



Número: **0800936-60.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **28/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 12656.25**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ARTHUR ALVES DE MEDEIROS
AUTOR	ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA
ADVOGADO	ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
19551 813	28/02/2019 17:27	DOC PESSOAIS	Outros Documentos
19551 881	28/02/2019 17:27	B.O	Documento de Identificação
19551 824	28/02/2019 17:27	CARTA LÍDER	Outros Documentos
19551 800	28/02/2019 17:27	PROCURAÇÃO E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA	Outros Documentos
19551 720	28/02/2019 17:27	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Outros Documentos
19551 733	28/02/2019 17:27	DOC MÉDICOS Parte1	Outros Documentos
19551 745	28/02/2019 17:27	DOC MÉDICOS Parte2	Outros Documentos
19551 774	28/02/2019 17:27	DOC MÉDICOS Parte3	Outros Documentos
19551 787	28/02/2019 17:27	DOC VEÍCULO	Outros Documentos
19954 633	21/03/2019 11:30	Despacho	Despacho

PROCURAÇÃO "ad judícia"

Outorgante: Eu, Elinaldo Teixeira Nobrega

brasileiro(a), estado civil casado, profissão Procurador de Crendas,
nascido(a) em 24/03/1986, inscrito(a) no CPF sob o nº 059.613.774-58 e
RG nº 30.869.58, residente na Rua Suzenirza Imacio,
Bairro Nor Trapano, na cidade de Patos,
Estado Paraíba, CEP 58700 - 000, fone (83) 99999-9751,
e-mail _____

Outorgados: **ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 19.997, **ARTHUR ALVES DE MEDEIROS**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.763, ambos com escritório, endereço na Rua Paulo Mendes, nº 16, Centro, Cidade de Patos, Estado da Paraíba, CEP: 58.700-240, fone (83) 3421-7636 e **DEJAIR QUEIROZ DE ARAÚJO**, brasileiro, casado, acadêmico de direito, inscrito no RG sob o nº 58.354.94 e CPF sob o nº 041.095.504-32.

Poderes: Através do presente instrumento particular de mandato, o(a) **Outorgante** nomeia e constitui como seus procuradores os Outorgados, concedendo-lhes os poderes da **cláusula para o foro em geral (ad judícia) com poderes amplos**, gerais e ilimitados, podendo em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defenderem meus interesses, especialmente _____ para _____ proporem

Ação Indivisa de Cobrança de Indenização
Securitária DPVAT

a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal. Confere ainda os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, assinar termo de renúncia de valores excedentes à alçada do JEF e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier. **Não autorizo por este instrumento os advogados à sacarem valores em meu nome.**

Nesta data, em 15/10/2018.

Elinaldo Teixeira Nobrega

Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Glionaldo Teixeira Nobrega
brasileiro(a), estado civil casado, profissão promotor de vendas,
nascido(a) em 24/03/1988, inscrito(a) no CPF sob o nº 059.613.774-58 e
RG nº 30.804.58, residente na Rua Severino Inacio,
Bairro Nel Tugano, na cidade de Patos,
Estado Paraíba, CEP 58700 - 000, fone (88) 99994-9751,
e-mail _____ declaro sob as penas da lei que não
posso condições financeiras de arcar com os encargos processuais sem afetar o meu
sustento e o da minha própria família.

Por isso requeiro a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Gratuidade da Justiça,
para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente
assegurados.

Nesta data, em 15/10/2018.

Glionaldo Teixeira Nobrega

Declarante

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional de Polícia
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Plantão Centralizado de Patos/PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 4342/2017**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E SETE (27)** dias do mês de **SETEMBRO** do ano **DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **ELIONALDO TEIXEIRA NÓBREGA**, Brasileiro, RG 3086468 SSP/PB, CPF 059.613.774 58, Natural de Patos/PB, Nascido em 24/03/1986, Filho de Eliomar Teixeira Nóbrega e de Maria de Fátima Teixeira Nóbrega, Residente na rua Severino Inácio, 27, Noê Trajano, Patos/PB, Tel. (83) 9.9964 5456, a fim de notificar o seguinte:

Que, o (a) declarante estava em sua motocicleta, UMA(01) Moto HONDA/CG 150 TITAN KS, Placa: MMX 4264/PB, Chassi: 9C2KC08104R028876, Renavam: 00826508189, Ano: 2004/04, Cor: Vermelha, Licenciada em nome de seu irmão, o senhor Eliomar Umbelino Nóbrega Filho; Que o declarante estava em sua moto na rua João Gomes, Noê Trajano em Patos/PB quando colidiu com outra moto; Que o declarante afirma que após a colisão perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao chão; Que o declarante foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao HRP de Patos/PB; Que o declarante teve fraturas na mão e no punho esquerdo.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Elionaldo Teixeira Nóbrega
Patos/PB, 27 de setembro de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
Hermanto Barbosa Rodrigues
Mat.168.548-1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elionar Umbelino Nobrega Filho,
RG nº 3.086.492, data de expedição 29/04/2014
Órgão SSP - PB, portador do CPF nº 058.899.989-79, com
domicílio na cidade de Patos, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Severina Inacio - Nã Trajano, nº 40,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Edionaldo Teixeira Nobrega, cujo o condutor é a
Edionaldo Teixeira Nobrega

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA / CG 150 TITAN KS
Ano: 2004 / 2004
Placa: MMX 4264 / PB
Chassi: 9C2KCD4104RD28876
Data do Acidente: 10.07.2014
Local e Data: Patos - PB ; 12 / julho / 2014

Elionar Umbelino Nobrega Filho
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
ELIONAR UMBELINO NOBREGA FILHO
Em test. da verdade: Patos-PB, 12/07/2014, 09:21:39
VILMA DE LUCENA NOVAIS - ESCRITURARIA
(2017-014480) TEMA: R\$ 49,23 FAREN: R\$ 0,27 FERNAN: L, 85-1552
SELO DIGITAL: AFL08674-603Z
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





(1)



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)

(/Pages/Atalhos-
deMO PEDIR INDENIZAÇÃO
Teclado.aspx)

Documentos Despesas Médicas

(/Pages/Documentacao-
Despesas-Medicinas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente

(/Pages/Documentacao-
Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte

(/Pages/Documentacao-
Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(/Pages/Dicas-Indispensaveis-
Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento, prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega

SINISTRO 3180516791 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

COBERTURA Invalidez

PUNTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Pr

BENEFICIÁRIO ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

CPF/CNPJ: 05961377458

Posição em 14-01-2019 12:37:01

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor do processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/12/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/11/2018	Interrupção de Prazo	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKX5p1WvwEaU1+)
07/11/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKX5p1WvwEaU1+)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Salva-
como-pagar.aspx)Consulta a Pagamentos
Efetuados (/Pages/Consulta-a-
Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-

dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?

id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA
 RUA SEVERINO INACIO, 27 - CUNDETRAJANO
 PATOS/PB CEP: 58705350 (AG 1-19)

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO Br230, Km25 - Gsto Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
 Roteiro: 8 - 118 - 300 - 5100 Referência: Mai / 2017
 Nº medidor: 00001342298 Emissão: 15/05/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000.595.735
 Código para Débito Automático: 00010963619

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1096361-9**
 Canal de contato

Mai / 2017

Apresentação

15/05/2017

Data prevista da próxima leitura

13/06/2017

CPF/CNPJ/RANI
 5981377458
 Insc. Est.

Faturas em atraso

Histórico de Consumo (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Abr/17	183
Mar/17	198
Fev/17	178
Jan/17	170
Nov/16	180
Out/16	180
Set/16	180
Agv/16	173
Jul/16	193
Jun/16	185
Mai/16	171

Média dos últimos meses
 171

RECEBEMOS

a221.e0ce.08d9.c471.94d4.b824.07d3.b672.

Indicadores de Qualidade 3/2017 - Patos

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA
DIC ANUAL	0,00	LIMITE INFERIOR
DIC MENSAL	0,00	LIMITE SUPERIOR
DIC TRIMESTRAL	0,00	
DIC ANUAL	0,00	
DIC MENSAL	0,00	
DIC TRIMESTRAL	0,00	
DIC ANUAL	0,00	

composição do valor total de sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Util. da Energia/PB	31,51	21,51
Compra de Energia	41,58	28,39
Serviço de Faturamento	11,11	7,45
Encargos Setoriais	11,11	7,45
Impostos, Oribtos e Encargos	50,00	33,59
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	143,25	100,00

Valor em EURO (Ref. 3/2017) R\$ 36,84

ATENÇÃO



PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



**SAMU
192**

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 05303

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA 10-07-2017	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO Helianaldo Teixeira Nobrega	IDADE 31	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA R. João Gomes		BAIRRO Nº 1 Inajá	MÉDICO REGULADOR Lucy Eduardo	
APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP RESPONSÁVEL: Dr. Helio Gregório de Azevedo FUNÇÃO: Cirurgião Geral

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES ☐ OUTRO:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

queda de moto / possível luxação em punho (E) e patela (D).

