



Número: **0823955-54.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **11/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 9450.0**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ALEXANDRA CESAR DUARTE
AUTOR	EDIVALDO SILVA DE ARAUJO
ADVOGADO	JOSE EDUARDO DA SILVA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77739 58	11/05/2017 16:44	EDIVALDO SILVA	Outros Documentos
77741 35	11/05/2017 16:44	Comprovante de residencia EDIVALDO SILVA	Outros Documentos
17678 849	08/11/2018 17:06	Despacho	Despacho

DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. João Machado, 399, Sala - 01, Centro, João Pessoa-Paraíba.
83-98732-6361/ 83-9342-1170/ 83-3512-6361

PROCURAÇÃO "AD - JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

•-8822-1080

CONTRATANTES:

8853-3629

NOME Edinaldo Silva de Araujo TELEFONE 8679-8008

8749-2286

ESTADO CIVIL casado PROFISSÃO Pedreiro

CPF 027.058.174-54 RG 2187582 ENDEREÇO R. Monte

Vila Nobres 02102 Outaguara PP

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, ANITA NÁGILA DE SÁ CARDOSO, OAB/PB 14.178 e ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438 com escritório profissional sito à Avenida João Machado 399, sala 01, Centro, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de econômica mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

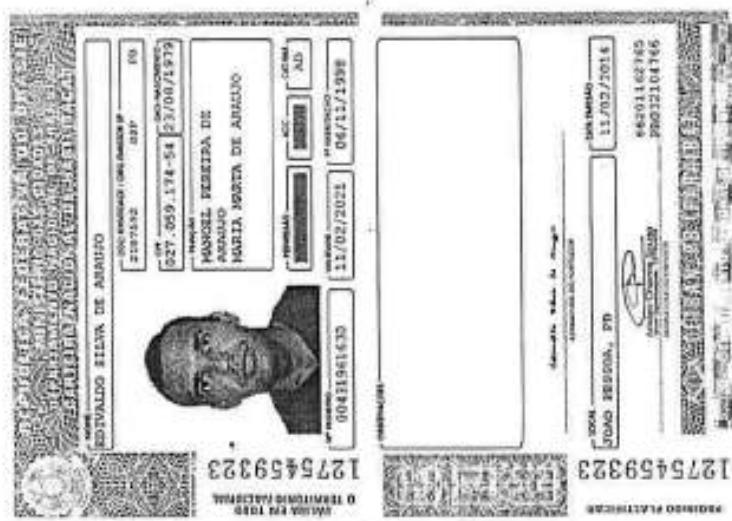
GRATUIDADE JUDICIÁRIA

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 seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

12 de 07 de 2016.

Edinaldo Silva de Araujo
Outorgante







(i)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão de parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170048179 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO Saberm Seguradora S/A-Matriz II

BENEFICIÁRIO EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 02705917454

Posição em 20-04-2017 17:27:53

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.531,25

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento **Valor da Indenização** **Juros e Correção** **Valor Total**

20/04/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25
------------	--------------	----------	--------------

ACESSIBILIDADE

([/Pages/Acessibilidade.aspx](#)) ([/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx](#))

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas](#) ([/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx](#))

[Documentos Invalidez Permanente](#) ([/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#))

[Documento Morte](#) ([/Pages/Documentacao-Morte.aspx](#))

[Dicas Indispensáveis](#) ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))

PAGUE SEGURO

[Como Pagar](#) ([/Pages/Pague-Seguro.aspx](#))

[Consulta a Pagamentos Efetuados](#) ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))

[Informações Gerais](#) ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))

ACOMPANHE O PROCESSO

<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

1/1



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04153.01.2016.1.91.000

CERTIFICÓ, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04153.01.2016.1.91.000, cujo teor agora passo a transcrever na Integra: Ao(s) 26 dias do mês de Setembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Central de Polícia Civil de João Pessoa, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, Escrivão De Polícia, às 09:27 horas, compareceu EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Pedreiro, naturalidade João Pessoa/Paraíba, data de nascimento 23 de Agosto de 1979, idade 37, filiação Maria Marta de Araújo e Manoel Pereira de Araújo, Documento - CPF: 027.059.174-54, residente Rua Maestro Heitor Viles Lobo, 192[NÃO INFORMADO], Oliteiro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98822-1080.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], numero: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Miramar, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 20/06/16 06:40

