



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 4.101710 SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55, residente e domiciliado no sitio Xique-Xique, nº s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, telefone 83. 99677-8542.

OUTORGADO: FLAUBER JOSÉ DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO, brasileiro, solteiro, regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 23.221/PB, CPF nº 097.234.454-33, JEFFERSON KELLYSON DA SILVA SANTOS, brasileiro, casado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o número 26822/PB; ANA BEATRIZ CÂNDIDA DANTAS SILVA, CPF nº 121.460.314-92, ambos com endereço profissional na Rua Padre Sandoval Ferrer, n.º 161, Centro, São Bento-PB.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, 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 receber citação inicial, 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, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer está a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, enfim, praticar todos os atos previstos no **artigo 38 do Código de Processo Civil**, com redação dada pela Lei nº. 8.952/94 e art.5º § 2º da Lei nº. 8.906/94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

Especificação:***

Assistência judiciária: ***.

Honorários: a definir.

São Bento-PB, 28 de outubro de 2019.

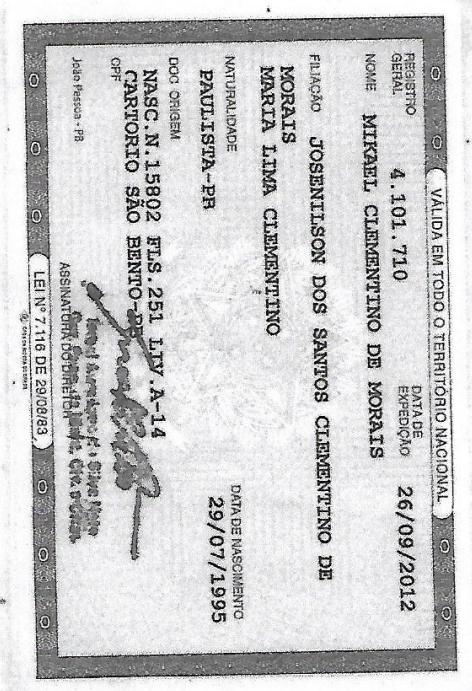
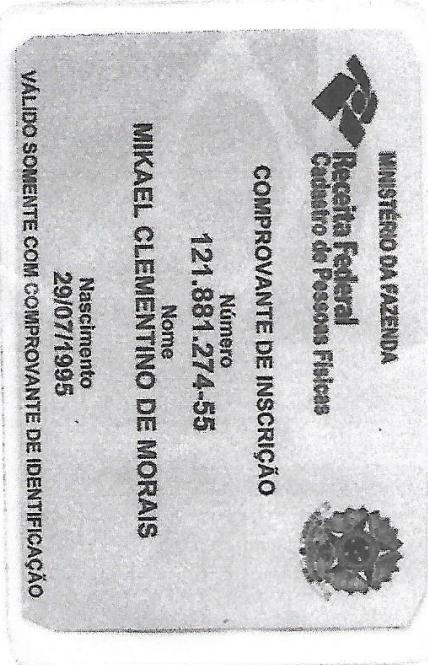
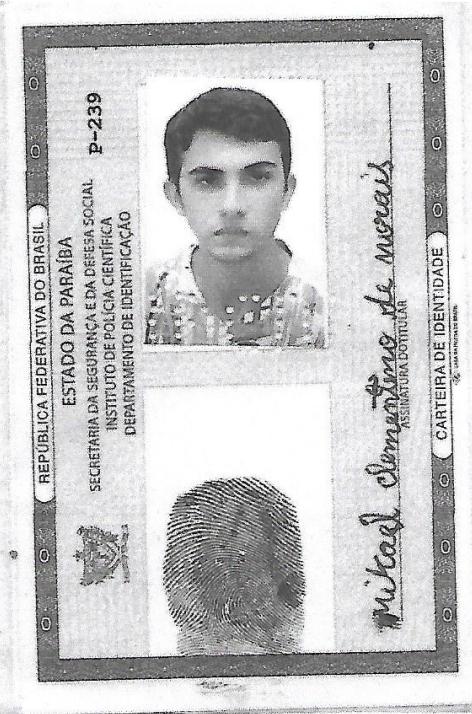
Mikael Clementino De Moraes

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS - OUTORGANTE

flauberjoseadv@gmail.com
@flauberjoseadvogado

(83) 99621.0214
(83) 98786.2097
(83) 98197.3333





ERIKA RODRIGUES LIMA SIT XIQUE-XQUE SIN/CS-APEA RUFAL SAO BENTO / PB CEP: 58885000 (AG: 237);																						
Logradouro: MONOFÁSICO Cis/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Roteiro 1 - 237 - 201 - 2890 Referencia Set/2019 Medidor 00006225949 Emissao 04/09/2019		ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A Br230 Km25-Cristo Redentor-João Pessoa/PB-CEP 53071-690 CNPJ 03.095.187/0001-40 Ins Est 16.015.822-0 Nota Fiscal/Conf de Energia Elétrica N°000478754 Cód. para Déb. Automático: 00013872585																				
Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br																						
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ PAFN																			
Set / 2019	04/09/2019	04/10/2019	703.818.264-14 Insc Est																			
UC (Unidade Consumidora):		5/1387258-5																				
Canal de contato																						
Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrasil!																						
Anterior	Atual	Constante	Consumo																			
Data 02/08/18	Leitura 14551	Data 04/09/18	Leitura 14004																			
		1	53																			
			35																			
Demonstrativo																						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base/Cabo	Alic. Iptu/R\$	Base/Cabo	PIS/R\$	Cofins/R\$														
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS		PIS/Cofins(R\$) (0,912%) (4,5657%)														
0801	Consumo em kWh	53.000	0,814150	43,15	43,15	25	10,78	43,15	0,42	1,87												
0801	Adic. B Vermelha			3,05	3,05	25	0,78	3,05	0,03	0,13												
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS																						
0807	CONTRIBUICAO PÚBLICA			13,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00												
0804	JUPOS DE MOPA 08/2018			0,81	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00												
0805	MULTA 08/2018			2,69	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00												
CCI - Código de Classificação do item				TOTAL	85,19	48,20	11,55	48,20	0,45	2,10												
Tributos e/ou Impostos:				0,565370																		
Média últimos meses (kWh)		VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR																		
152		11/09/2019		R\$ 63,19																		
Histórico de Consumo (kWh)																						
152		228		249		246		248		217		210		151		80		70		0		152



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Mikael Clementino De Moraes,

RG nº 4.101.710, data de expedição 26/09/12,

Órgão SSP/PB, CPF nº 121.881.274-55,

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>SIT. XIQUE-XIQUE</u>
Número	<u>510</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>SÃO BENTO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58865-000</u>
Tel. de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: SÃO BENTO, 09 DE SETEMBRO 2019.

Mikael Clementino De Moraes

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 4.101710 SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55, residente e domiciliado no sitio Xique-Xique, nº s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

São Bento-PB, 28 de outubro de 2019

Mikael Clementino de Moraes

DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Eu MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG sob o nº 4.101710 SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº 121.881.274-55, residente e domiciliado no sítio Xique-Xique, nº s/n, área rural, São Bento-PB, CEP 58865-000, declaro que sou isento de Imposto de Renda, pelas a simples razão de, não ter auferido renda capaz gerar a incidência do fator gerador do referido imposto, por isso não há necessidade de realizar a referida declaração. Conforme dispositivo abaixo:

"Com a edição da Instrução Normativa RFB nº 864/2008, de 25 de julho de 2008, deixou de existir a Declaração Anual de Isento, a partir do ano de 2008. A isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado, conforme previsto na Lei 7.115/83."

