



PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

OUTORGANTE: **ADEMILSON LUIZ DA SILVA**, brasileiro, Solteiro, Comerciante, portador da Cédula de Identidade nº 1.523.471 SSP/PB, inscrito no CPF nº: 738.799.914-72, Residente e domiciliado na Rua Fernando Valter de Oliveira, Nº 168, Padre Zé, João Pessoa/PB. Cep:58026-040. Fone: (83) 998650-8289

OUTORGADO: **GERSON LUCIANO SANTOS NETTO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 24.614, ambos com endereço profissional na **Rua: professora Corina Maria Rabelo, nº 28 Bairro José Américo de Almeida -, na Cidade de João Pessoa/PB, 986434993.**

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei n.º 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

CONTRATO: O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de **30%**, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

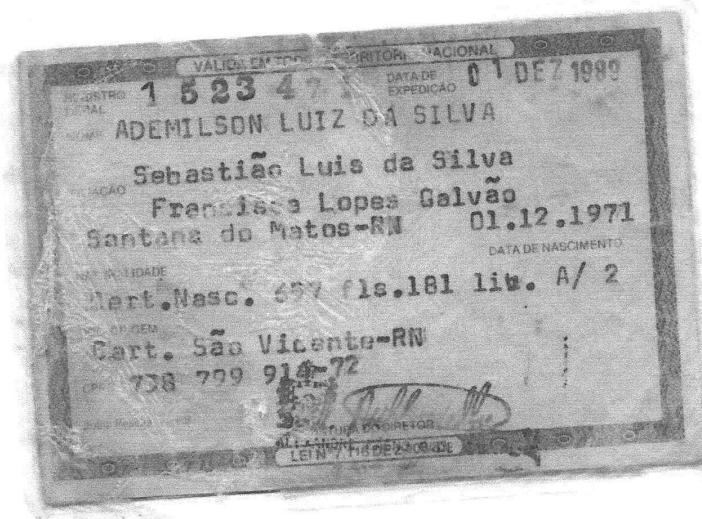
A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

João Pessoa/PB, 30 de Maio de 2019.

Outorgante/Declarante

✓





Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 21/08/2019 21:14:26
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082121142459900000022990676
Número do documento: 19082121142459900000022990676

Num. 23726452 - Pág. 1

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolígrafo para simples pagamento da nota fiscal/cópia da energia elétrica - Nº 024.595.420



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

ADEMILSON LUIZ DA SILVA
RUA FERNANDO WALTER DE OLIVEIRA 168
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/152375-2

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

09/05/2019

CONSUMO

144

VENCIMENTO

16/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 131,51

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AZUL

ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Roteiro: 05-001-328-2860

83650000001-0 31510149000-3 01523752019-0 05900001019-5



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/05/2019	R\$ 131,51	152375-2019-05-9



Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 21/08/2019 21:14:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082121142459900000022990676>
Número do documento: 19082121142459900000022990676

Num. 23726452 - Pág. 2

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 05210.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05210.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:59 horas do dia 15 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Ademilson Luiz da Silva, CPF nº 738.799.914-72, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Comerciante, filho(a) de Francisca Lopes Galvão e Sebastião Luiz da Silva, natural de Santana do Matos/RN, nascido(a) em 01/12/1971 (47 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Fernando Valter de Oliveira, Nº 168, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercadinho de Cassiano, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98650-8289.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Getúlio Vargas, Em Frente a Zeni., João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/12/18 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 03/12/2018 por volta das 06:30 horas quando transitava, pela Av. Princesa Izabel, Centro, João Pessoa-PB; com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS ano e modelo: 2012/2013, de cor preta de placa: QFH1784/PB CHASSI: 9C2JC4110DR 770576 pertencente ao Sr. José Rodrigues Alves; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto sentido TV Cabo Branco/Mercado Central quando ao estava atravessando o sinal verde e foi abalroado por um veículo não identificado que ultrapassou o sinal vermelho da Av. Getúlio Vargas com a Rua Princesa Izabel, QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU conforme DECLARAÇÃO de nº 812/062 e conduzido ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado Fratura fechada de ossos da perna direita, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0709/2019 assinado pela médica Christine Maria Batista de Brito Lyra CRM/PB: 3137.