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 20/06/16, por volta das 06:40h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 160 START, cor preta, ano 2016, de placa QF0-9665/PB, chassi nº 9C2KC2500GR011709, de sua propriedade, pela Avenida Beira Rio, no sentido centro/praia, ao chegar nas proximidades da alça que dá acesso a rodovia BR-230, após atingir um ciclista, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura de calcâneo esquerdo, sendo socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros e conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangebeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa |PB| 26 de Setembro de 2016

Edivaldo Silva de Araújo

EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO

Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão De Polícia

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-3

Procedimento: 04153.01.2016.1.91.000



EXTRATO
FATURADO



20-06-14



Octo

**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2016.06.001697

SISREG
INTERNAÇÃO EM
20/06/16
VISTO Edvaldo

NOME DO PACIENTE:

Edvaldo Silveira Araújo

ENFERMARIA: 21 LEITO: 06



VISTO EM: 29/07/16
Kleison LINCO, N° de Almeida Vera
A. MAJ. QCBM / Mat. 522.829-8
Comandante do BAPH

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

João Pessoa-PB, 27 de Julho de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 295/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 20/06/2016, conforme requerimento n° 3017/16, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 07h05min o/a Sr.(a) EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO CPF N° 027.059.174-54, vítima de acidente de trânsito (colisão moto x bicicleta), ocorrido na Av. Beira Rio, Altiplano, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-44, tendo como chefe o SOLDADO BM Josemildo Pereira da Silva Filho, Matrícula 523.269-4, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando luxação no tornozelo esquerdo. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira (Governador Tarcísio Buriti).

Para constar, eu Elizabete Gurjao Leônicio Pinheiro- SD BM, Mat. 523.935-0, () auxiliar da 3^ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3^ª Seção/BAPH.

Cláudia Brum Góes de Souza
Ten. QCBM
Mat. 523.685-1

Chefe da 3^ª Seção

Serviço Registrado Marques Costa - II^º Ofício

Cláudia Brum Góes de Souza

Autentico esta fotografia reprodução feita de original. Dado fl.
e Selo Digital AR43754-0811 3

João Pessoa, 22/08/16
Site: www.tjpb.jus.br - Portal do Poder Judiciário - João Pessoa-PB
AA192785 - Fone: (83) 3243-9944 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crashb@bombeiros.pb.gov.br