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☒ <90mm Hg

100 x 60 FC: FR: 80 - TEMP.: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 98 SpO2 / O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☒ Desequilíbrio Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

paciente 31 anos, vitima de queda de moto. encontrado fora do local do acidente, consciente, orientado, suprimido dor em patela de ME e punho de ME. Sob reg. medica: Realizado imobilização completa e encaminhado ao HRP.

E.C.G.:
☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OTOTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CR: OTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRACÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

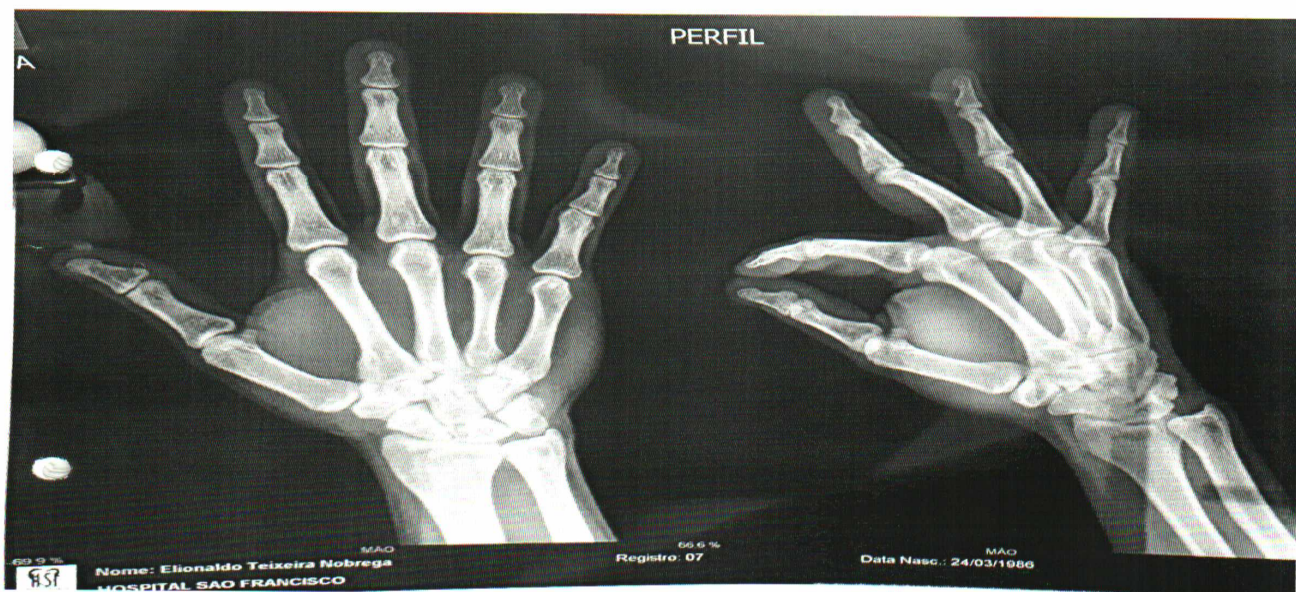
ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____

ENFERMEIRO(A): Yana COREN: 305139 MAT.: _____

AYX. TÉCNICO DE ENFERM.: Jordânia COREN: _____ MAT.: _____



Scanned by CamScanner



GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



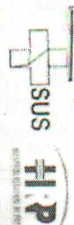
Enfermeiro
no 3100

foi em 17/07/12
no nível do pump
Esquela de 10/07/12

estando em
boa saúde

26/07/12
SÍDIO GUY W. ARAÚJO
CRM 13227 - R. 13227
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CNPJ 07.991.017/0001

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2606473 CNPJ: 08.778.268/002376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, SN

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRÁNSITO (MOTO)

Paciente: ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA

Mãe: MARIA DE FÁTIMA TEIXEIRA NOBREGA

Nascimento: 24/3/1986 Idade: 31 Cor: PARDASexo: M

Profissão: PROMOTOR DE VENDAS

Endereço: SEVERINO INACIO

Bairro: CONJUNTO NOE TRIUNFO

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510833

CNS: 201-2260-5041-0002 Identidade: 3086453 SSP PB

CPF: 10/72017 12-3644 Reg. Nasc.: ANDREA

Data / Hora: 10/7/2017 12:36:44 Fichs Númer: 213198

PESO: PA: TEMP: 97265

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Exame de fundo de olho
Exame de fundo de olho
Exame de fundo de olho

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

Painel 10 x 80 do 13:00

MATERIAS - MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRÁFEGO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENCAMINHAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10: 92.00-3

ENCAMINHAMENTO

01 - PRESCRITA

02 - OBSERVAÇÃO

03 - OUTRO HOSPITAL

04 - OBITO

05 - OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0408020172
2.	
3.	

