



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00006.01.2018.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00006.01.2018.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:21 horas do dia 08 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Gilson Oliveira Eugenio**, conhecido(a) por Eugenio, CNH nº 05184961505, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Verônica Cruz de Oliveira e Gidelio Francisco Eugenio, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/04/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Brasil, Nº 64, complemento casa, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Comunidade Novo Horizonte, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98682-2905.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 125 FAN, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor preta, ano 2015, chassi 9C2JC4110FR302470, renavam 01053387315

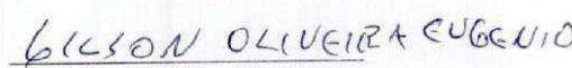
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 02 de junho do ano próximo passado, quando se conduzia em sua moto já discriminada, precisamente, no cruzamento das avenidas Elias Cavalcante de Albuquerque e José Francisco da Silva, por volta das 19:30 horas aproximadamente, foi alvo de colisão por parte de um veículo de placas e Condutor não identificado, conseqüentemente, foi alvo de fratura no pé esquerdo, atingindo Tíbia e Fíbula, conforme prontuário Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de janeiro de 2018.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia

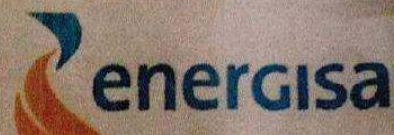

GILSON OLIVEIRA EUGENIO
Noticiante

Procedimento Policial: 00006.01.2018.1.02.008

1/1



LUANA MARIA DA SILVA
AV BRASIL, 64 - CRISTO REDENTOR
JOAO PESSOA / PB CEP: 58070-250 (AG. 1)



Emissao: 23/11/2017 Referencia: Nov / 2017

Classe/Subcls. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

Roteiro: 13 - 2 - 554 - 4980

Nº medidor: 00008203148

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.991.969

Cód. para Déb. Automático: 00006118095

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Conta referente a

Nov / 2017

Apresentação

23/11/2017

Data prevista da
próxima leitura

21/12/2017

CNPJ 09.095.183

8128344455

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/611809-5

Canal de contato

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: CLARA PEREIRA GERONIMO - 16/07/2018 18:37:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18071618332793800000014999893>

Número do documento: 18071618332793800000014999893

Num. 15379098 - Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

LACR
00422004801

DETRAN - PB

Nº 013747901327

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0105338731-5 RNTRO 00/00000000 EXENCIO 2017

NOME
GILSON OLIVEIRA EUGENIO

CPT / CNPJ
07531587440

PLACA
GPH3646/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9C2JCA110FR302470

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB
2015

ANO MOD
2015

CAP / POT / CIL
2 P/124 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

I P V A	COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
			00/00/0000	1º
	FAIXA IPVA *****	PARCELAMENTO / COTAS		2º
		0		3º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

15/09/2017

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

0

LOCAL
JOAO PESSOA-PB

DATA

15/09/2017

14265



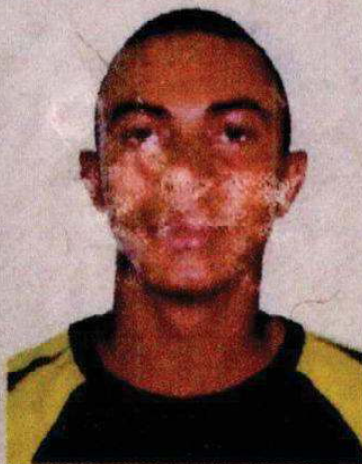
Assinado

894150



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GILSON OLIVEIRA EUGENIO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF

3221092

SSP

PB

CPF
075.315.874-40

DATA NASCIMENTO
10/04/1988

FILIAÇÃO

GILDELIO FRANCISCO
EUGENIO
VERONICA CRUZ DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

05184961505

VALIDADE

11/11/2018

1ª HABILITAÇÃO

15/04/2011

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

Gilson Oliveira Eugênio

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

27/12/2013

Rodrigo Cunha/ho

ASSINATURA DO EMISSOR

91641472418

PB027434907

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
881636425

PROIBIDO PLASTIFICAR

881636425

Scanned by CamScanner



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Gilson Oliveira Eugenio, brasileiro, casado,
autônomo, inscrito sob RG n. 3.921.692, SSP/PB e CPF
075.315.874-40, residente e domiciliado(a) Av. Brasil,
64, complemento Casa Cristo, João Pessoa - PB, Cep:
58.070-250

