



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(s) : ERIVAN BATISTA DA SILVA, brasileiro, solteiro, cozinheiro, RG 1.909.849 SSP/PB, CPF 022.951.784-60, residente e domiciliado na rua compositor Ary Barroso, 22 - Alto do Mateus - João Pessoa/PB - CEP 58.090-780.

OUTORGADO(s) : O bel: DIÓGENES PSAMÉTICO FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PB 14.348 e DIÁGORAS RANIERE FIGUEIREDO HENRIQUE DA SILVA, brasileiro, solteiro, estagiário, OAB/PB 10.485-E, ambos com escritório profissional na rua Des. Souto Maior, 46 sala 05 Ed. Dunas Centro - João Pessoa/PB, CEP: 58.013-190 - Fones: (83) 3043.8986, 8848.0017.

PODERES : Os da cláusula *ad et extra juditia*, para o foro em geral podendo representar o(s) outorgante(s) em qualquer juízo ou tribunal e/ou Polícia Militar da Paraíba, Caixa Beneficente da Polícia Militar da Paraíba, em ação ou demanda em que o(s) mesmo(s) seja(m) autor(es), réu(s) opoente(s) ou de algum modo interessado(s), podendo para tanto, ditos procuradores, ajuizar, constar e desistir de demandas ou ações; a tudo requerendo, declarando, propondo, transigindo e confessando; firmar termos de compromissos, acordos, bem como receber Alvará, seguros por morte, com atuação conjunta ou em separado, podendo inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

João Pessoa/PB, 17 de maio de 2017.

OUTORGANTE

Rua Desembargador Souto Maior | Nº46 | Edifício Dunas  
Sala 05 | Centro | João Pessoa/PB | CEP: 58013-190

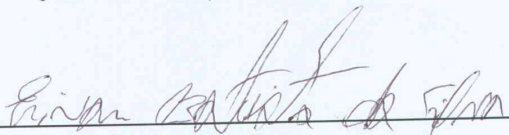


DECLARAÇÃO

Eu ERIVAN BATISTA DA SILVA, brasileiro, solteiro, cozinheiro, RG 1.909.849 SSP/PB, CPF 022.951.784-60, residente e domiciliado na rua compositor Ary Barroso, 22 - Alto do Mateus - João Pessoa/PB - CEP 58.090-780, DECLARO para fins de direito, com base da Lei 7.115 de 29.08.83, para fazer prova da situação sócio-econômica da mesma, face requerer a Justiça Gratuita, com arrimo no art. 2º parágrafo único e art. 4º da lei 1.060/50 e com o art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal que sou pobre na forma da lei, não podendo arcar com as despesas processuais sem que interfira na minha manutenção.

Declaro ainda, que sou responsável pelas afirmações aqui mencionadas.

João Pessoa/PB, 17 de maio de 2017.



Declarante





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME ESTE NÚMERO

**MATRÍCULA**

68164394

**REFERENCIA**

MAI/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVICOS

ERIVAN BATISTA DA SILVA  
RUA ARI BARROSO S/N

ALTO DO MATEUS  
JOAO PESSOA

58090-780

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.11.110.0023	0	Residencial	Comercial	Industrial	Pública	68164394
001.11.110.0023	0	1	0	0	0	68164394
Hidrômetro A04X050478	Data de Instalação 16/09/2004	Localização 4	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto POTENCIAL		

ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m3)   NUM. DE DIAS   PROXIMA LEITURA						
1721	1737	16	31	10/06/2017		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
NOV/2016	13	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
DEZ/2016	13	0	COL.TOTAIS	294	291	291
JAN/2017	14	0	COL.TERMOT	0	0	0
FEV/2017	14	0	CLORO	294	291	291
MAR/2017	14	0	TURBIDEZ	294	291	290
ABR/2017	14	0	COR	77	113	113
MEDIA(M)	14	DADOS REFERENTES A:MAR/2017				

DATA DA LEITURA: 12/05/2017	HORA DA LEITURA: 08:18:54		
DESCRICAO	CONSUMO	VL AGUA	VL ESGOTO
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m	10	36,84	R\$36,84
DE 11m A 20m	6	28,50	R\$28,50
TOTAIS		65,34	
047-JUROS DE MORA			R\$1.08
050-ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.			R\$3.36