São Bento-PB, 28 de outubro de 2019



MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Declarante





Integrantes da Família

ERIKA RODRIGUES LIMA

NIS: 16012471972

Data de nascimento: 02/04/1994

Parentesco: Pessoa Responsável pela
Unidade Familiar - RF

Sexo: Feminino

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

NIS: 21278028716

Data de nascimento: 29/07/1995

Parentesco: Conjugue ou companheiro(a)

Sexo: Masculino



CONTA ABERTA A MENOS DE 2 MESES



AUTOATENDIMENTO - AG. SAO BENTO
DATA: 29/10/2019 HORA: 10:20:17
TERMINAL: 49171001 CONTROLE: 491710010188*

AGÊNCIA: 4917 - SAO BENTO DA PARAI
CONTA: 013.00013808-6
CLIENTE: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

EXTRATO MOVIMENTO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA
MESES ANTERIORES

MOVIMENTAÇÃO			VALOR
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	
SALDO ANTERIOR			10,00C

Outubro

03/10	000000	REM BASICA	0,00C
03/10	000000	CRED JUROS	0,03C
04/10	040936	DP DIN LOT	1.500,00C
07/10	051129	DP DIN LOT	500,00C
07/10	070837	SAQUE ATM	700,00D
15/10	151555	SAQUE ATM	400,00D
18/10	180723	SAQUE ATM	70,00D
18/10	180727	SAQUE ATM	830,00D
18/10	191018	SAQUE TERMINAL	2,30D

RESUMO EM 28/10
SALDO 7,73C

RESUMO DO DIA	7,73C
SALDO DISPONÍVEL	0,00
SALDO BLOQUEADO	7,73C
SALDO TOTAL	7,73C



TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento, e o seu estado de conservação, espelham a conduta à qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIN-PASEP

212.78028.71-6

NÚMERO

4723237

SÉRIE

0040

PB

Mikael Clementino dos Santos

Assinatura do Titular

PROLEGAMUS



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

FILIAÇÃO JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO
..... MARIA LIMA CLEMENTINO
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 29/07/1995
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: PAULISTA - PB
DOCUMENTO: C. I. 4101710 / 26/09/2012 SSDS/PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF 121.881.274-55
SECÃO: TIT. ELEITOR:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 14/08/2013

Rua 145, nº 100
Bairro: Jardim Cida.
Recife - Pernambuco - Brasil

Superintendente: República do Trabalho e Emprego, no Piauí

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE PARA
DOCUMENTO MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A
A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOPÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR			
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
DOADOR DE ORGÃOS (Decreto nº 879, de 12 de julho de 1993)			
<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
CARTEIRAS ANTERIORES			
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	DATA DE EMISSAO	
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	DATA DE EMISSAO	
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	DATA DE EMISSAO	
DATA DA ANOTACAO	ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR	DATA DE EMISSAO	
06			

CONTRATO DE TRABALHO			
EMPREGADOR			
CGC/CPF/CNPJ			
ENDERECO			
MUNICÍPIO	UF		
ESP. DO ESTABELECIMENTO			
CARGO			
CBO N°			
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE	
REGISTRO N°	FLS./FICHA		
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA			
1 ^a	2 ^a		
DATA DE SAÍDA	DE	DE	
REGISTRO N°	FLS./FICHA		
COM. DISPENSA CD N°			
FGTS N° DA CONTA:			
07			

CONTRATO DE TRABALHO			
EMPREGADOR			
CGC/CPF/CNPJ			
ENDERECO			
MUNICÍPIO	UF		
ESP. DO ESTABELECIMENTO			
CARGO			
CBO N°			
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE	
REGISTRO N°	FLS./FICHA		
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA			
1 ^a	2 ^a		
DATA DE SAÍDA	DE	DE	
REGISTRO N°	FLS./FICHA		
COM. DISPENSA CD N°			
FGTS N° DA CONTA:			
08			

CONTRATO DE TRABALHO			
EMPREGADOR			
CGC/CPF/CNPJ			
ENDERECO			
MUNICÍPIO	UF		
ESP. DO ESTABELECIMENTO			
CARGO			
CBO N°			
DATA DE ADMISSÃO	DE	DE	
REGISTRO N°	FLS./FICHA		
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA			
1 ^a	2 ^a		
DATA DE SAÍDA	DE	DE	
REGISTRO N°	FLS./FICHA		
COM. DISPENSA CD N°			
FGTS N° DA CONTA:			
09			





Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419512647900000025035511>
Número do documento: 19110419512647900000025035511

Num. 25904808 - Pág. 1



Integrantes da Família

ERIKA RODRIGUES LIMA

NIS: 16012471972

Data de nascimento: 02/04/1994

Parentesco: Pessoa Responsável pela
Unidade Familiar - RF

Sexo: Feminino

MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

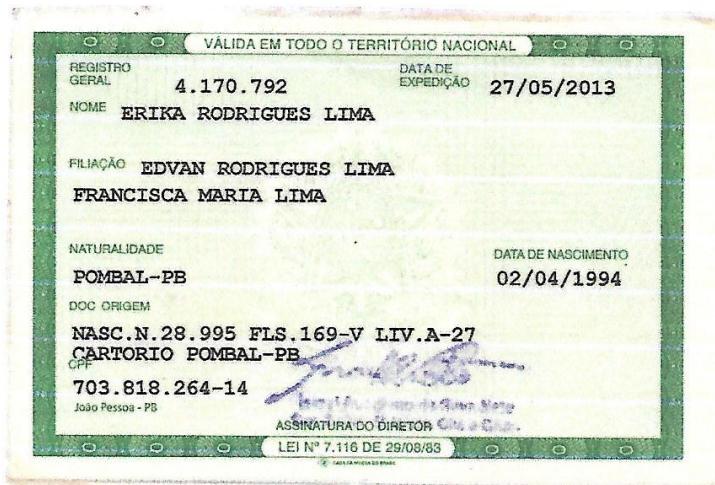
NIS: 21278028716

Data de nascimento: 29/07/1995

Parentesco: Conjugue ou companheiro(a)

Sexo: Masculino





Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:28
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419512753200000025035513
Número do documento: 19110419512753200000025035513

Num. 25904810 - Pág. 1

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3^a Superintendência Regional
18^a Delegacia Seccional Catolé do Rocha-PB
Delegacia de São Bento
Fone (83)3444-2804
Disque denúncia 197



GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0804/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **18/08/2019** hora: **18:00 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , nascido em / / , documento:
, filho(a) de e de , endereço: ***** ,
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(a): ANDERSON FONTES CAMPOS

Vítima: **MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS**, alcunha " ",
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Paulista-PB, idade: 24
anos, nascido em 29/07/1995, cor/raça: Branca, Estado Civil:
Solteiro, Profissão: autônomo, Escolaridade:
fundamental incompleto, documento: CPF 121.881.274-55, filiação:
Josenilson dos Santos Clementino de Moraes e de Maria Lima
Clementino, endereço: Sítio Xique-xique, zona rural, São Bento-PB,
referência: Dede de Sinhô. Tel/Cel:(83) 99677-8542;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 18/08/2019 por volta das 18hrs a vítima conduzia a moto Honda NXR 160 Bros, 2015/2015, preta, chassi 9C2KD0810FR415279, placa NQK-0742 licenciada em nome de Rosihelio Vieira Ramalho, e quando trafegava no sentido Centro/São Bentinho na Av. Pedro Eulâmpio, ao passar por uma lombada depois da ponte, ao frear a motocicleta perdeu o controle da mesma após acionar o freio dianteiro, vindo a cair, sendo socorrido por seu amigo Wagner Henrique Dias Alves; Que em virtude do acidente sofreu uma fratura na clavícula/ombro, tendo recebido os primeiros atendimentos no hospital local e em seguida transferido para a cidade de Pombal no hospital Se. Ruy Carneiro; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais a consignar.

São Bento-PB, 29 de Agosto de 2019. Às 10:40 horas.