OUTORGADO: **CLARA PEREIRA GERÔNIMO**, brasileira, casada, advogada,
inscrita na OAB-PB n. 24.445, com endereço profissional na Av. Manoel
Deodata, n. 175, Torre, João Pessoa-PB.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado
amplos poderes para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do
Código de Processo Civil, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer
Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações
competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final
decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda,
poderes especiais para, confessar, e conhecer a procedência do pedido,
desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar
compromissos ou acordos, receber e dar quitação de Alvará, podendo agir em
Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem
reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o
substabelecido, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas
privadas, **firmar declaração de pobreza, segundo Lei 1.060/60.**

João Pessoa/PB, 09 de julho de 2018.

GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Outorgante



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 34385

Atd: Nao Regular

Data: 02/06/2017

Hora: 20:07:13

Recepcionista: MARILENE AUGUSTO FERN

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Num. Prontuario: 2017.06.000242

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3221092 Fone: 32235523

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/04/1988 Id: 29 ano(s)

End.: AV. BRASIL, 00

Bairro: CRISTO REDENTOR Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: VERONICA CRUZ DE OLIVEIRA

Pai: GILDELIO FRANCISCO EUGENIO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OFFICE-BOY

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: CARLOS ANTONIO - AMIGO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: RUA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COL. MOTO C/ CARRO AS 19:30

Vitima de violência por: PX POSTO DE GASOLININA IPIRANGA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

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

SARU/PACOTAGAO

travando os tornozelos (D) acidente de
moto (SIC). Dor e edema no tornozelo (D)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Rx tornozelo (D) APE perit

Diagnostico Fratura bilateral
tornozelos (D)

Conduta Intensa
fala Sota

Prescrição

Horario da medicacao



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Silvion Shuman</i>		PRONTUÁRIO Nº	
USAR	SEXO <i>M</i>	CCR <i>P</i>	CLÍNICA <i>OSP</i>
DATA DE ADMISSÃO <i>20/11/14</i>		DATA DE ALTA <i>29/11/14</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
PRINCIPAIS EXAMES			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO F.O.	☒ SIM	☐ NÃO	COLETA DE MATERIAL
RESULTADO BACTERIOLOGIA			☐ SIM ☒ NÃO
CONDIÇÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVEDO	A PEDIDO
			CURADO
			ÓBITO

RESUMO CLÍNICO

HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES.

From the medical records indicate
Cen. 1/25/68 after the surgery

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: _____

REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ 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: _____

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

RETORNO

Ao posto de saúde em _____
Ao Ambulatório do _____

para retirada de pontos
em 30 dias para revisão.

29 W/1

ASS. MÉDICO CRM

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

Dr. Jan Bartholomäus F. Rink
Otolaryngologie
CR4-15.18





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

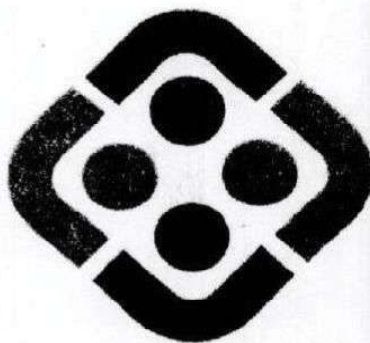
NOME	GILSON OLIVIERA FUGNINI		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	LEITO
DATA DE ADMISSÃO	02/06/17	DATA DE ALTA	21/06/17	TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura do Tornozelo			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES	RADIOGRÁFIA EXAMES FÍSICOS			
PROCEDIMENTO REALIZADO	Tratamento cirúrgico da fratura do tornozelo			
TERAPIA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO F.O.	☐ SIM	☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM ☒ NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÃO DE ALTA	☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO ☐ ÓBITO
RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES			
Paciente admitido a TTE para tratamento da fratura do tornozelo com oclusão externa.				
OBSERVAÇÃO				
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA				
DIETA:	Liquida			
REPOUSO:	Relativo em casa por 30 dias 45 dias			
	Retorno às atividades sem esforço físico em 60 dias e com esforço maior em 90 dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar 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: Cafener e Diclofenaco.				
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos			
	Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.			
DATA	21/06/17			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar				
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				

