assistente: Dr. Matheus (RZ) 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>(D) Fx de 1 Músculo clavícula (B)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>(D) Imobilização em "8"</u>	
<u>(RZ) sangramento</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456

João Pessoa, 22/09/14

F(NG).ASCIR.009-1

1027844 PRON

NOME DO PACIENTE: Fagundes, Fabiano **Sobrenome**

IDADE: 31 anos **Sexo:** M **Profissão:**

Patologia principal: Hérnia 1/3 médio claustrula (S)

Cirurgia: HMO DEURGI 60 de **Anestesia proposta:** Sedativo de peso + sedação

HISTÓRIA DA DOENÇA

Dor no peito, angina?	[] [] []
Infarto? [] <M [] 3-6M [] >6M []	[] [] []
Pressão alta?	[] [] []
Sopro, febre reumática?	[] [] []
Aritmia, taquicardia: aos esforços [] [] [] espontânea [] [] []	[] [] []
Edema de MMII: [] [] [] pouq. [] [] médios [] [] []	[] [] []
Dispnéia de esforço [] [] [] Tarde [] [] []	[] [] []
Aos esforços [] [] [] pouq. [] [] médios [] [] []	[] [] []
Asma/bronquite:	[] [] []
Tosse/catarro? (cor [] [] [] anos. Parou há [] [] [])	[] [] []
Fumante: há [] [] [] anos. Parou há [] [] []	[] [] []
Lesões, queimaduras?	[] [] []
Injúrias, abalos traumáticos?	[] [] []
Problemas musculares, miofasciais?	[] [] []
Dor nas juntas, artrite, osteoporose?	[] [] []
Problemas de orelha?	[] [] []
Etilista social?	[] [] []
Alcoolista: há [] [] [] anos. Parou há [] [] []	[] [] []

ANAMNESE PRESENTES

Diabetes?	[] [] []
Doença da tireóide?	[] [] []
Mudança no hábito miccional?	[] [] []
Modificação no apetite?	[] [] []
Queimação, azia, H do hiato, dor?	[] [] []
Núcleas, vômitos? (cor: [] [] [])	[] [] []
Mudança no hábito intestinal?	[] [] []
Alteração na cor das fezes?	[] [] []
Pontua de peso s/dietas?	[] [] []
Depressão/histeria, malária, Chagas?	[] [] []
Assinia?	[] [] []
Sangramento? (onde? [] [] [])	[] [] []
Hematomas/manchas roxas?	[] [] []
Gripes, febre, recente?	[] [] []
Estat ou pode estar grávida? (DUM: [] [] [])	[] [] []
Tem problema de surdez, visão?	[] [] []
Teve febre alta quando foi operado?	[] [] []
Recebeu Transf.sangue? Há [] [] []	[] [] []
Acidita transf.sangue numa emergência?	[] [] []

ANTECEDENTES FAMILIARES DE:

[] diabetes	[] doença qvsc.	[] miopias
[] Febre alta durante a anestesia?	[] Problema durante a anestesia?	
Qual?		

Verbo Escrito (Dietas)

Dados importantes da Anamnese e/ou EF	Cirurgias / Anestésias prévias / Complicações	Doenças crônicas (atual)
	Ⓢ NÃO	Ⓢ NÃO

[illegible]

ASA: **II**

RETORNOS: ☒ NÃO ☐ SIM Motivos: ☐ Exame por profissional ☒ Exame em pr. única

(VIDE VERSO) MÉDICO: *Ugo da Lora* CRM: 9829

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

CONDUTA FINAL: ☐ Liberado para cirurgia
☐ Reavaliar em internação motivo(s):
☐ Reavaliar em SO, motivo(s):
☐ NÃO LIBERADO P/CIRURGIA motivo(s):

DATA: / /

PROBLEMAS GRAVES

MPA drogas/dose

CRM:



**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 Investigação, 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 Wlândia 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:

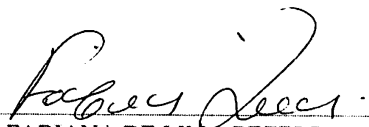
Local: Rua Rosemiro Ferreira, Perto do Espetinho do Junior, Alhandra/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/09/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

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 fê.