Mikael Clementino de Moraes

Notificante

Testemunha Arrogada

Pedro T
Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2

POLEGAR DIRETO

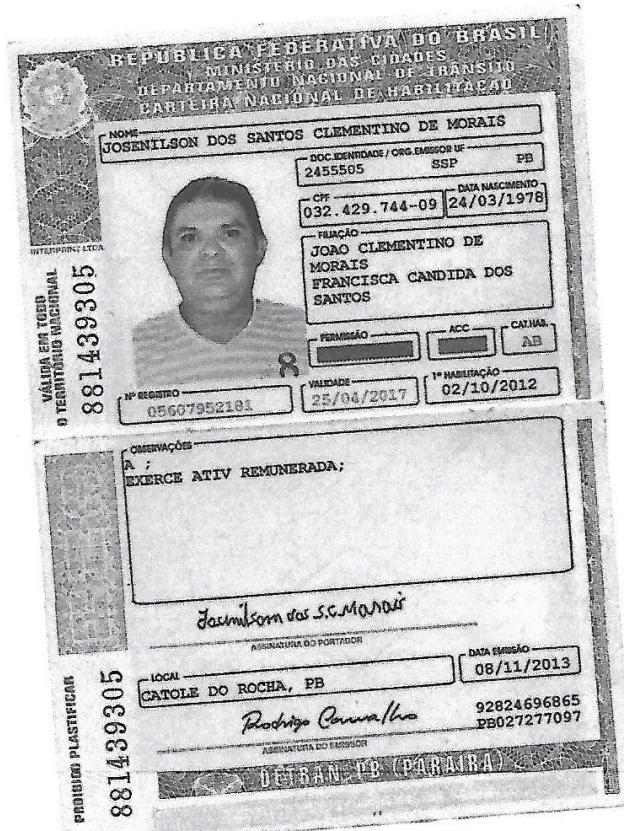
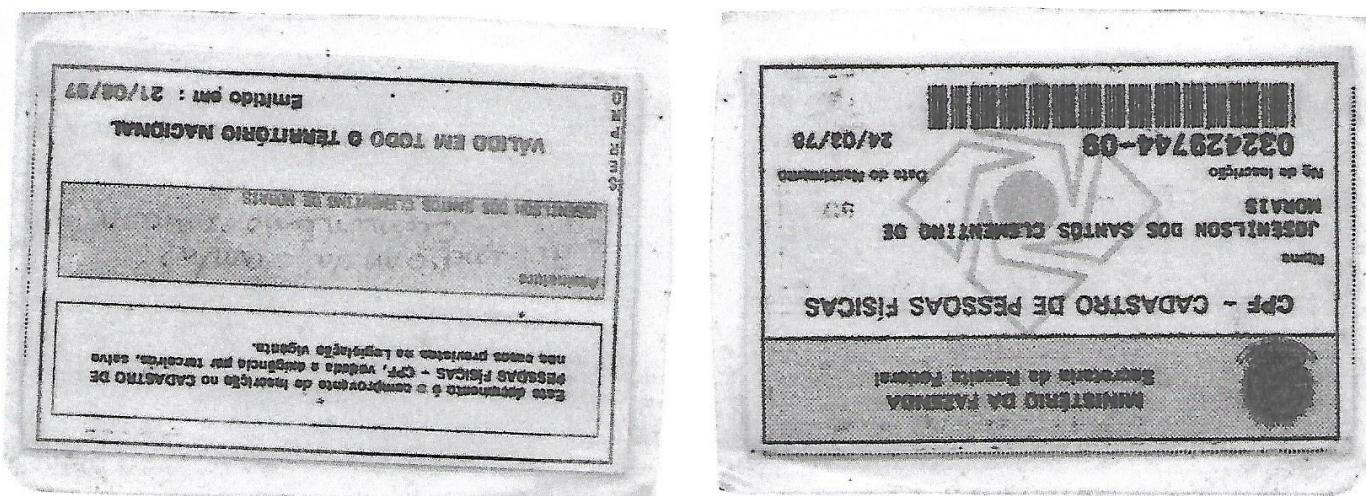
--

MILTON LÚCIO DA SILVA
SÉRVICO NOTARIAL E REGISTRAL
Titular: MÁRTON LÚCIO DA SILVA SANTOS
Rua Lúcio da Silva, nº 224, Centro CEP 58.665-000
São Bento - PB - Fone: (83) 3444-2533 / 3444-1312

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de MIKAEL
CLEMENTINO DE MORAIS. Em test. Ha verdade. Dou
faz. São Bento-PB, 29/08/2019

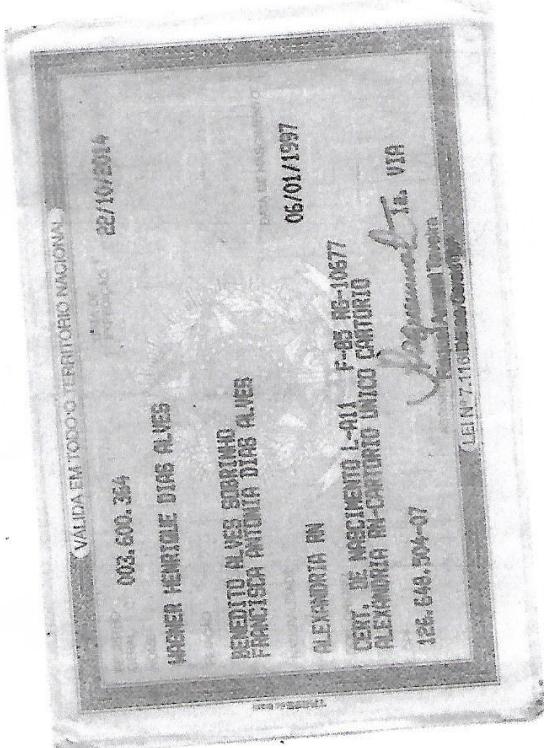
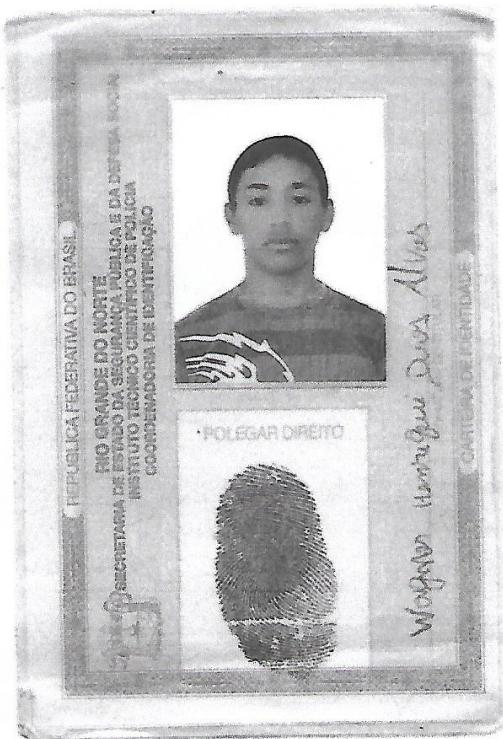
Milton Lúcio da Silva
AURICÉLIO NICOLAU DA SILVA
Selo Digital de fiscalização Tjpb Norma B-AJA6544569100
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM R\$ 3,91 FARHEN R\$ 0,29 FEPJ R\$ 1,98

Auricélio Nicolau da Silva
Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419512847800000025035519>
Número do documento: 19110419512847800000025035519



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419512944800000025035520>
 Número do documento: 19110419512944800000025035520

Num. 25904817 - Pág. 1





Governo da Paraíba – Secretaria do Estado de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"

AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: *Mikael Clementino de Melo*