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS. R\$6.04 PIS E COFINS. LEI 12.741/12

**VENCIMENTO:**

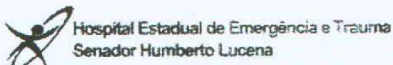
24/05/2017

**Total a Pagar:**

RS69,78







ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 962314



Identificação do paciente				
ID 679752	Nome ERIVAN BATISTA DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 22/08/1976	Idade 40 anos 2 meses 29 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário 91937
Mãe MARIA LUCIA BATISTA DA SILVA	Pai SEBASTIAO SALUSTRO DA SILVA			
Escolaridade MEDIO COMPLETO	Responsável (Parentesco) ERIVALDO BATISTA DA SILVA - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988740731	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1909849	Nº Cns 126907504400000		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R Cozinheiro geral		
Endereço				
CEP 58090780	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ARI BARROSO	
Número 22	Complemento	Bairro ALTO DO MATEUS		
Admissão				
Data e Hora 20/11/2016 14:05:07	Número da pulseira 1000004663644	Convênio SUS		
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
			ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><i>Red. incidente</i> <i>de 11/11/16</i> <i>de 13/11/16</i></p> <p>Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>TOMOGRRAFIA</b></p> <p>TIPO... <u>JOELHO (D)</u></p> <p>DATA... <u>21/11/16</u></p> <p>HORA... <u>20:10</u></p> <p>NOME TÊC. RAD.: <u>Wosley</u></p> <p>ASS.: <u>[assinatura]</u></p> <p>Imprimir</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>TOMOGRRAFIA</b></p> <p>TIPO... <u>OMÓFALO</u></p> <p>DATA... <u>20/11/16</u></p> <p>HORA... <u>13:30</u></p> <p>NOME TÊC. RAD.: <u>Mickel</u></p> <p>ASS.: <u>[assinatura]</u></p> <p>Tempo 02min 36seg</p> </div> </div>				

20/11/2016 14:07



UNIVERSIDADE  
FACULDADE DE MEDICINA

## Primeiro Atendimento Médico



1000004663644 BE.: 962314  
ERIVAN BATISTA DA SILVA  
DT. NASC.: 22/08/1976  
MAE: MARIA LUCIA BATISTA DA SILVA

ETSHL

### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: ARI BARROSO  
N. 22 - ALTO DO MATEUS  
JOÃO PESSOA

FONE: ( )  
CELULAR: (83) 988740731  
IDADE: 40  
DT. ENTRADA:

### ADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Vítima de acidente de motocicleta reprimido  
partes do corpo em ombros erguidos e joelhos  
direitos. Não perdeu a consciência

#### EXAME PRIMÁRIO

**VIAS AÉREAS** ☒ Patentes ( ) Obstruídas  
**CERVICAL IMOBILIZADA:** ☒ Sim ( ) Não  
**VENTILAÇÃO:**  
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☒ Sim ( ) Não  
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☒ Sem dificuldade  
( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR:

HTD: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente  
HTE: ☒ Presente e normal  
( ) Rude  
( ) Diminuído  
( ) Ausente

2- RUÍDOS

( ) Sim  
( ) Não  
HTD: ☒ Roncos  
Sibilos  
Estertores  
HTE: ☒ Roncos  
Sibilos  
Estertores  
imp SaO<sub>2</sub> %

#### CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica  
( ) Pleiônica ( ) Ictérica  
☒ Normal ( ) Quente ( ) Fria  
☒ Normal ( ) Aumentado  
( ) Fino ( ) Ausente

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

BULHAS

☒ Regular ( ) Irregular ( ) Ausente  
☒ Normotônicas ( ) Hipofonéticas  
( ) Hipofonéticas ( ) Ausente  
( ) Presente ( ) Ausente  
( ) Sim ( ) Não

SOPRO

BE OU B4

FC: \_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_ X \_\_\_\_ mmHg T: \_\_\_\_ °C

ECG:

ABDOMEN:

*Normal*

#### DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ( ) Fotorreagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:	15				