Ass. dos profissionais assistentes - catibidos

FRANCISCA SOUZA MELO SANTOS - 22457-23456

ASS. PACIENTE / ADMINISTRANTE OU RESPONSÁVEL

Polígar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - catibido

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - catibido



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

ORTOP.

NOME: <u>Francisco J. Nogueira</u>	
DA CLÍNICA <u>C. B. 2</u>	ENFERMARIA <u> </u>
A CLÍNICA <u>CRTC</u>	LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <small>(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)</small>	
<u>Fratura de tíbia</u>	
DATA <u>10.7.17</u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u> </u>
PARECER: <u>Ponto de foto hoje.</u>	
<u>Dor em m. e P. 10 E</u>	
<u>Ad ex: edema Reg. 7.º m.</u>	
<u>dor palp. tubérculo escrofula, trocântero</u>	
<u>ad m. ponto ④, ⑤ doloroso</u>	
<u>HO: Fx. um. corpo.</u>	
<u>CO: Ret. 2 cm.</u>	
<u>Medicação,</u>	
<u>→ Gesso duro. para um. corpo</u>	
<u>A.M.</u>	
DATA <u>10.7.17</u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u> </u>

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10932 TEOT 15149

MAIOR

ORTOPEDIA - REUMATOLOGIA - ACUPUNTURA MÉDICA

ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPEDIA
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCOPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLOGIA
- Raios X
- TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- PILATES
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATACÃO INFANTIL
- NATACÃO BABY
- NATACÃO ADULTO
- ERGOESPIROMETRIA (VO₂)

ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO

ACADEMIA DE MUSCULAÇÃO



Dra. Gertrudes M. Medeiros Nobrega e Souza
CRM 5471

ACUPUNTURA / REUMATOLOGIA

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza
CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia - Cirurgia do Joelho
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

Laudo médico

Pedro para a dor nos pés que
o Sr. Orlando Teixeira Nobrega
deu entrada no Hospital Regional
de Pôrto em 10 de julho de 2019
vítima de acidente de moto com
diagnóstico de fratura do escafóide
punho esquerdo (CID 562.0)
sendo tratado conservadoramente
em imobilização gessada. Atualmente
70% da força em mão esquerda
com sequelas definitivas de
mão inal

CID: T92.2

Pôrto, 19 de outubro de 2019

Dr. Fábio de M. Ara Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5470

Rua Nilo Peçanha, 636 - Prata - C. Grande - PB - 83 3341.4976 | 3341.8700 | @MAIORCG (83) 99144.7644 @maiorcg



**Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Mista de Patos**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800936-60.2019.8.15.0251

DESPACHO

Vistos.

Pelo que consta da inicial em análise singela, vê-se que preenche os requisitos do arts. 319 e 320, do CPC/2015, não sendo caso de emenda ou indeferimento, reclamando, portanto, a continuidade do feito.

Defiro ao(à) promovente a gratuidade da justiça, em face da inexistência de fundadas razões para o indeferimento do benefício (Lei 1.060/50, art. 5º; NCPC, art. 99, §§ 2º e 3º), esclarecendo que ele compreende todos os atos do processo até decisão final do litígio, em todas as instâncias (Lei 1.060/50, art. 9º, c/c NCPC, art. 98, § 1º).

Deixo de designar audiência de conciliação em face de ser improvável uma composição.

Cite-se a promovida para apresentar resposta, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias.

Após, intime-se a parte autora para **se manifestar sobre as preliminares e os documentos eventualmente apresentados pela parte ré e, considerando a necessidade premente de avaliação médica para averiguar o grau das lesões sofridas, aguarde a designação de mutirão de perícias DPVAT desta 5ª Vara.**

Patos/PB, 21 de março de 2019

Luiz Gonzaga Pereira de Melo Filho

JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA