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, 15 de maio de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 05210.01.2019.1.00.401

1/1





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



NPI 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Diógenes Chianca, 1777
CEP: 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/062, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2275502, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente ADENILSON LUIZ DA SILVA idade 47 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão Carro x Moto) no dia 03/12/2018, na Rua Presidente Getúlio Vargas, Bairro: Centro - João Pessoa - aproximadamente às 06:45 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.



João Pessoa, 19 de Dezembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



SINISTRO 3190326846 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ADEMILSON LUIZ DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO ADEMILSON LUIZ DA SILVA

CPF/CNPJ: 73879991472

que C
fia

Posição em 28-05-2019 10:52:38

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

29/05/2019 R\$ 2.362,50 R\$ 0,00 R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/05/2019	Exigência Documental	
21/05/2019	Aviso de Sinistro	





CERTIDÃO

Nº. 0709/2019

Atendendo solicitação de GERSON LUCIANO SANTOS NETO e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tancreto Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº186889 prontuário 2018.12.000233 pertencente a **ADEMILSON LUIZ DA SILVA** que foi atendido dia 03/12/2018 ás 07H41min, vitima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura fechada de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 17/12/2018 com alta médica dia 18/12/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de abril de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 21/08/2019 21:14:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082121142853100000022990678>
Número do documento: 19082121142853100000022990678

Num. 23726454 - Pág. 2

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: 186889 Atd: Nao Reg
Data: 03/12/2018
Hora: 07:41:43
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: ADEMILSON LUIZ DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/12/1971 Id: 47 ano(s)
End.: RUA FERNANDO WALTER OLIVEIRA DA SILVA, 168
Bairro: PADRE ZE Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: FRANCISCA LOPEZ GALVAO Pai:
Raca: PARD A Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: ADEMILSON LUIZ DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO CARROXMOTO NA GETULIO
Vitima de violência por: VARGAS MANHA CONDUTOR
[] Caso Policial



PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [X] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao
NTE VITIMA DE COLISAO

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida e com colar cervical refere ter suí
Vitima de colisão moto - carro, há 30 minutos. Queixa-se de dor em MÍD. Míga dor
em torax/abdome/pelvis. Nega queixas cervicais. Nega perda de consciência, náuseas e/

Diagnóstico Trauma contuso em | Conduta - Solicto Rx de perna D VOM
MÍD - Alta da cirurgia geral
- For exames de ortopedia

Prescrição | Horário da medicacão

Dr. Pedro Eduardo de O. Carvalho
Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 1078



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
1	C			
1				
1	C			
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO



DESTINO DO PACIENTE

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

~~X José Waller O. de Zil~~

Assinatura e Carimbo do Medico



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco 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: *Fx Fechadura ossos**de Perne (D)**Conduta: ① Informamento / Curação**② Tala Coxo - Postural*



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Ademilson Luiz **Data da Admissão:** 08/12/17
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____ **Bairro:** _____
Endereço: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** ____ / ____ / ____
QPD: Don + eseu em Pern

HDA: Colisão moto - carro
Don + eseu + destruindo em Pern

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 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

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



2 - VIA AÉREA:
 Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
 Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
 Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:
 Crepitação Hemoptise Expectorção Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:
 Fria Úmida Palidez Quente Seca /Normal

3.1 - EDEMAS:
 Não Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO:
 Normal Retardada (<2seg) Ausente

3.3 - PULSO:
 Regular Irregular Fino Cheio Ausente

3.4 - E.C.G.
 Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL: 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
 Abortamento Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal _____ semanas

Encontrado: Decúbito Dorsal Lateral Ventral Sentado Deambulando outro: _____
Nível de Consciência: Consciente Orientado Inconsciente Algo Desorientado Desorientado Sonolento Agitado

PROCEDIMENTOS	<input type="checkbox"/> DEA <input type="checkbox"/> Bomba de Infusão <input type="checkbox"/> Câmla Orofaríngea <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Controle de hemorragia <input type="checkbox"/> Cricotireidostomia <input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> KED Adulto <input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas <input type="checkbox"/> Drenagem torácica <input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão <input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal <input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2) <input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Talas / Tração <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa <input type="checkbox"/> Orotroquel <input type="checkbox"/> Prancha Longa <input type="checkbox"/> Punção venosa <input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: <input type="checkbox"/> Sonda vesical <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Talas / Tração <input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa <input type="checkbox"/> Orotroquel <input type="checkbox"/> Prancha Longa <input type="checkbox"/> Punção venosa <input type="checkbox"/> Sonda gástrica <input type="checkbox"/> VMNI <input type="checkbox"/> VMNI <input type="checkbox"/> Outros:
----------------------	---	---	---	---

Descrição do(s) procedimento(s): SSUV + HV + IMOBILIZAÇÃO PADRÃO + REPOSO

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 MASCARAS + 04 PARIS DE LUVA + 01 JACOBO
+ 01 COURO + 01 SALT SOFT + 06 MÁDURAS.

PERFECES DA VÍTIMA

Não
 Sim
Objetos:



Entregues a / Local:

Assinatura com Carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: CDWY 11 50 **MATRÍCULA:** _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ **COREN:** _____

ENFERMEIRO(A): EMANUELLY **COREN:** 19937718

MÉDICO(A): _____ **CRM:** _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____ **RG / CPF:** _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ **Observação:** _____

TESTEMUNHA: _____ **TESTEMUNHA:** _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 03/12/2018 ID da Ocorrência 2275302 USB USA MT Nº / Equipe 09 Plantão: Dia Noite Hora de Saída da Base 06:45 Hs Hora de Chegada no Local 06:56 Hs

Paciente / Usuário Audemilson Bezerra da Silveira Idade 47 Sexo: Masc Fem Telefone:

Local da Ocorrência: João Pessoa Santa Rita Bayeux Cabedelo Conde Outro:

Logradouro Bairro Centro Médico Regulador Felipe

Quantidade de vítima(s) no local: Uma Duas Três Mais de três:

Apoio no Local: USB USA Resgate / Bombeiros PM Resgate PRF BPTRAN Outro:

QTA: Socorrido por Terceiros Socorrido pelos Bombeiros Evadiu-se do Local Trote Outro:

DESTINO DO PACIENTE: Atendido no Local e Liberado Encaminhado a Unidade Hospitalar Óbito no Local Óbito Durante o atendimento

Traumínho

Destino (Unidade Hospitalar)

Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

NICO PSIQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO TRANSFERÊNCIA
Motivo: _____ Hospital de Origem: _____

CAUSAS EXTERNAS Responsável: _____

Acidente de Trânsito

- Colisão carro x moto
 Queda de moto
 Atropelamento por: _____
 Colisão carro x carro
 Capotamento
 Outro: _____

F.A.F.

F.A.B.

Agressão Física

Afogamento

Queda - Altura aproximada: _____

Solarramento / Desabamento

Choque Elétrico

Outro: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

ANTECEDENTES

- AIDS Doença Mental
 Alcoolismo Doença Renal
 AVC Drogas
 Convulsões Hipertensão Arterial
 Diabetes Internamentos Anteriores
 Doença Cardíaca Problemas Respiratórios
 Doença Infecto-contagiosa Medicamentos de uso Continuo

Quais? _____

1. DADOS VITAIS

P.A: _____ FC: 114 FR: 20 HGT: — SpO2 - S/I/O2: 96 SpO2 - C/O2: —

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

DPS - LUPUSO RETIROU CAPACETE E COLAR
(AIKA DC PARCIAL)

16 MAIO 2019

CORRETORA DE SEGUROS

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Mobilidade reduzida MID

Intervenções: Mobilização Padrão + Revisão

Evolução do Enfermeiro:

DE ENVIADO, FERIÇA DA DRUGA

LATERAL E NECA TEE BATO CA BECA EON FRATADA

PELEADA DE POSSUM TIBIA E FIBULA, SEM DURA

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA BUCAL

SSAU + MUO + IMOBILIZACAO PADDAS + REVISAO

DO. MARIN



2 - VIA AÉREA:
 Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
 Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
 Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:
 Crepitação Hemoptise Expectorção Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:
 Fria Úmida Palidez Quente Seca Normal

3.1 - EDEMAS:
 Não Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO
 Normal Retardada (<2seg) Ausente

3.3 - PULSO
 Regular Irregular Fino Cheio Ausente

3.4 - E.C.G.
 Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
ECGL: 15

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
 Abortamento Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal _____ semanas

Encontrado:	<input type="checkbox"/> Decúbito Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Lateral	<input type="checkbox"/> Ventral	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Deambulando	<input type="checkbox"/> outro:	
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Algo Desorientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Agitado

PROCEDIMENTOS	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotáqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotáqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotireidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O ₂)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curalivo	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): SSVU + HV + IMOBILIZAÇÃO PADRÃO + REANIMACAO

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)
02 MASCARAS + 04 PARES DE LUVA + 01 GELCO
+ 01 COLAR + 01 SRL 5000 + 06 ALMOFADAS.

PERTENÇES DA VÍTIMA
 Não
 Sim
Objetos: _____



Entregues a / Local: _____ Assinatura com Carimbo do recebedor: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: (DDH11 900) **MATRÍCULA:** _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ **COREN:** _____

ENFERMEIRO(A): EMANUELLY **COREN:** 199775CA

MÉDICO(A): _____ **CRM:** _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento

NOME: _____ **RG / CPF:** _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ **Observação:** _____

TESTEMUNHA: _____ **TESTEMUNHA:** _____



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Paciente em O.N.H. sob anestesia.
2. Anopneia + antitussípica
3. Aspiração da camisa articular

Incisão:

4. longitudinal medial

Achados:

5. Fx fechada nigrimentas do Túnel Dorsal

Conduta:

6. Retação articular fechada
7. elevação de placa 16 mm larga (Cx 4,5m)
8. elevação de 06 parafusos cruciais
9. central por escavação
10. Fechamento de pele + planos
11. curativo estéril
12. Rx de controle
13. Imobilização Talo Beta

Fechamento:

OBS: Até exame com entecorrência



Data: 17/12/2019

Dr. Fellipe Bezerra
Médico Presidente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 11126
MEDICO/CRM

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Admelson Bezerra do Selva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>m</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>D. Humberto Júnior</u>			1º Assistente: <u>Graça da</u>	
2º Assistente: <u>Fábio Bezerra Jr.</u>	3º Assistente: <u>-</u>			Instrumentador:	
Anestesista: <u>Lamello</u>	Tipo Anestesia:			Horário: I: <u></u>	T: <u></u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>40 f+ os anos de prima enquadrado clínico dentro</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>40 o mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>6 110 Cirúrgico</u>					
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: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 21/08/2019 21:14:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082121143135600000022990680>
Número do documento: 19082121143135600000022990680

Num. 23726456 - Pág. 3



1

Assinado eletronicamente por: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO - 21/08/2019 21:14:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082121143135600000022990680>
Número do documento: 19082121143135600000022990680

Num. 23726456 - Pág. 4



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0848704-67.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do **Convênio nº 015/2014-TJ/PB celebrado** entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais),



média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 15 (quinze) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraz a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 26 de agosto de 2019.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: JOSIVALDO FELIX DE OLIVEIRA - 26/08/2019 16:03:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908261603271220000023086728>
Número do documento: 1908261603271220000023086728

Num. 23828910 - Pág. 2