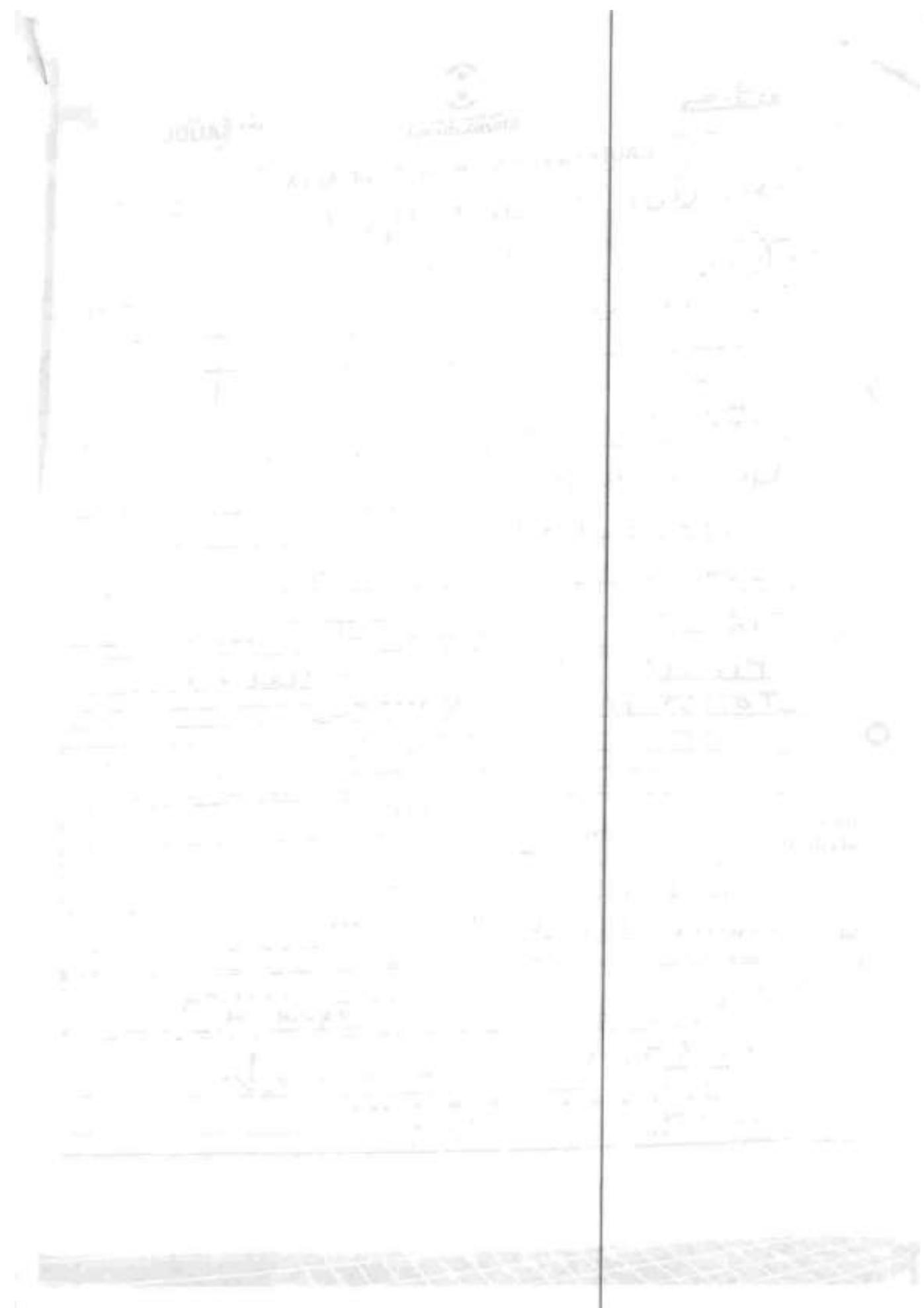
Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doctor Orieste Lisboa, S/nº - Conj. Pedro Gondim, 50 - 031-000, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9944 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: crashb@bombeiros.pb.gov.br

EM BRANCO



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	<i>Edmundo S. de Oliveira</i>			PRIVATIZADO
DIÁDE	1100	1100	1100	1100
DATA DE ADMISSÃO	20/06/16	DATA DESAIDA	13/07/16	PERÍODO PERNAMENTO
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	<i>fx colunares</i>			110
ANAMSE DE GESTÃO	-			-
PRATICAS EXAMES	<i>Rx + Ex. fisiq</i>			-
PROCEDIMENTO REALIZADO:	<i>to crenfico</i>			-
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	<i>metformina</i>			-
ANATOMIA PATOLÓGICA				-
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLÓGICO				
CONDICÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO <input type="checkbox"/> OBITO
RESUMO CLÍNICO	<i>Paciente 57 q.c.; orientado a retorno p/ ambulatório</i>			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA				
DIETA:				
REPOUSO:	Relativo em casa por <i>45</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.			
MEDICAÇÕES PARA CASA:	<i>Bej deus</i>			
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em <i>30</i> dias para revisão.			
<i>14/07/16</i>				
DATA				
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				
ASS. MÉDICO CRM				





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME	Edneide S. de Oliveira			PONTUARDO N°	
IDADE	SEXO	DATA	CLASSE	ENF	LEITO

DATA DE ADMISSÃO	20/06/16	DATA DE ALTA	13/07/16	TEMPO DE PERMANÊNCIA
------------------	----------	--------------	----------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL	<i>Rx cedulas</i>	CBD
---------------------	-------------------	-----

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	<i>—</i>
------------------------	----------

OUTROS DIAGNÓSTICOS	<i>—</i>
---------------------	----------

PRINCIPAIS EXAMES	<i>Rx + Ex. fisi</i>
-------------------	----------------------

PROCEDIMENTO REALIZADO	<i>to curativo</i>
------------------------	--------------------

TERAPÉUTICA MEDICALIZADA	<i>estalei seu</i>
--------------------------	--------------------

ANATOMIA PATOLÓGICA	
---------------------	--

INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLTE DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---------------	------------------------------	---	-------------------	------------------------------	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLOGIA	
-------------------------	--

CONDICÕES DE ALTA	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	REMOVIDO	NA PEDIDO	CURADO	ÓBITO
-------------------	---	----------	-----------	--------	-------

RESUMO CLÍNICO	<i>HISTÓRIA: EVOLUÇÃO: TIRADENTES, COMPUCAOES. Recette 51 a.C.; orientado a retorno p/ ambulatório</i>
----------------	--

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
----------------------	--

DIETA:	<i>45</i>
--------	-----------

REPOUSO:	Relativo em casa por <i>30</i> dias.
----------	--------------------------------------

Retorno às atividades suas rotina física em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Rx deles*

RETORNO	Ao posto de saúde em _____	para retirada de pontos.
	Ao Ambulatório do _____	em 30 dias para revisão.

DATA	<i>14/07/16</i>	ASS. MÉDICO / CRM
------	-----------------	-------------------

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

EM BRANCO

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

• Pt em ORN (23 anos)
• A pronta e operação

Incisão:

Longitudinal lateral à
coluna (1).

Achados:

Fratura da coluna (2)

Conduta:

- (1) Abordagem da fratura
- (2) Limpeza da fratura
- (3) Fixação da fratura e anca
- (4) Sutura

Fechamento:

Wolfe

OBS:

Sin Tumor

Data: 09/07/15

MÉDICO/CRM

CRM-PB
Ortopedia e Traumatologia



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edinaldo Silva de Araújo</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>09/07/16</i>	Cirurgião: <i>Renato Oliveira</i>	1º Assistente: <i>Fran</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de coluna (C)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mês</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Trevo de fuso</i>					
<i>Ressecção de massa</i>					
<i>Ressecção</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Guadalajara Código:

Procedimento: Exal- di falcone Cód. do Procedimento:

Paciente: JOAQUÍN GUADELOUPE

Data da Cirurgia: 09/03/2016 | Prontuário N°: 3016.05.169 | Copyrêncio: 571

IAP Reposição Caixa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

EST. EST. PARAGUAS DE VARA 3888						
	Nº	40	45	50		
PARAFUSO	Qtd.	01	01	02		Valor Unit.
CORTICAL. 3.5mm	Cód.					
PARAFUSO	Nº					
CORTICAL. 4.5mm	Qtd.					
	Cód.					
PARAFUSO	Nº					
ESPONJOSO. 4.0mm	Qtd.					
	Cód.					
PARAFUSO	Nº					
ESPONJOSO. 6.5mm	Qtd.					
ESP. R/16 CURTA	Cód.					
PARAFUSO	Nº					
ESPONJOSO. 6.5mm	Qtd.					
ESP. R/32 LONGA	Cód.					
PARAFUSO	Nº					
MALEOLAR 4.5mm	Qtd.					
	Cód.					

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Nº de pedido:





FORMULÁRIO DE ANESTESI

PAC: Edvaldo Lelis de Oliveira

DATA 29/07/14

ESTADO CIVIL Solteiro Casado Viuvo Desquitado SEXO Masculino Feminino COR: BR PO PT PROFISSÃO IDADE

ENDERECO Av. (Rua)

HOSPITAL

Cetobrasil

CATEGORIA

AIH CP MAT COD INSC GIH OUTRAS →

DIAGNÓSTICOS

OPERAÇÃO REALIZADA

CIRURGIA

Dr. Tomás

AUXILIAR

INÍCIO ANESTESIA 08:05

TERMINO DA ANESTESIA 08:50

DURAÇÃO DA ANESTESIA 45 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Tomás
Assistente
CRM-PB

QUANT. DE US (PONTOS)

VALOR R\$

CPF

CRM-PB

HORA

AGENTE 08:05

Vitória
André
Lucas
Lucas
Fábio
Ricardo

Pulseira 98 99 99

220
200
180
140
120
100
80
60
40
20PRESA ARTERIAL 75 PULSO 75 RESPIRAÇÃO 18/02 96 TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNIO
EST. GERAL BOM REGULAR MAU PÉSSIMO KUSCO CIRÚRGICO BOM REGULAR MAU PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES OK

PRE ANESTÉSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOQ. PLEXO BLOQ. NERVOS OUTROS

TECNICA

morfina 80mg + dipirona 1000mg

MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

1. S. 3L/mais
2. sedativo nasal O2
3. Fole 20
4. Bradiparar. 5 mg
5. dextrof. 1.500mg6. morfina 80mg
7. dipirona 1000mg
8. cefazolinha 2g
9. clorbutetorol 10mg
10.