F(NG).CC.001-1



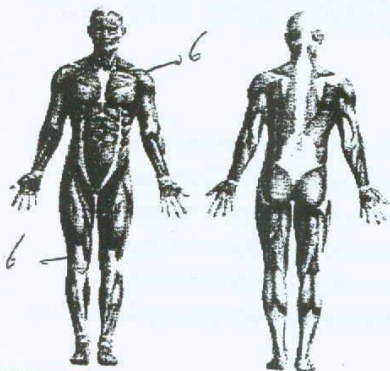


## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.: \_\_\_\_\_

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) \_\_\_\_\_

% Graus de queimadura: \_\_\_\_\_

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	1. Abandono		
2	2. Diapirica comp + 100 ml IV		
3	3. Truque comp + 100 ml SK 0,9% IV -> 1420		
4	4. Truque 400 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl		
5	5. Truque 400 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl		
6	6. Truque 400 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl		
7	7. Truque 400 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl		
8	8. Truque 400 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl		
9	9. Truque 400 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl		
10	10. Truque 400 ml de 0,9% NaCl + 100 ml de 0,9% NaCl		

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Ortopedia

Solicito parecer da \_\_\_\_\_

às \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

às \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Decisão médica☐ Após 48 hs.☐ A pedido☐ A reavalia☐ Família☐ JIML☐ SVO☐ Desistência☐ SVO\_\_\_\_\_  
ASSIN\_\_\_\_\_  
ASSIN\_\_\_\_\_  
ASSIN

F(NG).CC.001-1





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00861.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00861.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:57 horas do dia 08 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Erivan Batista da Silva**, CNH nº 05590236923, CPF nº 022.951.784-60, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Maria Lucia Batista da Silva e Sebastião Salustro da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/08/1976 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ari Barroso, Nº 22, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Ponto Final dos Ônibus 701, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98874-0731.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Flodoaldo Peixoto Filho, Após o Contorno, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/11/16 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 FAN ESI, COR PRETA, ANO 2012, PLACA NPX3672/PB, CHASSI 9C2KC1670DR442274, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, com sua esposa ADRIANA DOS SANTOS na garupa, quando passava pela Rua Flodoaldo Filho ao desviar de um AUTOMÓVEL não identificado que seguia à sua frente e entrou repentinamente à esquerda sem ligar a seta perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao solo e lesionar-se, conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 18.04.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que sua esposa veio a ter apenas escoriações leves.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 08 de maio de 2017.

\_\_\_\_\_  
FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

\_\_\_\_\_  
ERIVAN BATISTA DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00861.01.2017.1.00.420

1/1







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

CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
R. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - 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 705/005, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1507053, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **ERIVAN BATISTA DA SILVA** idade 40 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 20/11/2016, na R. Flodoaldo Peixoto Filho, Bairro: Valentina - João Pessoa - aproximadamente às 13:00 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, 05 de Maio de 2017.

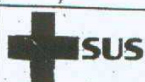
Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREST Região: 10171

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







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

H.E.T.S.H.L

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jonan Batista da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

962314

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

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. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

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

Cx 4,5 Kompaço

01 - Placa em L 5 Furos

01 - Parafuso Espomoso Nº 45

01 - Parafuso Espomoso Nº 75

01 - Parafuso Espomoso Nº 80

Cx 3,5 Kompaço

01 - Placa OCP 5 Furos Estreito

01 - Parafuso Cortical Nº 34

01 - Parafuso Cortical Nº 38

01 - Parafuso Cortical Nº 46

02 - FIOS de Kirschner 2.0 (Antsintese)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Jéssyka Emilia F. Rabelo