IDADE: *24* SEXO: *m*

Procedimento cirúrgico proposto: *Ortopédico - Fratura clavícula*

Medicação em uso: *—x—*

Alergias medicamentosas: *Nega*

Antecedentes / Comorbidades: *—x—*

EXAME FÍSICO:

Exame geral: *Bom*

PA: *110x60 mmHg* FC: *89 bpm* HGT: *14.30 → 90 seg*

Aparelho cardiovascular: *Refibrafat 575*

Outros:

ELETROCARDIOGRAMA: *Normal*

Risco intrínseco do procedimento cirúrgico: () Alto () Intermediário () Baixo

Conclusão: (Risco cardiovascular baseado em algoritmos validados)

EMAPO
LEE *BAIXO* Rises
ACP

OBS:

Dr. Joáro Leal CRM/PB 8882
Cardiologista RQE 5345
Cirurgião Cardiovascular RQE 5346
Marcapasso RQE 5979

DATA *26/08/2019*



		Hospital	Hospital Regional de Ponta Grossa	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA		Nome	Mikael Clámenho Maran		Idade	240
Data		Pressão Arterial Pulso	130 x 80		Sexo	M
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Hematócito	Glicerina	Altura
		Urina				Peso
					Ureia	Outros
Ap. Respiratório		NON			Asma	Bronquio
Ap. Circulatório		NON			Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo		TG ok			Ap. Urinário	
Estado Mental		WNE			Alergia	Hipotensores
Diagnósticos Pré-Operatório		Fractura de clavícula (D)				
Anestesias Anteriores						
Medicação Pré-Anestésica					Aplicado às	Efeito
AGENTES ANESTÉSICOS	02					Efeito
LÍQUIDOS				INDUÇÃO		
				Satis.: _____	Exit: _____	Tosse: _____
SÍNTESE P.V. ARTERIA PULSO RESPIRAÇÃO/Vz - ANESTESIA:				Laringo espamp.: _____	Lenta: _____	
				Náuseas: _____	Vômito: _____	
			Outros: _____			
OPERAÇÃO					MANUTENÇÃO	
260					ANESTESIA SATISF: Sim: _____ Não: _____	
240					Não, por quê: _____	
220					DESPERTAR	
200					Reflexo na SO: _____	
180					Obstr.: _____ CO ₂ : _____ Exit: _____	
160					Náuseas: _____ Vômito: _____	
140					Outros: _____	
120					Como cânula	
100					para leito Sim: _____ Não: _____	
80					CONDIÇÕES: _____	
60						
40						
20						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		Bloqueio simpático com Bupivacaïna crico 0,5% 10 ml + lidocaína 2% 5ml 15ml. Sedação com Midazolam 2mg + fentanyl 50 mcg + atropina 10 mcg + nafzaprid 50 mcg				
POSIÇÃO		DOI				
Agentes		Oxigênio 2l Dometorina 10mg. Nitroglicerina 1mg. Ropivacaïna 2g.				
Técnica		Bloqueio + sedação				
Operação		Tto cirúrgico de fratura de clavícula (D)				
Cirurgiões		Ismael				
Anestesistas		Bento				
Observações		Nao observou caro e concorda com o procedimento				
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias						

FOLHA DE ANESTESIA



Ministério
da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do estabelecimento Solicitante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"	CNES: 2592568				
Nome do estabelecimento Executante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"	CNES: 2592568				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do Paciente: <i>M. Ruiol de monteiro de Freitas</i>	Apelido:	Nº Prontuário:			
Cartão Nacional de Saúde (CNS):	Data de Nascimento:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raça/Cor:		
Nome da Mãe:	Nome do Responsável:	DDD	Telefone de Contato:		
Município de Nascimento:	UF:	Nacionalidade:	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)		
Nº	Bairro:	Município de Residência:	Código IBGE de Município:	UF:	CEP:
Ponto de Referência:	Documento: CPF <input type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R. Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	Nº			
DIRETOR CLÍNICO DO ESTAB. (IMENTO ELETRÔNICO)					
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante:	Nº Cons. De Classe:	CPF:	Ass. e Cárismo Diretor Clínico:		
JUSTIFICATIVA DA INTENSAO					
Principais Sinais de Sintomas Clínicos: <i>1. nauma em onda (D)</i>					
Condições que Justificam a Internação: <i>Cirurgia.</i>					
Principais Resultados de Provas Diagnosticados (Resultados de Exames Realizados): <i>2000 X</i>					
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura (Novicida) 397.0</i>	CID 10 Principal: <i>Fratura (Novicida) 397.0</i>	CID 10 Secundário:	CID 10 Causas Associadas:	Nº Notif. Compulsória:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			Código do Procedimento Solicitado:		
Descrição do Procedimento Solicitado: <i>2.500 mm tra. de clavícula</i>			Leitor Complemento:		
Código do Caráter da Internação: <input type="checkbox"/> UE <input checked="" type="checkbox"/> Eletivo			Cód. Procedimento:		
Equipamentos Requeridos Para Internação:					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
Nome do Profissional Solicitante: <i>JOSE CASSIMIRO NETO</i>					
Documento: CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente: <i>030784304-87</i>			Nº de Conselho de Classe: <i>7001</i>	
Data da Solicitação: <i>19/10/2019</i>	Assinatura e Cárismo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº Conselho de Classe: <i>JOSE CASSIMIRO NETO</i>			Data Desejada Para Internação: <i>26/10/2019</i>	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES TRABALHISTAS					
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>	ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO <input type="checkbox"/>	ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO <input type="checkbox"/>			
CNPJ da Seguradora:	Número do Bilhete:	Série:			
CNPJ da Empresa:	CNAE da Empresa:	CBOR:			
Vínculo com Previdência:					
Empregado <input type="checkbox"/>	Empregador <input type="checkbox"/>	Autônomo <input type="checkbox"/>	Desempregado <input type="checkbox"/>	Aposentado <input type="checkbox"/>	Não Segurado <input type="checkbox"/>
AUTORIZADO					
Nome do Profissional Autorizador:					
Documento: CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/>	Nº do CNS/CPF Prof. Autorizador:				
Data de Autorização:	Código do Orgão Emissor:				
Espaço Reservado para Colocar a Etiqueta com Dados da Autorização					



Sistema Único de da Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES
2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE
MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

4 - PRONTUÁRIO
38834

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 707-4010-2379-2875

6 - DATA DE NASCIMENTO
29/07/1995

7 - SEXO
M

8 - RACA / COR
BRANCA

9 - NOME NA MÃE

MARIA LIMA CLEMENTINO

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL
JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS

12 - ENDEREÇO
CROMACIO WANDERLEY N.: VIDA NOVA I

13 - BAIRRO
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

I au na em ombro (v).
pt. Doloroso em viu ombro de dor e
dor + limitação d (ADM).

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Grau de.

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

1500 X.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de Ossículo (D)

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteosíntese de Ossículo (D)

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

Ortopédica

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

Ossículo.

29 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

036A84304-S/

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1801 TEOF 15253

32 - DATA SOLIC.