Scanned by CamScanner



FATURADO

MINISTÉRIO DA
SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



G-H
ex 1

**Complexo Hospitalar
MANGABEIRA**

GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

PRONTUÁRIO

Nº:

2017060242

SISTEMA
INTEGRAMADO
VISTO

NOME DO PACIENTE:

GILSON OLIVEIRA EUGÊNIO

ENFERMARIA:

24

LEITO:

405



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

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



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtda	Medicamentos	Dose	Horario	Resolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Julia Oliveira Euceno Data da Admissão: 02/08/14
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Cidade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Sexo: F () M (). Cor: _____ Data de Nascimento: 11/11/1988
Escolaridade: _____
QPD: Doença de origem desconhecida
HDA: BOA parte do corpo que do lado direito
permanecendo da dor e edema
em 7/8 da cintura e dor
no tronco, CC, Ombros
superiores
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudores
☐ 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
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náusea
☐ 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-reposou ☐ Deformidade
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos
SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. DD + Anestesia + CLG
2. Incisão linear
3. Desbridamento do lado do furo
4. Furo do lado linear y 1

Incisão:

5. Ponto linear + 1 suture
6. Ponto linear 3 0
7. Incisão linear

Achados:

8. Furo do lado linear linear
9. Furo y 3 Ponto linear
10. Ponto linear em 1 lado y 1 suture
10. Anestesia linear y 1 suture

Conduta:

→ Furo em Contato com Ponto

[Assinatura]
Dr. Cláudio Gerônimo
CRM 10.000.000-0

Fechamento:

OBS:

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

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





PRONT:



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Ismael Oliveira Leal</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Roberto Mulas</i>			1º Assistente: <i>Roberto Mulas</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de TVZ (E)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura de TVZ (E)</i>					
<i>FLUTUAS</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Desbridamento e limpeza</i>					
<i>TVZ (E)</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					

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



Assinado eletronicamente por: CLARA PEREIRA GERONIMO - 16/07/2018 18:37:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18071618354646300000014999951>

Número do documento: 18071618354646300000014999951

FORMULÁRIO DE ANESTESIA

		Hospital Mangabeira RUA JOSE DE ALMEIDA, 100 - JARDIM SÃO CARLOS 01308-000 - SÃO PAULO - SP		HOSPITAL ORLÃO DE SAUDE		FORMULÁRIO	
NOME <i>Guilherme Oliveira</i>		DATA <i>20/6/17</i>		IDADE <i>29</i>		PROFISSÃO	
ESTADO CIVIL <i>Solt.</i>		SEXO <i>Masc.</i>		COR <i>BR</i>		PO <i>PT</i>	
ENDEREÇO <i>Av. (Rua)</i>		HOSPITAL <i>Mangabeira</i>		CATEGORIA		OUTRAS	
AIH <i>CP</i>		MAT <i>COD</i>		INSC <i>GIH</i>		OUTRAS	
DIAGNÓSTICOS <i>Fratura de fêmur esquerdo</i>		OPERAÇÃO REALIZADA <i>Trat. cirúrgico e fixação</i>		AUXILIAR <i>Comule</i>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <i>1h 15m</i>	
CIRURGIÃO <i>Raul</i>		INÍCIO ANESTESIA <i>8:45h</i>		TÉRMINO DA ANESTESIA <i>12:00h</i>		VALOR R\$	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE US (PONTOS)		CRM-PB		CPF	
<i>Comule Nobre</i>		CPF		CRM-PB		CPF	

CODIGO DO PROCEDIMENTO

Código Nabrapo **CPF**

HORA

AGENTE

CÓDIGOS

- () ANESTESIA (X) CIRURGIA (X) PIEL SO ()
- T. ARTERIAL (SISTOLICA - DIASTOLICA) (X)
- RESPIRAÇÃO (O) RESP COPISTÂNIA (RE)
- RESP ASSISTIDA (RA) RESP EXPONTRÁQUEAL (ENT)
- ENT. OROTRAQUEAL (EOT) ENT. NASOTRAQUEAL (ENT)
- ENTUBAÇÃO (EXT)