CRM 10045/PS

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
- Antibiótico profilático	
- Paciente em decúbito dorsal horizontal sob anestesia	
- Círculo + antisséptico do membro inferior direito	
- Círculo de Círculo Elástico	
- Realizado alongamento - medial ao terço proximal do fêmur	
- Direções por planos com hemostasia	
- Direção para o osso	
- Realizado alongamento com alinhamento	
->	- Realizado colossais, realismo do alinhamento e fixação com placa de 3.5 + parafusos
- Realizado alongamento lateral do fêmur, com direções por planos e hemostasia e realismo para o osso	
- Realizado alongamento do membro com repuxo	
->	- Realizado colossais com alinhamento de fêmur sobre
Conclusão: - Colossais de alinhamento do platô tibial com apoio de exportar	
->	- Fixação da subcondral com fio K
->	- Colossais imitando uma colossais da cunha ilíaca
->	- Direção e direção do platô lateral com placa e 2 + parafusos
- Problemas foram resolvidos no controle radiográfico	
- Controle suficiente dos alvos com S&A	
- Ponto de Anestesia	
- Alinhamento por planos	
- Curativo local	
- Rx controle	
Observações	
① Comprimido no pré-operatório com a planta e sua esposa e aplicado o propofol no local, realizou sutura de hematomas peroneo, região do pé e do articular.	
Observações	

Jéssyka Emilia F. Rabêlo  
Médica  
CRM 10045/PB

João Pessoa, 30/12/16

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



D



000000009018 ERIVAN BATISTA DA SILVA M

12.04.2017

HTOP







000000009018 ERIVAN BATISTA DA SILVA M  
12.04.2017  
HTOP







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ERIVAN BATISTA DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO 22/08/76  
NOME DA MÃE MARIA LUCIA BATISTA DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 962.314  
Nº PRONTUARIO 91.937  
DATA DO ATENDIMENTO 20/11/16  
HORA DO ATENDIMENTO 14:05  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO GLENO-UMERAL E + FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D  
CID 10 S 43.0 + S 82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e deformidade + limitação funcional em ombro E e joelho D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do ombro E  
TC do joelho D  
RX do ombro E - AP Verdadeiro e Axilar  
RX do joelho D - AP e P

### TRATAMENTO:

Luxação gleno-umeral posterior do ombro E + fratura do extremidade proximal da tibia D às TC's e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Heisenberg Almeida no 1º tempo e pelo Dr. Thales Seabra e Dr. Milton Linhares no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 02/01/17  
DATA DA EMISSÃO: 18/04/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO C.R.M. 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA		LAUDO MÉDICO RESUMO DE ALTA	
NOME: <b>ERIVAN BATISTA DA SILVA</b>		REGISTRO BE <b>962314</b>	
IDADE <b>40 ANOS</b>	SEXO <b>MASCULINO</b>	COR	CLÍNICA <b>ORTOPEDIA</b>
DATA DE ADMISSÃO <b>20/11/2016</b>		DATA DA ALTA <b>02/01/2017</b>	ENFERMARIA <b>12</b>
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO</b>		LEITO <b>03</b>	
DIAGNÓSTICO FINAL <b>O MESMO</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
OUTROS DIAGNÓSTICOS		CID-10	
PRINCIPAIS EXAMES: <b>EXAMES LABORATÓRIAS + RADIOLÓGICOS</b>			
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE <b>TTO CIRÚRGICO DE FRATURA RELATADA POR DR. THALES SEABRA E DR MILTON DIA 30 / 12 / 17</b>			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA <b>ATB+ CLEXANE</b>			
FERIDA OPERATÓRIA <b>INFECÇÃO</b>	<b>SIM</b>	<b>X</b>	<b>NÃO</b>
RESULTADO BACTERIOLOGIA:		COLETA DE MATERIAL	<b>SIM</b>
		<b>X</b>	<b>NÃO</b>

CONDIÇÕES DE ALTA	<b>X</b>	<b>MELHORADO</b>	<b>REMOVIDO</b>	<b>A PEDIDO</b>	<b>CURADO</b>	<b>OBITO</b>
RESUMO CLÍNICO: HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLATO TIBIAL D. FO LIMPA E SECA, SEM QUEIXAS ALGICA IMPORTANTES NOMOMENTO. ENV PRESERVADO NO MOMENTO DA ALTA HOSPITALAR. ORIENTADA RETORNO E SEGUIMENTO AMPULATORIAL RIGOROSO.						