OBSERVAÇÕES



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edinalda Silva de Araújo Data da Admissão: 20/06/16

Pronutário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Por 2 edas e calcâneo esquerdo

HDA: Paciente volta do exame de rotina excludido
de dor e edema e calcâneo esquerdo

Dr. Rúlio

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ V _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____
_____Hipóteses Diagnósticas: Fratura de coluna ()
_____Conduta: - Solicita TC
- Entrar para tratamento cirúrgico

DE JOAO PESSOA
HOSPITAL MANGABEIRA
ESCAL: JOAO COSTA DUARTE, S/N
6-384 JOAO PESSOA Fone: (31) 3214-1980
FAX: (31) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 862016 Atd: Nao Regist
Data: 20/06/2016
Hora: 07:40:22
Repcionista: LENICE FLORENCIO DA A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO Num. de vezes atendido: 1
Nascimento: 20/06/2016
CMN: SEM CNE Sexo: M IDENTIDADE: 2187592 Fone: 0
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 23/08/1979 Id: 36 ano(s)
End.: QD 01 LT 30,

Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Pai: MANOEL PEREIRA DE ARAUJO

Mae: MARIA MARTA DE ARAUJO

Ocupação: SERVENTE DE OBRAS

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO

Tei/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 2187592

Procedencia: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Tipo de utilidade: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: MOTOXBICICLETA (COND MOTO) AS 7:05 BEIRA RIO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abo:	O2%:	[] Regular [] Chocado
[] Vomito		
Observacao		

Queixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Not. Maf u m d. gres cl
Not. Mf d. cervical d. pecc d.
Comunicaçao

Diagnostico:

Conduta

Ex. Ecografia farralgy

Mr. C. S.
T. de abrigo

Prescriçao:

Horario da medicacao

IV Voltaren 100 mg

II Dipirona 100 mg 6/60

Edna Nogueira Campos
Medico CRM/PB 6769

Dr. Adilson Nogueira
Cirurgião-Dentista
CRM/PB 5399

44 Ornithoderma

Ortopedia
Recetas virtua de vendas adhesivas 10³
envolvendo com elas a unha ou duas ②.
Pulso pulso presente

⑨. Ex fotografie, per 2 pi'

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ENTREVISTA DO PACIENTE

DESTINO DE MUERTE: Residencia Transferido Desistencia Otro: Atestado SVD IML
 Alta a pedido Enfermaria