PRESSÃO ARTERIAL

PULSO 80 bpm

RESPIRAÇÃO amb

TEMPERATURA

PESO

GRUPO SANGÜÍNO

RISCO CIRÚRGICO BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐

EXAMES COMPLEMENTARES

PRÉ ANESTÉSICO ASA II / Recota jejum / Não alonga

EXAMES COMPLEMENTARES

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

TÉCNICA técnica asséptica pele antecio, pr. única medicação adormecedor L/LC

MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

1 <u>Diamorfil 2,0mg</u>	6 <u>Nauseobon 8mg</u>
2 <u>Fentanyl 2,0mg</u>	7 <u>Decuron 4mg</u>
3 <u>Dilaudid 0,2mg/ml 80mg</u>	8 <u>Tiletal 40mg</u>
4 <u>Atropina pos 0,5% 15mg</u>	9
5 <u>Decuron 20g</u>	10

OBSERVAÇÕES s/ intercorrências ASRPA vent expir er amb

PA = 120x80 FC = 80pm SP2 e 99%

Assinatura de F.N. Portela
CRM-PE 3917



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Tórax (E) Edemaciado 4x4+
grandes fleturas lat. e medial

⇒ Desbridamento + limpeza

Achados:

exostose com sangramento
e 25-30%

Conduta:

⇒ Tolo hptc

⇒ sem sutura

Preso R. Alencar
com 600

Fechamento:

OBS:

Data: ___/___/___

MÉDICO/CRM

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





EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Wilson Oliveira DATA: 05/06/2017
 HORA: 18:30 ORTOPEDIA () CIR. GERAL () BMF () OUTROS ()
 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Teste Clínico de Mangabeira
Subtotal + Limpeza

SINAIS VITAIS

T: 36.1 °C PULSO: 73 bpm FR: 18 rpm FC: 98 bpm SpO₂: 98 %
 P.A.: 93/61/73 mmHg EtCO₂: 35 mmHg

EXAME GERAL

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

(☒) Consciente () Orientado () Acordado () Desorientado
 () Torporoso () Comatoso () Agitado () Sedado
 () Inquieto () Depressivo () Choroso () Outros

B) PELE E MUCOSAS

(☒) Normocorada () Desidratada () Cianótica () Pálida
 () Sudorese () Prurido () Lesões () Manchas
 () Higiene Satisfatória () Higiene Deficiente

C) SISTEMA CARDIOVASCULAR

() Hipertensão () Afebril () Febril () Taquicardia
 () Bradicardia () Hipotensão () Arritmia () Pulsos Palpáveis
 () Chocado () Acesso Central () BIC () Flebotomia

D) SISTEMA RESPIRATÓRIO

(☒) Eupneico () Dispneia () Taquipneia () Bradipneia
 () Uso de O₂ por Cateter/cânula () Intubado () Ventilação Mecânica

E) SISTEMA GASTROINTESTINAL

(☒) Jejum () Dieta Livre () Dieta Líquida () Dieta Pastosa
 () SNG () Dieta por SNG () Vômitos () Náuseas () Abdome distendido
 () Abdome flácido () Abdome globoso () Abdome plano () Evacuações presentes
 () Evacuações Ausentes

F) SISTEMA GENITOURINÁRIO

(☒) Diurese espontânea () SVF () SVA () Disúria () Hematúria () Piúria
 () Colúria () Cistostomia () Sem Débito Urinário
 Débito Urinário de ml

G) SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO

() Deambulando () Deambula c/ dificuldade () Deambula c/ auxílio
 () Acamado () Amputações () Deformidades () Paraplegia () Tetraplegia



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: Ortopedia de Maringá Código: _____
 Procedimento: trat. cirúrgico fratura Cód. do Procedimento: _____
 Paciente: Edson Oliveira Eugênio Convênio: _____
 Data da Cirurgia: 20/06/17 Prontuário Nº: 2017.06.0742
 Cirurgião: P. R. R. R. R. R. Coódogo: _____
☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
01	Placa 3.5			
01	Placa 3.5			
02	Parafuso cortical nº 4.6			
01	" " " 5.0			
01	Aríndia 3.5			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

	Nº	Qtd.	Cód.	Valor Unt.	Valor Total
PARAFUSO CORTICAL 3.5mm	Nº	Qtd.	Cód.		
PARAFUSO CORTICAL 4.5mm	Nº	Qtd.	Cód.		
PARAFUSO ESPONJOSO 4.0mm	Nº	Qtd.	Cód.		
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5mm	Nº	Qtd.	Cód.		
ESP. R/16 CURTA	Nº	Qtd.	Cód.		
PARAFUSO ESPONJOSO 6.5mm	Nº	Qtd.	Cód.		
ESP. R/32 LONGA	Nº	Qtd.	Cód.		
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Nº	Qtd.	Cód.		