16/08/14

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL

() CNS () CPF

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

/ /





**HOSPITAL REGIONAL DE POMERI
“SENADOR RUI CERNEIRO”**

CHEC LIST DE CIRURGIAS SEGURO

Nome completo:	Flávia Gómez Mendes
Cirurgia Proposta:	Ortopedia e Traumatologia
Unidade de origem	
Data	26 / 03 / 149
Modalidade () Eletiva () Urgência () Emergência	() Eletiva

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Miguel Clementino Moraes
 Filiação: Maria Irmãos Clementina
 Sexo: Male Idade: 04a. Cor: Branca
 Procedência: Clinica Cunigeca Data: 26 / 08 / 19
 Cirurgião: Dra. Carmimira Auxiliar:
 Anestesista: Dra. Jéssica Anestesia: Bloqueio + Sedação
 Início da anestesia: 17:30 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 18:30 Duração: _____

Procedimento Ortopédico- com Bloqueio + Sedação

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Ajalha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
(Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseadron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Ajalha 40x12	05
Atropina	05
Lidocaína 2%	02
Adrenalina	03
Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner Nº 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

Amanda Rodrigues de Almeida
[Assinatura]
 Enfermeira
 COREN-PB 264578

87046582

Serviços Realizados

CBO

IDADE

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB	Procedimento
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
CNES: 2613649	CNPJ: 09.069.709/0001-18
NOME: HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO	Ficha Número: 239980
ENDERECO: FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 58.865-000	
CIDADE: SAO BENTO	ESTADO: PARAIBA
UF: 26	

Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

REALIZADOS NA UNIDADE

Serviços Auxiliares - Diag / Terapia

SOLICITADOS

Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS
 Mae: MARIA LIMA CLEMENTINO
 Nascimento: 29/07/1995 Idade: 24 Cor: BRANCA
 Profissão: AUTONOMO(A)
 Endereço: SITIO XIQUE XIQUE
 ZONA RURAL
 Cidade: SAO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901
 CNS: 707-4010-2378-2875 Identidade: 4101710 SSP-PB
 CPF: Reg. Nasc.: 1980489343
 Data / Hora: 18/08/2019 10:32:21 Recepçãoista: PRISCILA LUCIO 39636

1.	Diagnóstico	MATERIAIS E MEDICAMENTOS	HORAS
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME

Fractura de coluna

Assinatura do Paciente e Acompanhante ou Responsável	Assinatura do(s) Profissional(s)/Assistente(s) - Carimbo

Caracterização Atendimento

Cid

POLEGAR DIREITO

NATUREZA DA CONSULTA

TIPO DE ATENDIMENTO

A cargo do SUS Assinatura do Revisor Técnico - Carimbo

- Consulta simples
- Consulta com medicamento
- Consulta com observação
- Consulta ortopédica

- Urgência/Emergência (com Proc.)
- Primeira consulta
- Consulta Subsequente
- UrgEmerg. c/ referência p/ outra unidade
- Consulta c/ referência p/ outra unidade

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

Assinatura do Revisor Administrativo - Carimbo

- Prescrição
- Aplicada

- P/ Observação
- P/ Residência
- Óbito
- Outros
- P/ outro Hospital
- Internação

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO" POMBAL - PARAÍBA	 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE	Nº Prontuário:
Name: <i>Yekhal Clementino</i>	Enf.:	Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dada Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
20/08	<p>Pt. com lesão do Osteomartírio do clavícula (D).</p> <p>Cd. V.P.Y.</p>	<p>Dr. José Cassimiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 7001 TECIT 15253</p>
28/08	<p>Alta o AFB</p>	<p>Dr. José Cassimiro Neto Ortopedia e Traumatologia CRM/PB 7001 TECIT 15253</p>





**Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"**

Nome do Paciente:

Sd.

Homofemor
Capulofemor

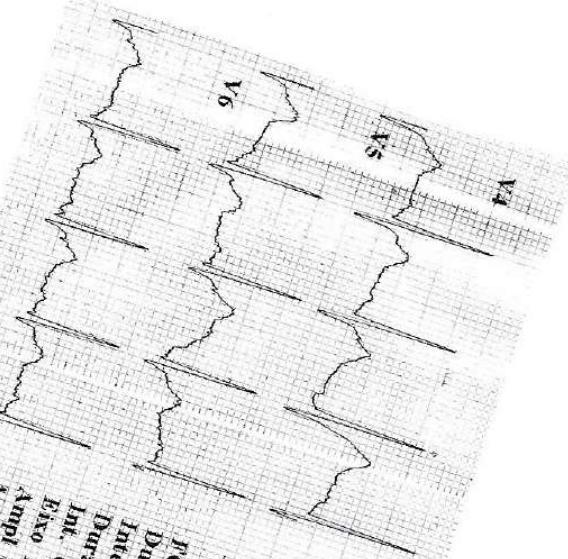
Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
PM/PB 7801 TEOT 15253

19/08/19
DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB
"Tudo posso naquele que me fortalece"

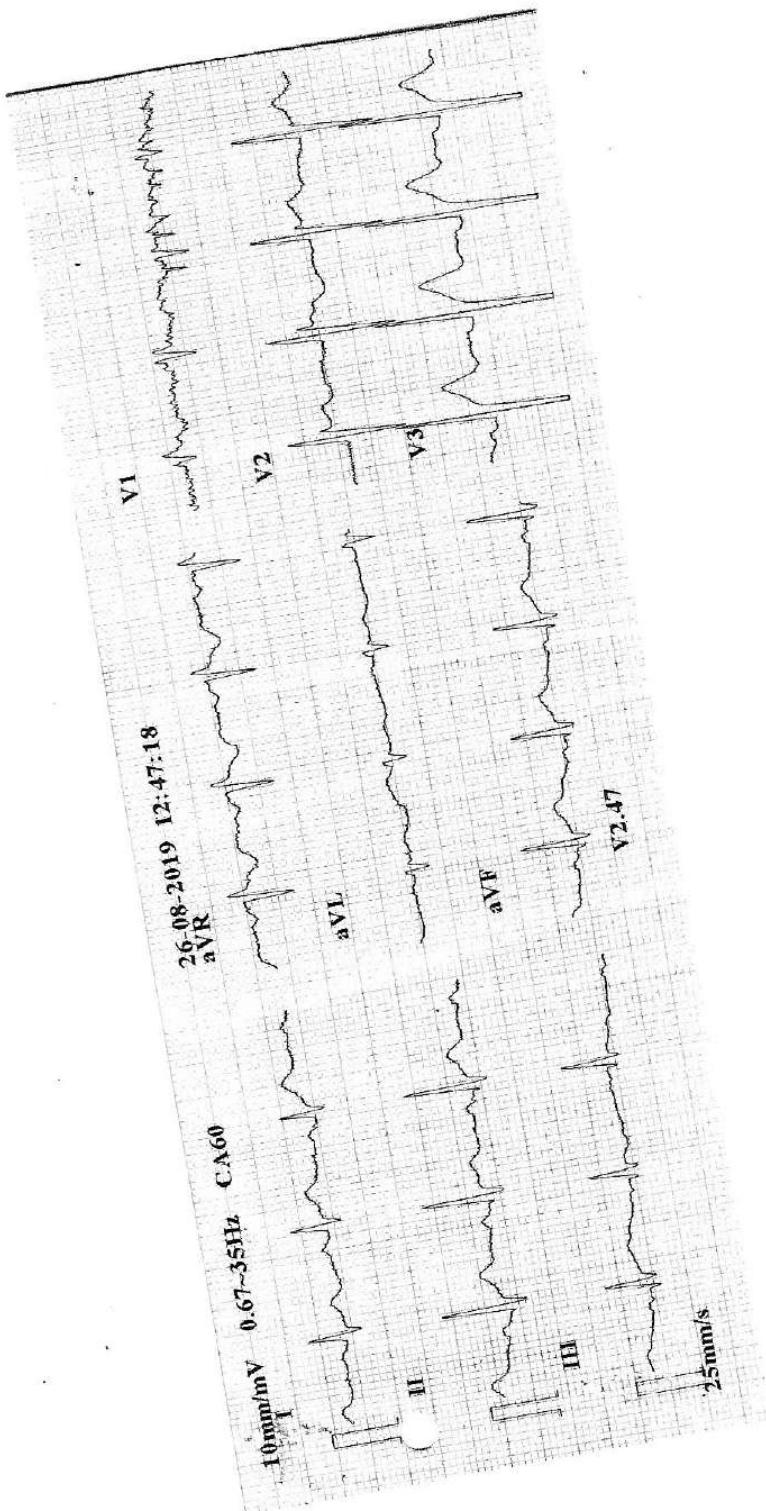




ID : 190826-1247
 Nome :
 Idade :
 Sexo :
 P_A : 35 A
 Altura :
 Peso :
 F.C. :
 Duracao P :
 Intervalo PR : 93 bpm
 Int. QT/QTc : 145 ms
 Exto P/QRS : 94 ms
 Ampli P/QRS/T : 325406 ms
 Ampli RV5/SV1 : 516856 °
 Ampli RV6/SV2 : 1.4410.233 mV
 1.3070.967 mV