<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b>	
DIETA:	<b>GERAL</b>
REPOUSO:	Relativo em casa <b>30</b> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <b>60</b> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>90</b> dias, e com esforço maior em <b>180</b> dias.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <b>CURATIVO DIÁRIO, RETIRAR PONTOS APÓS 15 DIAS OU A CRITÉRIO DE MÉDICO ASSISTENTE, FISIOTERAPIA EM CASO DE DOR, CALOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO NO LOCAL OU FEBRE. PROCURAR IMEDIATAMENTE O HEETSHL.</b>	
MEDICAÇÕES PARA CASA: <b>CEFALEXINA, CLEXANE, ARFLEX, DEOCIL</b>	
RETORNO	No ambulatório do HTOP, com Dr. <b>BARTOLOMEU</b> em 1 semana, para seguimento ambulatorial.
DATA	<b>02/01/2017</b>
MÉDICO RESPONSÁVEL	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar. Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO	

Av. Orestes Lisboa, S/N, Conjunto Pedro Gondim, João Pessoa/PB

CEP: 58031-000 Fones: (83) 3216-5736 / 3216-5775







Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba  
Secretária Estadual de Saúde da Paraíba

HEETSHL

PACIENTE: ERIVAN BATISTA DA SILVA

**RECEITUÁRIO MÉDICO**

VIA ORAL

1. CEFALEXINA 500MG ----- 28.COMP  
TOMAR 1CP DE 6/6 HORAS POR 7 DIAS

VIA SUBCUTÂNEA

2. VERSA 40 MG ----- 28 AMPOLAS  
FAZER 1 AMPOLA SC 1X DIA POR 28 DIAS

CURATIVO

3. REALIZAR 1X DIA COM SF0,9% + GASES + FAIXA/MICROPORE

Glauber M. Norais Miranda  
Médico  
CRM: PP 0000

Carimbo e assinatura do Médico

João Pessoa, 02/01/2017.

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - HEETSHL  
Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB  
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2





Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Hospital de Traumatologia e Ortopedia da Paraíba  
Secretária Estadual de Saúde da Paraíba

HEETSHL

## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para todos os devidos fins de direito, que o (a) Sr(a).  
**ERIVAN BATISTA DA SILVA** foi atendido (a) neste serviço de Ortopedia,  
portador de CID 10: **S82.1**, devendo ausentar-se de suas atividades regulares por um  
período de **90 (NOVENTA)** dias, permanecendo em repouso segundo recomendação  
médica.

### AUTORIZAÇÃO

Eu, **ERIVAN BATISTA DA SILVA**, autorizo o Dr. **GLAUBER  
MELO NOVAIS MIRANDA**, a registrar o diagnóstico codificado CID 10 neste  
atestado médico.

Carimbo e assinatura do Médico

João Pessoa, 02/01/2017

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL  
Av. Orestes Lisboa, s/n – Conj. Pedro Gondim – CEP: 58031-090 – João Pessoa - PB  
Telefone: 2106-5

F(NG).APC.001-2





**FARMACIAS BIG BEN**  
NEW DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA  
RUA VISCONDE DE PELotas, 279 CENTRO CEP: 58013-000  
FONE: (83) 3222-3670 JOAO PESSOA - PB  
CNPJ: 09.646.827/0028-61 IE: 16.211.988-7  
IM: 118945-0

0470172017 13:38:21 CCF:082283 COD:122720

**CUPOM FISCAL**

ITEM CODIGO DESCRICAO QTD UN VL UNIT RS ST A/T VL ITEM R\$  
001 090731 LUVAS MUCAMBO 1UND 118,00% 3,99%  
002 090731 LUVAS MUCAMBO 1UND 118,00% 3,99%  
003 090731 LUVAS MUCAMBO 1UND 118,00% 3,99%  
004 090731 LUVAS MUCAMBO 1UND 118,00% 3,99%  
005 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,99%  
006 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,99%  
007 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,99%  
008 334573 COMPRESSA DE G 1PCT F1 0,99%  
009 484200 ESPARADAPAO IN 1UND F1 6,99%  
010 403756 ATADURA CREPON 1UND F1 5,99%  
011 403756 ATADURA CREPON 1UND F1 5,99%  
012 264421 BUA RABELO/VF 1PR F1 12,99%  
**TOTAL R\$ 57,87**

Cartao 57,87  
MD5: 1A36B7C8A36E2E679CC93654238F92CD  
VAL APROX TRIBUTOS R\$13,94 (23,92%) FONTE: IDPT  
SEU DESCONTO FOI DE 5,06