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: _____



	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY		2 - CNES 2 3 9 9 6 2 8	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY		4 - CNES 2 3 9 9 6 2 8	
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Gabriel Oliveira Eugênio		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 10 - NOME DA MÃE		8 - DATA DE NASCIMENTO 9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3	
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QTDE	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTDE	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTDE	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
cx313 os placa ALP com 07ms os parafuso cost com n. 14-01; 16-02; 50-01 os preucela			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTESE / PRÓTESE

Nome do Paciente: Gilson Oliveira Idade: _____
☒ Paciente Interno Enfermaria: 24 Leito: 405 Data: 15/06/17
☐ Paciente Externo RG: _____ CPF: _____ Fone: _____

Diagnóstico: PNZ. D

Material Especial: - cano 35

Justificativa Médica da Solicitação do Material:

Material necessário para cirurgia

Dr. André Luis Siqueira
Oncologista Radioterápico
CRM: 62019-8/06207 TEOT 11797

Parecer do Coordenador do Serviço: _____

Assinatura e Carimbo

Parecer da Direção Técnica: _____

Assinatura e Carimbo

1ª Via: Prontuário

2ª Via: Farmácia

3ª Via: Direção Administrativa

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



Assinado eletronicamente por: CLARA PEREIRA GERONIMO - 16/07/2018 18:37:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18071618360602500000014999959>

Número do documento: 18071618360602500000014999959

Número do Laudo 73347807

Unidade Solicitante complexo hospitalar de mangabeira gov tarcision burity

Unidade Executante complexo hospitalar de mangabeira gov tarcision burity

Data/Hora de Solicitação 03/06/2017 0:14

Atendente Solicitante Alexandre Magno Freire da Silva

Data/Hora da Regulação 03/06/2017 0:18

Profissional Regulador Manoel Angelo Filho cpf: 13315331472

Situação Autorizada em andamento

Alta Data de Registro

Motivo

Data Prevista 06/06/2017

Data/Hora de Internação 03/06/2017 0:25

Profissional Registro da Internação Alexandre Magno Freire da Silva

Paciente Código 899999167705024

Nome GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Nome da Mãe VERONICA CRUZ DE OLIVEIRA

Data de Nascimento 10/04/1988

Unidade Emissora do Laudo complexo hospitalar de mangabeira gov tarcision burity

Profissional Emissor do Laudo Nome fidias gomes ferreira borborema

CPF 02260017410

Caráter da Internação 2- Urgência

Clinica Clínica cirúrgica: Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia

Procedimento Solicitado Código 0408050578

Nome tratamento cirurgico de fratura do tornozelo unimaleolar

Procedimento Realizado Código 0408050578

Nome tratamento cirurgico de fratura do tornozelo unimaleolar

Diagnóstico Inicial Código S826

Descrição fratura do maleolo lateral

Diagnóstico Principal Código -

Descrição -

Diagnóstico Secundário Código -

Descrição -

Principais Resultados e Provas EXAME FISICO E RX. SOLICITO LEITO EXTRA

Diagnósticos

Procedimentos

Especiais

Registrados

Classificação / Subclassificação do Leito Ocupado Leito Cirúrgico: Ortopedia/Traumatologia / Misto

03/06/2017 00:30



04/10/17	Oncoepid. Fr. + de TVZ Baixa de clonagem Ag. onco
	João Pessoa - Paraíba Oncoepid. Fr. + de TVZ CRIM. 1042
05/10/17	⇒ E. O. 4+1/4+ TVZ (E) ⇒ grandes pleocitos TVZ (E) ⇒ Desbrincamento e limpeza exatista.
	Pseudo P. Mucosa LDA 6/10
09/10/17	Oncoepid. At. oncoepid. P. O. 1/10 O. 1/10
	Dr. André Luís Siqueira Oncoepid. Fr. + de TVZ CRIM. 1042
09/10/2017	LC DPO LC tumor Frente euf. ext. Mark. evolutivos específicos - Mark. evolutivos. Assunto condutiva pelle.