Informacao
 800: Ritmo diagnosticado:
 ECG Sinusal Normal:
 Lando Confirmando por:







Hospital Regional de Pombal
Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente:

Michaell Clementino

Z Uso oral

O Tandilar Al

Toman on d 818h

por dia

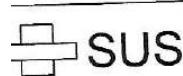
Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TECOT 15253

19/10/19
DATA

Assinatura do Médico

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.
"Tudo posso naquele que me fortalece"





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2592568
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		
Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO
3 - NOME DO PACIENTE		38834
MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO
707-4010-2379-2875	29/07/1995	M
8 - RACA / COR		BRANCA
9 - NOME NA MÃE		10 - TELEFONE
MARIA LIMA CLEMENTINO		34812149
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		13 - BAIRRO
JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS		
12 - ENDEREÇO		N.º VIDA NOVA I
CROMACIO WANDERLEY		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE		
POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
I naugna com ombro (v). OF. Sfagmose com dor no ombro da clavícula. (v) + limitação de ADM.
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Fratura.
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Fratura.

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
Fratura de Clavícula (v)	S42.0		
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	26 - COD PROCEDIMENTO		
Osteointeira de Clavícula (v)			
27 - CLÍNICA	28 - CARATÉR INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
Clínica	Clínica	() CNS () CPF	03678430481
ASS. CÁRIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - DATA SOLIC.	33 - DESTINATÁRIO CÁRIMBO / DIRETOR MÉDICO
Dr. José Cassimiro Neto Ortoped Traumatologia CRM: 2601 TEOT 15253		16/08/19	Diretor Clínico - CRM 9251 CNS: 206633762240007

34 () ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA	38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNPJ EMPRESA		
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL	
() CNS () CPF		
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CÁRIMBO (Nº REG. CONSELHO)	



Ministério
da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nome do estabelecimento Solicitante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"	CNES: 2592568							
Nome do estabelecimento Executante: Hospital Regional de Pombal "Senador Rui Carneiro"	CNES: 2592568							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE								
Nome do Paciente: <i>Márcia Clementina de Souza</i>	Apelido:	Nº Prontuário:						
Cartão Nacional de Saúde (CNS):	Data de Nascimento:	Sexo:	Raça/Cor:					
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F							
Nome da Mãe:	Nome do Responsável:	DDD	Telefone de Contato:					
Município de Nascimento:	UF:	Nacionalidade:	Endereço Residencial (rua, Av., Complemento)					
Nº	Bairro:	Município de Residência:	Código IBGE de Município:	UF:	CEP:			
Ponto de Referência:	Documento:	CPF <input type="checkbox"/>	RG <input type="checkbox"/>	R. Civil <input type="checkbox"/>	PIS/PASEP <input type="checkbox"/>	Ignorado <input type="checkbox"/>	Nº	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE								
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante:	Nº Cons. De Classe:	CPF:	Ass. e Carimbo Diretor Clínico:					
JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO								
Principais Sinais e Sintomas Clínicos: <i>Inflamação em ombro (D)</i>								
Condições que Justificam a Internação: <i>Cirurgia.</i>								
Principais Resultados de Provas Diagnosticadas (Resultados de Exames Realizados): <i>Ray X</i>								
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura clavícula S42.0</i>	CID 10 Principal: <i>S42.0</i>	CID 10 Secundário:	CID 10 Causas Associadas:	Nº Notif. Compulsória:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				Código do Procedimento Solicitado:				
<i>Osteomíteia de clavícula</i>								
Descrição do Caráter da Internação:		Clinica	Leitor Complemento:					
<input type="checkbox"/> UE	<input checked="" type="checkbox"/> Eletivo	<i>Ortopédica.</i>						
Equipamentos Requeridos Para Internação:								
PROFISSIONAL SOLICITANTE								
Nome do Profissional Solicitante: <i>José Carneiro Neto</i>								
Documento: <i>CNS</i>	CPF: <i>036184304-87</i>	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente:	Nº de Conselho de Classe: <i>7001</i>					
Data de Solicitação: <i>19/05/19</i>	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente/Nº Conselho de Classe:		Dt. José Carneiro Neto Ortopedia e Traumatologia RMIPB/201 TEOT 15253		Data Desejada Para Internação: <i>26/08/19</i>			
PREENCHER EM CASO DE EXCEPÇÕES (ACE, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO, ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO)								
ACIDENTE DE TRÂNSITO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TÍPICO <input type="checkbox"/>		ACIDENTE DE TRAB/TRAJETO <input type="checkbox"/>				
CNPJ da Seguradora:		Número do Bilhete:		Série:				
CNPJ da Empresa:		CNAE da Empresa:		CBOR:				
Vínculo com Precidência:								
Empregado <input type="checkbox"/>	Empregador <input type="checkbox"/>	Autônomo <input type="checkbox"/>	Desempregado <input type="checkbox"/>	Aposentado <input type="checkbox"/>	Não Segurado <input type="checkbox"/>			
AUTORIZADO								
Nome do Profissional Autorizado:								
Documento: <i>CNS</i>	CPF: <i>036184304-87</i>	Nº do CNS/CPF Profiss. Autorizado:						
Data de Autorização:	Espaço Reservado para Colocar a Etiqueta com Dados da Autorização							
Ass. Classe: <i>Ass. Do Autorizado/Carimbo</i>								



HOSPITAL

Nome: Mikael Clementina Moraes
 Filiação: Maria Rainha Clementina
 Sexo: Male Idade: 24 Cor: Branca
 Procedência: Clinica Cirúrgica Data: 26 / 08 / 19
 Cirurgião: Dr. Cassimara Auxiliar:
 Anestesista: Dr. Italo Anestesia: Bloco + Sedacão
 Início da anestesia: 17:30 Término: _____ Duração: _____
 Início da intervenção: _____ Término: 18:30 Duração: _____

Procedimento Ortopédico- com <u>Bloco + Sedacão</u>	
Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	20
Seringa 5ml	05
Seringa 10ml	10
Lidocaína 2%	01
Neocaína	01
Dimorf 0,2	01
Agulha para raque	01
Luva estéril	03
PVPI tópico	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	12
Compressas	18
Efortil	01
(Cefalotina) ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseídron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Espadrapo	80cm
Escova de PVPI degermante	07
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	12
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
PVPI degermante	100ml
Algodão ortopédico 12cm	08 rolos
Faixa de smarch	03
Atadura de crepom 15cm	12
Atadura de crepom 20cm	06
Broca 2,5" / 3,5" / 4,5"	01
Serra ortopédica	01
Agulha 40x12	05
-Atropina	05
Lidocaína 2%	02
-Adrenalina	03
-Bupivacaína	02
Seringa 20ml	05
Fio vicryl 2-0	03
Fio catgut simples 3-0	02
Fio nylon 2-0	02
Fio nylon 3-0	03
Atadura de gesso (tamanho variado)	06
Placas DCP- 04 ou 05 ou 06 ou 07 ou 08 ou 09 ou 10 parafusos	01
Placa 1/3 tubular com 03 ou 04 ou 05 furos	01
Fio de kirshner N° 2-0 ou 2,5 ou 3,0 ou 3,5 ou 4-0	05
Parafusos (conforme tamanho da placa)	-

Amanda Rodrigues de Almeida
 Enfermeira
 COREN-PB 264578



		Hospital	Hospital Regional de Lombrai	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
OLHA DE ANESTESIA		Nome	Mikael Clomenho Moraes		Idade	29	
a 26/10/19		Pressão Arterial Pulso	130x80		Sexo	M	
Sanguíneo		Hematíias	Hemoglobina	Hematócito	Glicerina	Ureia	
		Urina				Outros	
Respiratório		NON					Asma
Circulatório		NON				Eletrocardiograma	
Digestivo		Tij. OK				Ap. Urinário	
ado Mental		WPE				Alergia	Hipotensores
gnósticos Pré-Operatório		Inhalme da Cloracine (D)			Estado Físico	Risco	
estesias Anteriores							
dicação Pré-Anestésica					Aplicado às	Efeito	
AGENTES ANESTÉSICOS	02				Efeito		
		<i>ooo</i>					
Liqu.					INDUÇÃO		
		<i>(BAC) (BAC)</i>			Satis.: _____	Exit: _____	Tosse: _____
IDIGO P.V. ARTERIA PULSO RESPIRAÇÃO VZ - ANESTESIA:	OPERAÇÃO	260	100	700	Laringo espamp.: _____	Lenta: _____	
		240	100	700	Náuseas: _____	Vômito: _____	
220	100	700	Outros: _____				
200	100	700	MANUTENÇÃO				
180	100	700					
160	100	700					
140	100	700					
120	100	700					
100	100	700					
80	100	700					
60	100	700					
40	100	700					
20	100	700					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	Bloqueio supraobturador com Bupivacaína cítrico 0,5% 10 ml + lidocaína 2% 5ml. Sedativo com Midazolam 2mg + fentanil 50 mcg + atropina 10 mcg - Bromgital 50 mg			ANESTESIA SATISF: Sim: _____ Não: _____ Não, por quê?: _____			
POSIÇÃO	DDH			DESPERTAR			
entes	Giglio 2g. Oftalmoscópio 10mg. Naranhão 8mg. Rípiano 2g			Reflexo na SO: _____			
cnica	Bloqueio + Sedativo			Obstr.: _____ CO2: _____ Exit: _____			
peração	Teto cirúrgico de folha de Cloracine (D)			Náuseas: _____ Vômito: _____			
rurgiões	Coronário			Outros: _____			
nestesistas	29 Maio 2018 - Fase 2 em 9462 pg			Como cânula			
bservações	Nao obstrui. Cervi e concavo ao o procedimento			para leito Sim: _____ Não: _____			
notar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias							

FOLHA DE ANESTESIA





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL		Nº PRONTUÁRIO
IME DO PACIENTE	Mirkaell	Clá. msc fmno.
TA DA OPERAÇÃO	7/11/14	ENF.
ERADOR	Dr. José Cassimiro	1º AUXILIAR
AUXILIAR		3º AUXILIAR
ESTESISTA		INSTRUMENTADOR
AGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO		TIPO DE ANESTESIA
Fratura de Clavícula (D)		
DO DE OPERAÇÃO		Ortoanomia de Clavícula (D)
AGNOSTICO PÓS- OPERATORIO		(anterior)
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS		
(1) Abordagem longo D.D.H sob omoplata. (2) Anatomia e Anterior. m. (3) Osteotomia de clavícula, unívoca. (4) Implants com uso de componentes de óssea (D) (5) Abertura com dilatador (6) Redutor suscavado + inserção da prótese e fixo de B.m. (7) Sutura por plástica (8) Encerrada		

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 26/08/2019 09:29:01

Ocorrência: CIRURGIA

2030

Servidor do Dr.:

Paciente MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Idade: 24 Sexo M

Filiação

Pai: JOSENILSON DOS SANTOS CLEMENTINO DE MORAIS
Mãe: MARIA LIMA CLEMENTINO

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101
Endereço: CROMACIO WANDERLEY
Bairro: VIDA NOVA I
Naturalidade: PAULISTA - PB
Fone:

N.:

Documentos

CNS: 707-4010-2379-2875
Identidade: 4.101.710
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 29/07/1995
Cor: BRANCA
Estado Civil: UNIAO ESTAVEL
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Trauma com cunha (P) há +
(10) dias

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

Exame de limitação funcional em VS.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Fratura de Clavícula (P).

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1804 TEC 15253

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, _____ / _____ / _____

Recepção: FATIMA



AEL CLEMENTINO DE MORAIS

D

5 cm

C 1012
5 cm

AEL CLEMENTINO DE MORAIS

D

5 cm

C 1012
5 cm



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419513683300000025035680>
Número do documento: 19110419513683300000025035680

Num. 25904827 - Pág. 1

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM

CLÍNICAS MÉDICA, CIRÚRGICA E PEDIÁTRICA

DADOS GERAIS:

Enfermaria: C.C.U.II Leito: 02 Data Admissão: 26/08/14
Paciente: Mikaell Cleverton de Oliveira Idade: 24 anos Hora Admissão: _____

Dias de Internação: _____ Turno: D/N SE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO: Peso: _____ Estatura: _____

Admitido: () Deambulando () Cadeira de rodas () Maca () Outros: _____

Veio transferido: () Residência () Área vermelha () Área laranja () Área amarela () Área verde () UTI

Transferência interna: () Clín. médica/Cirúrgica () Clín. cirúrgica/Médica () Clín. médica/Área vermelha

() Clín. cirúrgica/Área vermelha () Clín. médica/Obstetrícia () Clín. cirúrgica/Obstetrícia () Clín. médica e cirúrgica/UTI

() UTI/Clín. médica () UTI/Clín. Cirúrgica () Outro hospital/Cidade: _____ / _____

Tipo de tratamento: () Clínico () Cirúrgico () Pediátrico

ESTADO GERAL:

EG: () Bom () Estável () Regular () Grave

SINAIS VITAIS:

12h00	T: <u>37</u> °C	P: <u>89</u> bpm	R: <u>20</u> ipm	PA: <u>110x80</u> mmHG
18h00	T: <u>36,6</u> °C	P: <u>76</u> bpm	R: <u>20</u> ipm	PA: <u>110x90</u> mmHG
00h00	T: <u>37</u> °C	P: <u>89</u> bpm	R: <u>20</u> ipm	PA: <u>130x90</u> mmHG
06h00	T: <u>36,5</u> °C	P: <u>84</u> bpm	R: <u>20</u> ipm	PA: <u>130x80</u> mmHG

FUNÇÃO NEUROLÓGICA:

Nível de Consciência: () Consciente () Insconsciente () Orientado () Desorientado () Confuso () Cooperativo
() Não Cooperativo () Comunicativo () Não Comunicativo () Sono/reposo preservado () Sono/reposo prejudicado

Responde a estímulos: () Verbais () Dolorosos () Ocular

Estado emocional: () Normal () Agitado/ativo () Hipoativo () Choroso () Deprimido () Agressivo

Crise convulsiva: () Sim () Não SE SIM, QUANTOS EPISÓDIOS: _____

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA:

Respiração: () Eupneico () Dispneico () Bradipneico () Taquipneico () Em uso de dreno torácico

() Em oxigenoterapia: () Cateter nasal () Máscara de Venturi () Nebulização

Tosse: () Sim () Não () Seca () Cheia com expectoração () Cheia sem expectoração () Batimentos de asa do nariz

Característica de secreções: () Esbranquiçada () Amarelada () Esverdeada () Sanguinolenta () Purulenta

FUNÇÃO GASTROINTESTINAL:

() Incisão cirúrgica: () Limpa () Contaminada () Hiperemiada () Secretiva

Curativo: () Sim () Não Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

Estado nutricional: () Normal () Emagrecimento () Caquético () Obeso

Dieta alimentar: () Boa () Regular () Insuficiente () Restrição () Não aceita dieta