\*\*\*\*\* CARTAO GERENCIA \*\*\*\*\*  
SISTEMA MODOLO POS  
VERSAO 3.4

106 A124A 2C18E E90087 AD EF81A3 86652 14726 054  
DARUMA AUTOMACAO MACH 1  
RCF-IF VERSAO: 01.00.00 ECF: 002 LJ:  
88888888888888888888 04/01/2017 13:43:40  
FAB: DR08138R000000358914

**FARMACIAS BIG BEN**  
NEW DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA  
RUA VISCONDE DE PELotas, 279 CENTRO CEP: 58013-000  
FONE: (83) 3222-3670 JOAO PESSOA - PB  
CNPJ: 09.646.827/0028-61 IE: 16.211.988-7  
IM: 118945-0

0470172017 13:43:44 GNF:087983 COD:122721  
COD:0012

NÃO É DOCUMENTO FISCAL  
COMPROVANTE CREDITO OU DEBITO  
**Cartao**  
1ª VIA

COD do documento vinculado: 122720  
Valor da compra R\$ 57,87  
Valor do pagamento R\$ 57,87

REDE  
HIPERCARD  
COMPR: 502198028 VALOR: 57,87  
ESTAB: 041773039 BIG BEN CENTRO  
04.01.17-14:34:32 TERM: PV611223/040015  
NUMERO PARCELAS: 02  
CARTAO: xxxxxxxxxxxxxx9427  
AUTORIZACAO: 058040  
ARQC: 49D7181D1131823C

TRANSAÇÃO AUTORIZADA MEDIANTE  
USO DE SENHA PESSOAL

MD5: 105A65C18C0A566C31D82504  
PY0000665120  
trib apox R\$ 49,03 Fed e 0,00  
fonte: IPR1 WZ9E1  
Balc: 817 N. Controle: 3129024  
Informações dos tributos totais  
Federal 12,74/2012): R\$ 49,03



**DROGATIM DROGARIAS LTDA - LJ42 - FARMACIA PERMANENTE**  
CNPJ: 06.198.619/0020-00 IE: 161495737

AV PRES EPITACIO PESSOA, 1648, 1648 -  
TORRE, JOAO PESSOA - PB

DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica para Consumidor Final  
NFC-e não permite aproveitamento de crédito ICMS

DETALHE DA VENDA  
NDC: 4201367501  
PRODUTOS

Código	Descrição	T%	Qtd	Un	Unit.	Desc.	Total
0250030	CEFALEXINA 500MG 10CPR GEN EMS	F	1	UN	27,37	10,98	16,42
0250030	CEFALEXINA 500MG 10CPR GEN EMS	F	1	UN	27,37	10,98	16,42
0004546	CEFALEXINA 500MG 8CPR EMS GEN EMS A			UN	23,23	9,28	13,94

QTD. TOTAL DE ITENS 3

Dinheiro 46,78

VALOR TOTAL R\$ 46,78

PAGO: 100,00 TROCO: 53,22

OPERADOR: 6458 - WILLIAMS TEIXEIRA DA SILVA - LJ 41

VENDEDOR: 6516 - EMMANOELLY ROSALLINE CARUOSO

MD5: 9b32a9d415bfae84229ad907480e289b

Tributos Totais Incidentes (Lei 12.741/2012) 9,88 (21,12 %)

EMITIDA EM CONTINGENCIA

NFC-e nº 000.0-8.317-Serie 001

Emissão: 02/01/2017 14:45:57

Via do Consumidor

Consulte pela Chave de Acesso em

http://www.sitiositefisco.gov.br/consultarNFC-e/ Acesso: Fisco/consultarNFC-e/FIS\_141

CHAVE DE ACESSO

2617 0106 1986 1900 2000 6500 1000 0483 1791 0048 3170

Protocolo de Autorização: 333160040357679 18/02/16 07-02-00

CONSUMIDOR

CLIENTE NÃO IDENTIFICADO

Consulta via leitor QR Code



REDEFARMIA LTDA FL 03 CNPJ: 06.198.619/0020-00  
R. VISCONDE DE PELotas, 279, C  
PB  
Documento Auxiliar da Nota Fis  
Eletronica  
Codigo DESCRICAO QTD UN I  
0769131745150 VERSA 40MG SOL  
QTD. TOTAL DE ITENS 3  
VALOR TOTAL R\$ 46,78  
Cartao de Credito  
Emissao NINIM  
Numero: 132109 Serie: 1  
Emissao: 04/07/2017 13:09:30 - Via de C  
Consulte pela Chave de Acesso  
https://www5.receita.pb.gov.br  
sarf/funcio\_isp/consultar  
2517 0106 1986 1900 2000 6500 1000  
Protocolo de Autorizacao: 04/01  
Data de autorizacao: 04/01  
CONSUMIDOR NÃO IDENT



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

**SABI**  
SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE  
BENEFÍCIOS POR INCAPACIDADE

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: JOAO PESSOA BELA VISTA

**REMARCAÇÃO DE EXAME PERICIAL**  
**REQUERIMENTO Nº 179908326**

Prezado (a) Sr(a)

ERIVAN BATISTA DA SILVA

(Nome do segurado)

Informamos que foi remarcado seu exame pericial para a data, hora e local a seguir discriminados:

<b>Data:</b> 09/05/2017	
<b>Hora:</b> 10:00	
<b>Endereço:</b> RUA BARAO DO TRIUNFO,307	
VARADOURO	JOAO PESSOA - PB

Compareça ao exame pericial agendado, levando RG (Carteira de Identidade) ou Carteira Profissional. Considerando que já houve solicitação de remarcação, informamos que o não comparecimento na data acima agendada ensejará no indeferimento do requerimento ou cessação do benefício.

Joao Pessoa, 26 de abril de 2017

\_\_\_\_\_  
Nome/Cargo/Assinatura  
(Atendente)

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Responsabilizo-me, sob as penas do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente/Rep. Legal







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**17ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0830650-24.2017.8.15.2001

**DESPACHO**

**Vistos, etc.**

**Defiro** o pedido de Justiça Gratuita.

Trata-se de ação de Cobrança de Seguro DPVAT.

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

Cumpra-se

João Pessoa, data definida no sistema

Juiz(a) de Direito





Poder Judiciário da Paraíba  
17ª Vara Cível da Capital

---

Número do Processo: 0830650-24.2017.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]  
Polo ativo: AUTOR: ERIVAN BATISTA DA SILVA  
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

### CERTIDÃO

**Certifico que dei cumprimento ao despacho de id nº 15678801.**

Certifico e dou fê.

João Pessoa - PB, 12 de dezembro de 2018

DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO

Técnico Judiciário







**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
17ª Vara Cível da Capital**

---

PROCESSO Nº 0830650-24.2017.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ERIVAN BATISTA DA SILVA  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA de Carta de Citação aos presentes autos do(s) documento(s) em anexo.

17ª Vara Cível da Capital - PB, 6 de setembro de 2019.

**DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO**

Técnico Judiciário





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**17ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0830650-24.2017.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: ERIVAN BATISTA DA SILVA  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**CARTA DE CITAÇÃO**

De ordem do MM Juiz de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 334 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 andar, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205, para que tome conhecimento de todo o conteúdo da Ação supra, e, querendo, contestá-la, no prazo de **15** (quinze) dias, nos termos do artigo 247 e seguintes, do CPC. A contestação deverá ser elaborada e instruída nos moldes do art. 335 e seguintes do CPC. Não contestada a ação presumir-se-ão como verdadeiros os fatos articulados pela parte autora.

João Pessoa - PB, 5 de setembro de 2019.

DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO  
Técnico Judiciário

Arthur A. Zarkaski Gama Lima  
Chefe do Setor de Expedição  
Mat. 478.223-2

05/09/19

05/09/2019 16:34





**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:** <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

**NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: ID Nº 8438037**

**PARA VISUALIZAR O DESPACHO ACESSE O LINK:** <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

**NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: ID Nº 15678801**



Assinado eletronicamente por: **DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO**

**05/09/2019 16:32:09**

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: **24176173**



19090516320657100000023413450

imprimir

