



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.

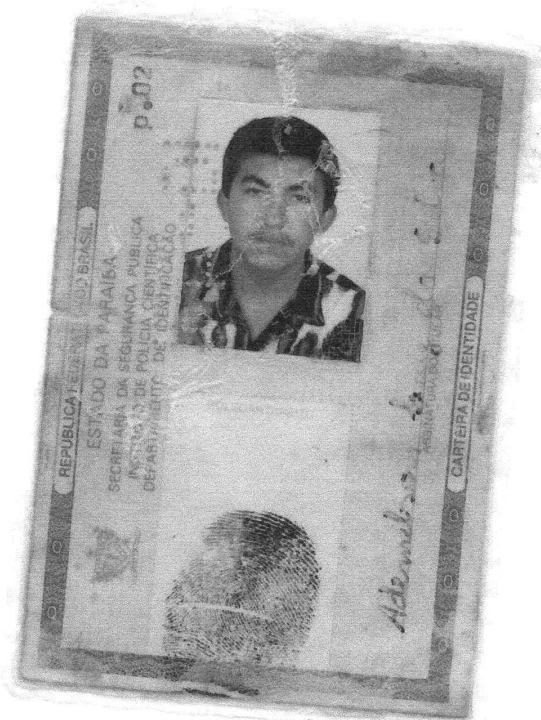
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

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





DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/cometa de energia elétrica - Nº 024.595.420



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.193 / 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 AGU

ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Roteiro: 05-001-328-2860

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

VENCIMENTO

16/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 131,51

MATRÍCULA

152375-2019- 05-9





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:

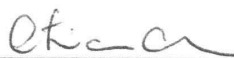
Local: Av. Getulio Vargas, Em Frente a Zeni., João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/12/18 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


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: 9C2JC4110DR770576 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





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

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

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
CREISª 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**pe C)
Fria**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 Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº186889 prontuário 2018.12.000233 pertencente a **ADEMILSON LUIZ DA SILVA** que foi atendido dia 03/12/2018 às 07H41min, vítima 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de abril de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





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
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S/
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADEMILSON LUIZ DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.000233

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 LOPES GALVAO

Pai:

Raca: PARDA 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:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

[X] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

NTE VITIMA DE COLISAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU em prancha rígida e com collar cervical, refere ter sido vítima de colisão moto-carro, há 30 minutos. Queixa-se de dor em MIO. Mega dor em torax/abdome/palpe. Mega queixas cervicais. Mega perda de consciência, náuseas e vômitos.

Diagnostico

Trauma contuso em MIO

Conduta

- Solicito Rx de perna
- Alta de cirurgia geral
- Aos cuidados de ortopedia

Prescrição

Horario da medicacao

M. Paulo Eduardo de O. Ca
Residência Cirurgia G
CRM-PB 1076
autas



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

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



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: _____

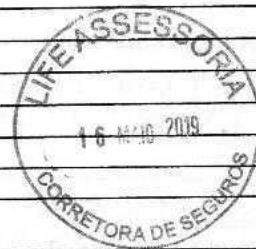
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas:

Tx Fechada osso
da perna (1)

Conduta:

(1) Internamento p/ cirurgia
(2) Talco coxo - postural co



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Ademilson Luiz Data da Admissão: 08/12/13
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: Don + edema em perna
HDA: Colisão moto-carro
Don + edema + deformidade em
perna (D)
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
☐ Dispnéia ☐ 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-reposu _____ ☐ Deformidades
☐ 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.



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:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

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"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input checked="" type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): SSUV + LUP + IMOBILIZAÇÃO PADRÃO + REANIMAÇÃO

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 MASCARAS + 04 PARIS DE LUVAS + 01 FOLHA
+ 01 EQUIPO + 01 SRL 5000 + 06 ALGODÃO

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim
Objetos: _____



Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

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

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): CAMARIELLY COREN: 1997712

MÉDICO(A): _____ CRM: _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: _____ RG / CPF: _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ Observação: _____

TESTEMUNHA: _____ TESTEMUNHA: _____



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

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 03/12/2018	ID da Ocorrência: 2275302	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 09	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 06:45 Hs	Hora de Chegada no Local: 06:56 Hs
Paciente / Usuário: Ademilson Luiz de Silva				Idade: 47	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro:				Bairro: Centro	Médico Regulador: Felipe	
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input checked="" type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): Trauma				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): [Assinatura]		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input checked="" type="checkbox"/> NICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:
	Responsável:
	Hospital de Destino:
	Responsável:
CAUSAS EXTERNAS <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Solterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:	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"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais?

1. DADOS VITAIS
P.A.: FC: 114 FR: 20 HGT: SpO2 - S/O2: 96 SpO2 - C/O2:

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

DIAGNÓSTICO: CURULOSO RETIROS LAPACETO E COLAR DE PAREIA.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: mobilidade prejudicada MTD

Intervenções: mobilização passiva + relaxamento

Evolução do Enfermeiro: 22.01.2020 CURULOSO EN DECURTAMENTO LATERAL E NEGATIVO BATIDO CAÍDA COM FRATURA PERLADA DE POSSÍVEL TÍBIA E FIBULA, SEM DURA

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: 22.01.2020

SSO + MUP + IMOBILIZAÇÃO PASSIVA + RELAXAMENTO

D.D. NATALIZ



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 ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etilico

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

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaringea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ DEA

☐ Desobstrução vias aéreas
☐ Drenagem torácica
☐ Desfibrilação / Cardioversão
☐ Entubação Orotraqueal
☐ Inalação de Oxigênio (O2)
☐ Imobilização de membros

☐ KED Adulto

☐ KED Infantil
☐ Massagem cardíaca externa
☐ Orotraqueal
☐ Prancha Longa
☐ Punção venosa
☒ Sonda gástrica

☐ Sonda vesical

☐ Sedação
☐ Talas / Tração
☐ Ventilação mecânica (manual / automática)
☐ VMI
☐ VMNI
☐ Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): SSUV + MUP + IMOBILIZAÇÃO PADRÃO + RANCHO

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 MASCARAS + 04 PARES DE LUVAS + 01 FOLHA
18 + 01 EQUIPO + 01 SRL SODR + 06 ALGODÕES

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim
Objetos: _____



Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: EDMIL SOU MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ COREN: _____

ENFERMEIRO(A): EMANUELLY COREN: 1997756

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 D.O.H. sob anestesia
2. Anestesia + antiespasmódico
3. Preparação de campo estéril

Incisão:

4. Longitudinal medial

Achados:

5. Fr. fechada segmentar do Talo Distal

Conduta:

6. Redução anatômica fechada
7. colocação de placa 16 furos largo (Cx 4,5m)
8. colocação de 06 parafusos corticais
9. controle por raio-x
10. fechamento de pele + planos
11. curativo estéril
12. Rx de controle
13. Imobilização Talo Bota

Fechamento:

OBS:

Alto curativo sem intercorrência



Data: 17/12/2019

Dr. Felipe Bezerra
Médico Assistente
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 11126
MÉDICO/CRM

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



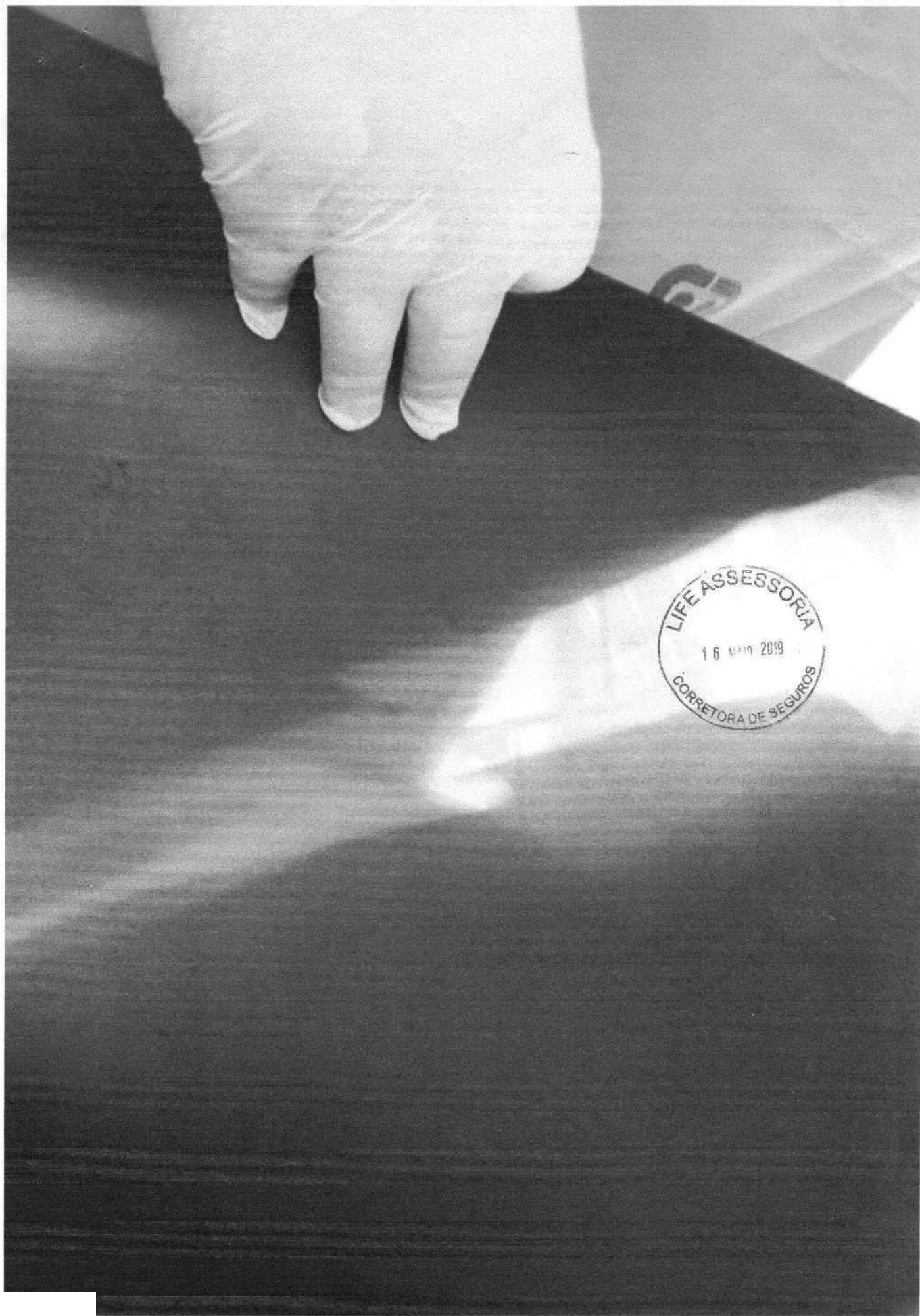


RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Admelson Luiz do Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Humberto Jaram</u>			1º Assistente: <u>Ones R.</u>	
2º Assistente: <u>Felipe Borges R.</u>		3º Assistente: <u>-</u>		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Carminella</u>		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>1º Fr. do ant. da perna esquerda algo deuto</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>1º o mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>6 710 Cirurgico</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.









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 apazado 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, intem-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 apraze 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