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12383567

A/C: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Nº Sinistro: 3180028895
Vitima: GILSON OLIVEIRA EUGENIO
Data do Acidente: 02/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GILSON OLIVEIRA EUGENIO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000096710-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01659/01660 - carta_15R - INVALIDEZ

00020830





Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Regional de Mangabeira

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0805790-16.2018.8.15.2003

DECISÃO

Da análise dos autos, verifica-se que a presente demanda foi ajuizado no foro do domicílio do autor.

Acontece, porém, que o promovente reside no bairro Cristo Redentor, o qual não se insere na competência territorial do Foro Regional de Mangabeira desta Comarca, fixada pela Resolução nº 55 do TJPB, portanto, a presente demanda não poderia ter sido distribuída para esta vara.

É sabido que a competência, sendo absoluta, não pode ser prorrogada neste juízo que, funcionalmente, é absolutamente incompetente, motivo pelo qual deve ser examinada *ex officio*, pelo juiz.

Ante o exposto, não estando o bairro **(Cristo Redentor)** do autor inserido no rol dos bairros sob a jurisdição deste Foro Regional, nos termos da Resolução nº 55/TJPB, reconheço a **incompetência** absoluta deste juízo, e determino sejam os autos remetidos à Distribuição do Fórum Cível da Capital, para o devido sorteio.

Intime-se a parte autora desta decisão e, imediatamente após, remetam-se os autos conforme determinado .

JOÃO PESSOA, 18 de julho de 2018.

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
4ª Vara Regional de Mangabeira

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0805790-16.2018.8.15.2003

DECISÃO

Da análise dos autos, verifica-se que a presente demanda foi ajuizado no foro do domicílio do autor.

Acontece, porém, que o promovente reside no bairro Cristo Redentor, o qual não se insere na competência territorial do Foro Regional de Mangabeira desta Comarca, fixada pela Resolução nº 55 do TJPB, portanto, a presente demanda não poderia ter sido distribuída para esta vara.

É sabido que a competência, sendo absoluta, não pode ser prorrogada neste juízo que, funcionalmente, é absolutamente incompetente, motivo pelo qual deve ser examinada *ex officio*, pelo juiz.

Ante o exposto, não estando o bairro **(Cristo Redentor)** do autor inserido no rol dos bairros sob a jurisdição deste Foro Regional, nos termos da Resolução nº 55/TJPB, reconheço a **incompetência** absoluta deste juízo, e determino sejam os autos remetidos à Distribuição do Fórum Cível da Capital, para o devido sorteio.

Intime-se a parte autora desta decisão e, imediatamente após, remetam-se os autos conforme determinado .

JOÃO PESSOA, 18 de julho de 2018.

Juiz(a) de Direito





**Poder Judiciário da Paraíba
6ª Vara Cível da Capital**

[ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA, ACIDENTE DE TRÂNSITO] 0805790-16.2018.8.15.2003

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade da justiça, com fundamento na alegação de insuficiência de recursos para pagar as despesas processuais/custas, constante da petição inicial, nos termos do que dispõem os arts. 98 e 99, § 3º, do CPC/2015.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócua. A experiência prática demonstra que nas ações em que se busca o pagamento do seguro obrigatório DPVAT, como é o caso, tentativas de acordo somente são viabilizadas em momento processual posterior a realização de prova pericial para apuração da debilidade alegada pelo Autor, razão pela qual torna-se infrutífera a designação de sessão para tentativa conciliatória.

Dessa forma, **deixo de agendar audiência de conciliação.**

Assim, **cite-se** a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344 do CPC/2015.

Contestada a ação, **intime-se** a parte Promovente para, em 15 (quinze) dias, querendo, apresentar réplica à contestação, nos termos do art. 351 do CPC/2015.

Por fim, **agende-se audiência para realização de perícia.**

Ultimadas as providências anteriores, retornem-me os autos conclusos.



João Pessoa – PB, data e assinatura digitais.

Ana Amélia Andrade Alecrim Câmara

Juíza de Direito