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


FAGNER SILVA DOS SANTOS
Noticiante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

29 JUN. 2018

Procedimento Policial: 00382.01.2018.1.00.420



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE 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 na 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 Oblíquo

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PE

29 JUN. 2018

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 CVBHEETS/IL
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



Cruz Vermelha

190006263682
FAGNER SILVA DOS SANTOS
DT. NASC.: 27/03/1986
MÃE: WLADIA SILVA DOS SANTOS

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1027844



Identificação do paciente				
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 Cns		
Local de procedência ALHANDRA	Tipo MUNICÍPIO		UF PB	
Email	Naturalidade PATOS	CBO/R		
Endereço				
CEP 58320000	Município de residência ALHANDRA	UF PB	Logradouro REGINA GUEDES	
Número 05	Complemento	Bairro CAIXA D AGUA		
Admissão				
Data e Hora 15/09/2017 21:15:37	Número da pulseira 100006263682	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		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG [] Ultrasonografia []				
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				Tempo 18seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

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

anamnese

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. TÓRAX 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

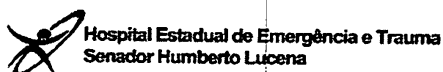
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

POLYANNA NASCIMENTO
(9522/PB)

FAGNER SILVA DOS SANTOS



AREA AMARELA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente FAGNER SILVA DOS SANTOS		BAE 1027844	Data/Hora Entrada 15/09/2017 21:15:37	Data Baixa
Data de nascimento 27/03/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 993723071
Mãe WLADIA SILVA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço REGINA GUEDES, 05		Bairro CAIXA D AGUA	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	Nº Cons. Regional 6028/PB
Data/Hora Classificação 15/09/2017 21:20:35			Data/Hora Prescrição 16/09/2017 00:34:30	

Anamnese

IENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, SEM CAPACETE +/- 20H. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS. EF: GLASGOW 15, PUPILAS 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



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 FAGNER SILVA DOS SANTOS		BAE 1027844	Data/Hora Entrada 15/09/2017 21:15:37	Data Baixa
Data de nascimento 27/03/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 993723071
Mãe WLADIA SILVA DOS SANTOS				Prontuário
Endereço REGINA GUEDES, 05		Bairro CAIXA D AGUA	Município ALHANDRA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE		Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 15/09/2017 21:20:35		Data/Hora Prescrição 16/09/2017 00:05:04		

Anamnese

IENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 4 HORAS. DOR NO OMBRO ESQUERDO. AO EXAME: SEM FERIMENTOS, EDEMA E GILIO SUPRACLAVICULAR ESQUERDA, ADM MSE MANTIDA, NVC PRESERVADO. RAIOS: 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: FAGNER SILVA DOS SANTO

Qualificação: Marido

CPF/MF: 011 062 234-03 RG: 3153353 ser/PB

Endereço: Rua Profetada 03 casa da Caixa
Dagua Shaulha CEP. 58320000

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.

Fagner Silva dos Santos
Outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P.917

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Fagner Silva dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3 153353 DATA DE EXPEDIÇÃO 02 SET 2003

NOME FAGNER SILVA DOS SANTOS

Francisco Nunes dos Santos

FILIAÇÃO Wlândia Silva dos Santos

Patos-PB 27-03-1986

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert.nasc.Nº27.802.fls.17lv.liv.25A

DOC ORIGEM Cart. de Patos-PB

CPF

M. Moura
Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal


CPF

062.234-03

FAGNER SILVA DOS SANTOS

27/03/1986


Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.



INCOR/PB

29 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS Seguradora Líder dos
Contratos do Seguro DPVAT**IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO**ASL-0235350/18
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 médico-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 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 cancela 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 entregueData 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

Nome completo da vítima

011062234-03

Fagner Silva dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Fagner Silva dos Santos	CPF titular da conta	011062234-03	Profissão	Mecânico
Endereço	Rua Propetada 05 - sa de Ruix D'agua	Número		Complemento	
Bairro	Alhauria	Cidade	Alhauria	Estado	Paraná
Email		CEP	58320000	Telefone (DDD)	999642566

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

<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 type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO. 1033 D/V	CONTA NRO. 19287 D/V	CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
BANCO Nome		AGÊNCIA NRO. D/V	
CONTA 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.

Fagner Silva dos Santos 18 de março de 2016
Local e Data

Fagner Silva dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



29 JUN. 2018
BANCOR/PB

CONFERIDO 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 Profetada</u>
Número	<u>05-casa-</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Caixa D'água</u>
Cidade	<u>Alhandra.</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58320000</u>
Telefone de Contato	<u>999642560</u>
E-mail	

29 JUN. 2018
SINCOR/PB

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/03/18

Assinatura do Declarante: Fagner Silva dos Santos

CONFERIDO COM O ORIGINAL

CONFERIDO COM O ORIGINAL

IVANILDO GONCALVES DE ARAUJO
RUA PROJETADA, 5 / CASA - DA CAMA D'AGUA
ALHANDRA / PB CEP 56320200 (AG 18)

Emissão: 28/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRAGEM MONOFASICA B-230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
Roteiro: 17 - 20 - 340 - 320 Nº medidor: 00322203110

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.096.163/0001-40 - Rec. Est. 16.915.522-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 011.249.630
Cód. para Data Automática: 00011271574

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Jan / 2018	28/01/2018	27/02/2018	75279150487

UC (Unidade Consumidora): 51127157-4

Canal de contato
Tarefa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada para Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Consulte sua agenda conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook, com o @energisa e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Leitura	Data	Leitura							
28/12/17	25129	28/01/18	25452	1		253		28		
Demonstrativo										
Cód.	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alíq. Imit.	Valor	Base Calc.	Alíq. Imit.	
					(R\$)	(R\$)		(R\$)	(R\$)	
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,252280	7,58	7,58	27	2,04	7,58	0,07	0,88
0801	Consumo - 31 a 105kWh-BR	70,000	0,452450	31,77	31,77	27	8,17	30,27	0,31	1,44
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	120,000	0,646250	77,83	77,83	27	21,02	77,83	0,80	3,71
0801	Consumo acima de 220kWh-BR	33,000	0,729700	23,78	23,78	27	6,42	23,78	0,26	1,11
0801	Adic. B Vermissa			0,33	0,33	27	0,22	0,33	0,1	0,05
0810	Subsídio			47,05	47,05	27	12,70	47,25	0,48	2,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0804	JUROS DE MORA 12/2017			0,25	0,00	0	0,00	0,33	0,33	0,00
0805	MULTA 12/2017			2,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio			-31,52	0,00	0	0,00	0,00	0,30	0,00

CCL Código de Classificação do Item TOTAL 159,01 187,32 50,57 187,32 1,29 8,83

VENCIMENTO 02/02/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 159,01

Índice de Consumo (kW/h)
224 | 217 | 268 | 232 | 248 | 230 | 195 | 217 | 209 | 234 | 231 | 238
Jan/17 | Fev/17 | Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17

RESERVADO AO CLIENTE
941d5a36.0be8.1440.64b2.9c25.27f4.1292.

Indicadores de Qualidade			
11/2017 a 01/2018			
Limites da ANEEL		Limite de Tensão (V)	
Apurado			
DIC MENSAL	8,77	NOVINAL	220
DIC TRIMESTRAL	12,84		
DIC ANUAL	28,09		
FIC MENSAL	3,87	CONTRATADA	202
FIC TRIMESTRAL	7,55	LAJTE INFERIOR	231
FIC ANUAL	14,70		
DMC	8,71		
DMC	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia/PE	38,09	22,70
Compra de Energia	42,68	26,83
Serviço de Transmissão	5,52	3,48
Encargos Setoriais	9,99	6,29
Impostos Diretos e Encargos	64,74	40,71
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	159,01	100,00

Valor de E-SD (R\$) 11/2017: R\$ 43,08

ATENÇÃO: Sua unidade foi faturada com o Banco Renda, tendo um desconto de R\$31,82

Faturas em atraso

SINCOR/PB
29 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

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

Nome Completo da Vítima Fagner Silva 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 para fins 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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Fagner Silva dos Santos 25 de março de 2018
Local e Data

Fagner Silva dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



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 apurado 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, formulo 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:	PROCEDIMENTO	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

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? 2- Totalmente ou em parte? 3- Em que percentual? 4- Das lesões resulta incapacidade? 5- Redução da capacidade laboral ou fisiológica? 6- A incapacidade, se parcial, é completa em relação a? 7- (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Att,
Juízo de Direito da 1ª 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 ciência no anverso deste, aceitando a contrafé 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.tjpb.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.tjpb.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