



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
7773958	11/05/2017 16:44	EDIVALDO SILVA	Outros Documentos
7774135	11/05/2017 16:44	Comprovante de residencia EDIVALDO SILVA	Outros Documentos
17678849	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:

CONTRATANTES:

NOME Edinaldo Silva de Araújo TELEFONE 8822-1080
8853-3629
8675-8008
8749-8886

ESTADO CIVIL casado PROFISSÃO pedreiro

CPF 027.058.174-54 RG 2187592 ENDEREÇO R. Mestre

Vila Lobos nº192 Antiquário JP

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 economia 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 Araújo
Outorgante



(7)

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 do 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 Sabemi 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>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04153.01.2016.1.91.000

CERTIFICO, 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 íntegra: 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 Villas Lobo, 192 [NÃO INFORMANDO], Oitizeiro, 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/praias, 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 Mangabeira, 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.

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão De Polícia

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.822-3

João Pessoa (PB) 26 de Setembro de 2016

Edivaldo Silva de Araújo
EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO
Noticiante

Procedimento: 04153.01.2016.1.91.000



EXTRATO
FATURADO



20-06-16

Auto

**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº: 2016.06.001697

SISREG
INTERNADO EM
20/06/16
VISTO: Schirag

NOME DO PACIENTE:

Edinaldo Silva de Araújo

ENFERMARIA:

21

LEITO:

06



VISTO EM: 29/07/16
Klerston LINCOLN de Almeida Viera
MAJ. QOBM / Mat. 522.829-8
Comandante do BAPH

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

João Pessoa-PB, 27 de Julho de 2016.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 295/2016

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 20/06/2016, conforme requerimento nº 3017/16, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 07h05min o/a Sr (a) **EDIVALDO SILVA DE ARAÚJO** CBF Nº 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 Burty.

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

Elizabete Gurjão Leôncio Pinheiro
Ten. QOBM
Mat. 523.935-1

Chefe da 3ª Seção

Serviço Registral Marques Costa - IIª Ofício

Carolina Cristina Lima Marques

Atesto esta fotocópia reprodução fiel do original. Dou fé.

Serviço Registral Nº 63754-4/11

João Pessoa, 22.08.16

Assinada e autenticada em <https://pje.tjpb.jus.br>

AA192785

Fone: (83) 3243-9944 e-mail: registro@bombeiros.pb.gov.br CNPJ: 06.903.555/0001-01



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9944 / (83) 3218-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: capbph@bombeiros.pb.gov.br

EM BRANCO



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Edenilda S. de Araújo</u>			
IDADE: <u>97</u>		PRÉ-EXISTENTES: <u>NT</u>	
DATA DE ADMISSÃO: <u>20/06/16</u>	DATA DE ALTA: <u>13/07/16</u>	TEMPO DE INTERNAÇÃO: <u>23 dias</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fx colunas</u>			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>-</u>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS: <u>-</u>			
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx + Ex. físico</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>ho cirúrgico</u>			
TERAPIA MEDICAMENTOSA: <u>Bejalecuro</u>			
ANATOMIA PATOLÓGICA: <u>-</u>			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA: <u>-</u>			
CONDIÇÃO DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES
<u>Recebeu ST A.C. ; orientado a</u>	
<u>retorno p/ ambulatório</u>	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: <u>45</u>	
REPOUSO: Relativo em casa por <u>30</u> dias	
Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias	
Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>30</u> dias e com esforço maior em <u>30</u> dias	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a 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: <u>Bejalecuro</u>	

RETORNO	Ao posto de saúde em <u>30 dias</u> para retirada de pontos
	Ao Ambulatório do <u>30 dias</u> para revisão

DATA: <u>14/07/16</u>	ASS. <u>[assinatura]</u> CRM: <u>3</u>
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO	
TRABALHO. CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.	



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Edenilda S. de Araújo</u>		PRONTUÁRIO Nº	
DATA:	SEXO:	IDADE:	CLÍNICA:
			<u>97</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>20/06/16</u>		DATA DE ALTA: <u>13/07/16</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Ex. ulceras</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>-</u>		CID: <u>-</u>	
OUTROS DIAGNÓSTICOS: <u>-</u>			
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx + Ex. físico</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Exo curativo</u>			
TERAPIA FARMACOLÓGICA: <u>betadine</u>			
ANAMNESE PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		CORTA DE SANGUE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLÓGICO			
CONDIÇÃO DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO: <u>Reente 57 d.C.; orientado a</u> <u>retorno p/ ambulatório</u>			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA: <u>45</u>			
REPOUSO: Relativo em casa por <u>45</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico em <u>30</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>30</u> dias e com esforço maior em <u>30</u> dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>Lavá-la 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.</u>			
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Betadine</u>			
RETORNO: Ao posto de saúde em <u>30</u> dias para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>30</u> dias para revisão.			
DATA: <u>14/07/16</u>			
ASS. MÉDICO / CRM: <u>[Assinatura]</u>			
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:

Plt em AD 17 (OB) anestes
A T 12/16 7 capor (anest)

Incisão:

Longitudo lateral em
coluna (17)

Achados:

Fratura 12 Coluna (17)

Conduta:

- 1) Abertura da Placa
- 2) Redução da Fratura
- 3) Fixação da Placa e Parafusos
- 4) Sutura

Fechamento:

Woundy com

OBS:

sem intercorrências

Data:

09, 07, 18

MÉDICO/CRM

Dr. Alexandre de Almeida Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 100.000.000

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edinaldo Silva de Amorim</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>09/10/16</i>	Cirurgião: <i>Demétrio da Pa</i>		1º Assistente: <i>FIDIAS</i>		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de Coluna C6</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>0 nada</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>TNO ligamento de Pons</i>					
<i>Intubação de Pons e</i>					
<i>Ressecção</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Spital: Calcutta

Código:

Procedimento: Trat. di calcaneo

Cód. do Procedimento:

Paciente: Carvaldo Silva de Azevedo

Data da Cirurgia: 09/03/16

Prontuário Nº: 2016 05 1694

Convênio: 574

Cirurgião: T. J. M. J. J. J. J.