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

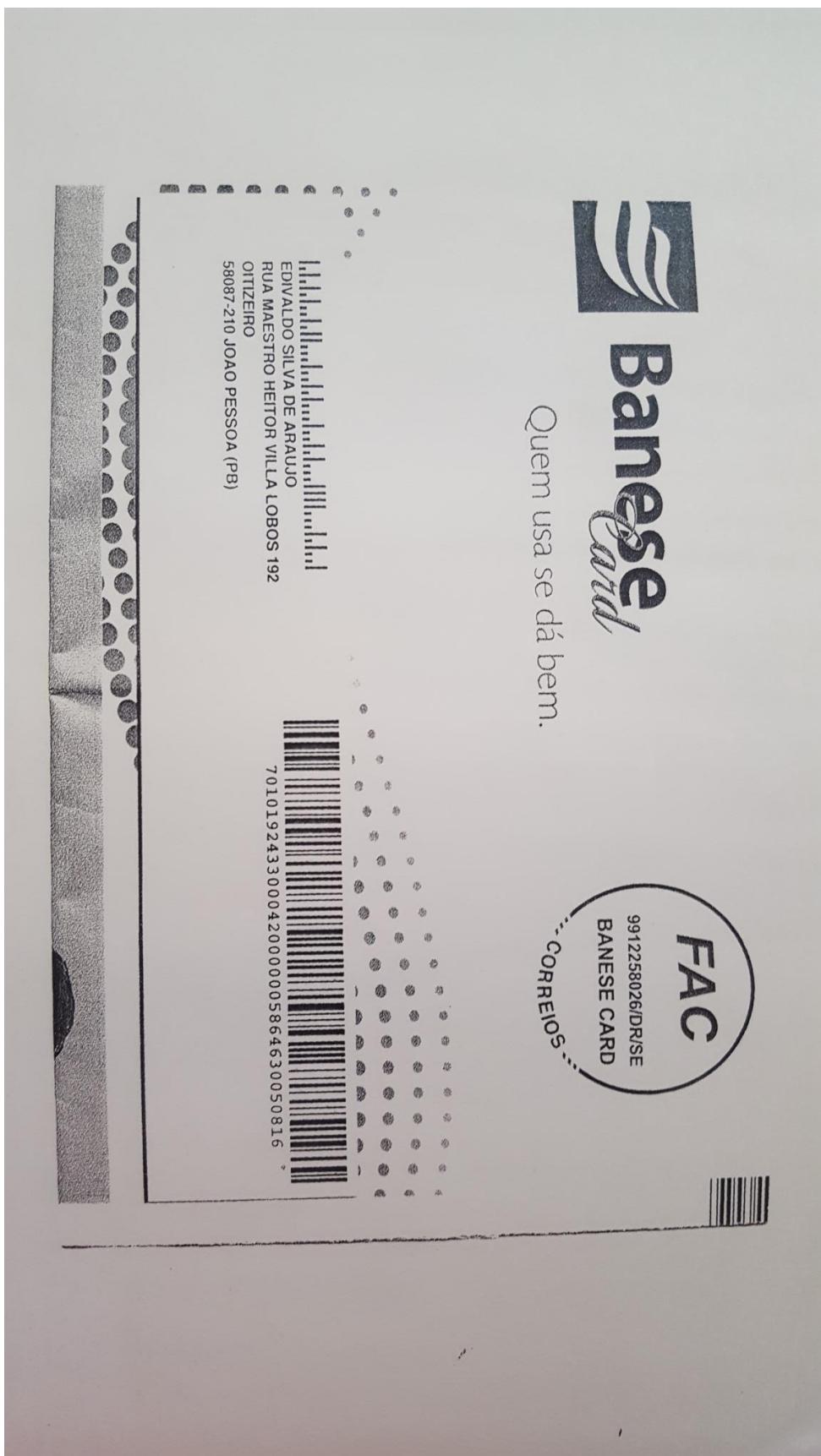
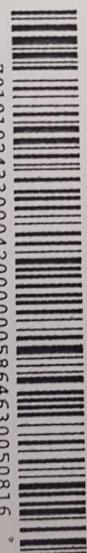


Banese
Card

Quem usa se dá bem.



EDIVALDO SILVA DE ARAUJO
RUA MAESTRO HEITOR VILLA LOBOS 192
OTIZEIRO
58087-210 JOAO PESSOA (PB)



Vistos, etc...

Trata-se de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, onde a parte autora pleiteia o pagamento da complementação atinente a dito seguro.

Na conformidade da nova sistemática do CPC, sabe-se que, em seu art. 334, há determinação expressa para designação de audiência prévia de conciliação/mediação antes da apresentação de defesa do réu, no intuito de tentar promover a composição amigável entre as partes. Tal norma admite apenas duas hipóteses de exceção, a saber: havendo manifestação de vontade de ambas as partes pela não realização da audiência e quando o feito não admitir composição.

Em demandas desta natureza, apesar deste Juízo já ter determinado a designação de diversas audiências, as seguradoras, de forma reiterada, afirmam acerca da inviabilidade de qualquer acordo antes da realização da prova técnica.

Desta feita, diante da necessidade de prévia perícia médica, infrutífera será qualquer tentativa de acordo antes da prova técnica.

Assim, pelas razões expostas, deixo de aprazar audiência de conciliação prévia.

Cite-se a parte ré, para, no prazo de 15 dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de revelia.

Defiro a gratuidade judiciária requerida.

Certifique-se a Escrivania se existe ação semelhante ajuizada pela parte autora, em tramitação ou já arquivada.

P.I.

João Pessoa, data eletrônica.

DANIELA FALCÃO AZEVEDO

Juíza de Direito