Código:

☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO		Nº	40	45	50				Valor Unt.	Valor Total
CORTICAL. 3.5mm		Qtd.	01	01	02					
		Cód.								
PARAFUSO		Nº								
		Qtd.								
CORTICAL. 4.5mm		Cód.								
PARAFUSO		Nº								
		Qtd.								
ESPONJOSO. 4.0mm		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								
		Qtd.								
MALEOLAR 4.5mm		Cód.								

Dr. Flávio de Almeida Ribeiro
Ortopedista - Traumatologista
CRM - 26.762

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

--	--

Nº do pedido: _____

FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME <i>Edvaldo Leite de Araujo</i>		DATA <i>09/07/11</i>	
ESTADO CIVIL <i>Solt.</i>	Cas. <input type="checkbox"/>	Viv. <input type="checkbox"/>	Desq. <input type="checkbox"/>
SEXO <i>Masc.</i>	Fem. <input type="checkbox"/>	COR <i>BR</i>	PO <input type="checkbox"/>
PT <input type="checkbox"/>	PROFISSÃO	IDADE	
ENDEREÇO <i>Av. (Rua)</i>			
HOSPITAL <i>Ortopedica</i>		CATEGORIA	
AIH <input type="checkbox"/>	CP <input type="checkbox"/>	MAT <input type="checkbox"/>	COD <input type="checkbox"/>
INSC <input type="checkbox"/>	GIH <input type="checkbox"/>	OUTRAS <input type="checkbox"/>	→
DIAGNÓSTICOS <i>fratura de calcâneo</i>			
OPERAÇÃO REALIZADA <i>trat. cir. de fratura de calcâneo</i>			
COIRUGIAO <i>Dr. Fomitelis</i>	AUXILIAR		
INICIO ANESTESIA <i>08:05</i>	TERMINO DA ANESTESIA <i>08:50</i>	DURAÇÃO DA ANESTESIA <i>45 min</i>	
CODIGO DO PROCED. <i>Atividade</i>	QUANT. DE US (PONTOS)	VALOR R\$	
CRM		CRM-PO	

HORA

AGENTE OR 83

CODIGO

ANESTESIA INTRATECAIS (A) PLEXO (P)
T. ARTERIAL CISTOLICA - DIASTOLICA (C)
RESPIRACAO (R) RESPIRACAO (R)
RESPIRACAO (R) RESPIRACAO (R)
INT. OROTRAQUEAL (I) INT. NASOTRAQUEAL (N)
ENTUBACAO (E)

PRESSÃO ARTERIAL 115/75
PULSO 75
RESPIRACAO 20 l/min
TEMPERATURA
PESO
GRUPO SANGÜÍNEO

EST. GERAL: BOM ☐ REGULAR ☒ MAU ☐ PÉSSIMO ☐
EXAMES COMPLEMENTARES OK
PRÉ-ANESTÉSICO ☒
EXAMES COMPLEMENTARES OK

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☒ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA
paciente sentado anestesia dorsal L3-L4, ag 26, paciente em posição de decúbito lateral, cabeça elevada 15°.

MEDICAMENTOS GASTRIS NO ATO ANESTÉSICO

OBSERVAÇÕES

1. O₂ 3l/min
2. cateter nasal O₂
3. fôse 20
4. Propofolam 5mg
5. etomidato 10mg
6. morfina 80mg
7. ropivacaina presc 15mg
8. rocurônio 20mg
9. etomidato 10mg
10.



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Edivalda Silva de Araújo</u>		Data da Admissão: <u>20 / 06 / 16</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1 / 1</u> / _____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1 / 1</u> / _____	
QPD: <u>Dor e edema em calcanhares esquerda</u>			
HDA: <u>Paciente relata de dor de modo crescente</u> <u>em dor e edema em calcanhares esquerda</u>			
<u>Dr. Tullio</u>			
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 Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] 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-reposso [] 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 [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♥ _____

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 calcâneo @*

Conduta: *- Solicito RC**- Interio para tratamento cirúrgico*

DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA
FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
6-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-29

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

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDIVALDO SILVA DE ARAUJO Num. de vezes atendido: 1
Mm. Prontuario: 2016.06.001697
CMU: SEM CNS 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
Tel/Doc. Responsavel: 0 / IDENTIDADE: 2187592
Procedencia: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Transporte utilizado: BOMBEIRO

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

Vitima de violência 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
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	
Queixa Principal		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Eduardo Nogueira Campos
MEDICO
CRM/PB 8780

Dr. Adilson Dias Trujano
Cirurgia Geral e Oncologia
CRM-PB 5399

Ortopedia

Recinto vítima de acidente automobilístico 10/3
envolvendo com ela e veículo em TAV ⑤.
Pulsos pedais presente

Dr. Ex. Parageto, para o pi

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horário	Evlucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

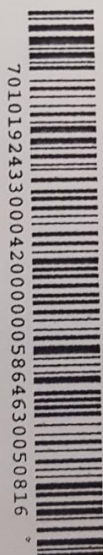


Banesse
Card

Quem usa se dá bem.



EDIVALDO SILVA DE ARAUJO
RUA MAESTRO HEITOR VILLA LOBOS 192
OITZEIRO
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