Via de administração alimentar: () Oral () SNG () SOG () Parenteral

Vômitos: () Sim () Não Frequência: _____

Eliminações intestinais: () Presentes () Ausentes Frequência: _____

Aspecto: () Normais () Pastosas () Melena () Constipação () Diarreica () Obstipação

SISTEMA URINÁRIO:

Eliminações vesicais: () Normais () Ausentes () Retenção () SVF 02 vias

() SVF 03 vias () Uso de fraldas

Aspecto: () Limpida () Concentrada () Hematúria

Diurese: () Espontânea () SVF

FUNÇÃO LOCOMOTIVA:

Desenvolvimento motor: () Deambulando () Não Deambulando () Deambulação prejudicada

Edema: () Presente () Ausente () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD

Edema: () Anasarca () Face () MMSS e MMII () MMSS () MMII () MSD () MSE () MID () MIE



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



ACESSO VENOSO:

Venóclise: () MMSS e MMII () MSD () MSE X MID () MIE () Subclávia () Cateter venoso central () Dissecção venosa Data punção: 26/08/19 Hora: 10:40 Gelco N° 20 () Scalp N° _____

Quem punctionou: _____

ALTA HOSPITALAR:

Alta autorização médica: () Se sim: data: ____ / ____ / ____ , hora: ____ : ____ Médico: _____
() Se não, responsável: _____

Testemunha 1: _____ Testemunha 2: _____

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____

PACIENTE EM ÓBITO:

() Não () Se sim, data: ____ / ____ / ____ , hora: ____ : ____ , causa da morte (diagnóstico médico): _____

QUEIXAS:

Sens. queixas

RELATÓRIO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM COM PACIENTE:

Paciente evolui em G.O.R., aguardando procedimento cirúrgico.

Cybele Formiga Oliveira
Técnica em Enfermagem

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____ COREN-PB: 1005860
Data: 26/08/19 Hora: 11:00

AVALIAÇÃO NOTURNA DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM:

Paciente evolui em G.O.E, feito procedimento cirúrgico, medicando e deixa no pós imediato.

Cybele Formiga Oliveira
Técnica em Enfermagem

Assinatura e carimbo Téc. enfermagem/COREN: _____ COREN-PB: 1005860
Data: 26/08/19 Hora: 20:30



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUI CARNEIRO"



FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO - ÚLCERA POR PRESSÃO

TABELA DE VALORES

PERCEPÇÃO SENSORIAL - Habilidade de responder significativamente a pressão relacionada ao desconforto

- 1 - Completely limitado
- 2 - Muito limitado
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem alteração

Pontuação	Observação

UNIDADE DA PELE - Grau no qual a pele está exposta à umidade

- 1 - Constantemente úmida
- 2 - Muito úmida
- 3 - Ocasionaismente úmida
- 4 - Raramente úmida

Pontuação	Observação

ATIVIDADE FÍSICA - Grau de atividade física

- 1 - Acamado
- 2 - Na cadeira com ajuda
- 3 - Anda ocasionalmente
- 4 - Anda frequentemente

Pontuação	Observação

MÓBILIDADE - Habilidade de mover e controlar as posições corporais

- 1 - Completely imóvel
- 2 - Muito limitado (Paraplégico)
- 3 - Levemente limitado
- 4 - Sem limitação

Pontuação	Observação

NUTRIÇÃO - Padrão atual de ingestão alimentar

- 1 - Não se alimenta / Alimentação parenteral
- 2 - Se alimenta pouco (Desid.)
- 3 - Se alimenta de forma satisfatória
- 4 - Normal

Pontuação	Observação

ASPECTO DA PELE - Condições de como se apresenta

- 1 - Edema / Eritema / Escoriações em mais de uma área
- 2 - Eritema / Escoriações em uma área
- 3 - Edema em alguma área
- 4 - Normal

Pontuação	Observação

PONTUAÇÃO: A CONTAGEM BAIXA DE PONTOS INDICA UMA BAIXA

> ACIMA DE 15 PONTOS: RISCO MÍNIMO

HABILIDADE FUNCIONAL INDICADOR DE ÚLCERA POR PRESSÃO - ALTO

> DE 13 A 14 PONTOS: RISCO MODERADO

> ABAIXO DE 12: RISCO ELEVADO

Pontuação total 22

CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE FUGULIN et al.

ÁREA DE CUIDADO	GRADUAÇÃO DA COMPLEXIDADE ASSISTENCIAL			
	4	3	2	1
Estado mental	Inconsciente.	Períodos de inconsciência.	Períodos de desorientação no tempo e no espaço.	Orientação no tempo e no espaço.
Oxigenação	Ventilação mecânica (uso de ventilador a pressão ou a volume).	Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio.	Uso intermitente de máscara ou cateter de Oxigênio.	Não depende de oxigênio.
Sinais vitais	Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas.	Controle em intervalos de 4 horas.	Controle em intervalos de 6 horas.	Controle de rotina (8 horas).
Mobilidade	Incapaz de movimentar qualquer segmento corporal.	Dificuldade para movimentar segmentos corporais.	Limitação de movimentos.	Movimenta todos os segmentos corporais.
	Mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem.	Mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada enfermagem.		
Deambulação	Restrito ao leito.	Locomoção através de cadeira de rodas.	Necessita de áudio para deambular.	Ambulante.
Alimentação	Através de cateter central.	Através de sonda nasogástrica.	Por boca, com áudio.	Auto suficiente.
Cuidado corporal	Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem.	Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem.	Áudio no banho de chuveiro e/ou higiene oral.	Auto suficiente.
Eliminação	Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle da diurese.	Uso de comadre ou eliminações no leito.	Uso de vaso sanitário com áudio.	Auto suficiente.
Terapêutica	Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA.	EV contínuo ou através de sonda nasogástrica.	EV intermitente.	IM ou VO.
Integridade Cutâneo-mucosa/ Comprometimento tecidual	Presença de solução de continuidade da pele com destruição da derme, epiderme, músculos e comprometimento das demais.	Presença de solução de continuidade da pele, envolvendo tecido subcutâneo e músculo.	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hipoxemia) e/ou presença de solução de continuidade da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas.	Pele Intacta.
	Eviscerações.	Incisão cirúrgica, Ostomias, Drenos.		
Curativo	Curativo realizado 3 vezes ao dia ou mais, pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 2 vezes ao dia pela equipe de enfermagem.	Curativo realizado 1 vez ao dia pela equipe de enfermagem.	Sem curativo ou limpeza da ferida/cirúrgica, realizada pelo paciente, durante o banho.
Tempo util. na realiz. de curativos	Superior a 30 minutos.	Entre 15 a 30 minutos.	Entre 5 a 15 minutos.	Sem curativo ou limpeza da ferida realizada durante o banho.

Pontuação total 26/08/17

Data da avaliação 33

Thiago Chagas de Faria Nobre
Enfermeiro (a) / COREN
COREN-PB 273.206



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação do Paciente:

Nome: Mikhail Clementino de Moraes Leito: 02
Pront.: _____ Procedência: _____ Enfermeira: _____ Data da admissão: 26.08.19
Idade: 24 Sexo: ()M ()F Religião: _____
Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

2. Motivo da Internação / Queixa Principal:

Tipo de tratamento:

Artroplastico - cirurgia

3. Necesidade / Auto Cuidado:

Higiene

Corporal: ()Preservada ()Prejudicada

Oral: ()Preservada ()Prejudicada

Demandas de Auto Cuidado:

Sono e repouso: ()Satisfatório ()Prejudicado ()Insônia ()Auxiliares do sono Qual: _____

Dieta: ()Preservada ()Prejudicada ()Ajuda para Alimentação ()Restrição Alimentar

Movimentação: ()Deambula ()Não deambula ()Restrito ao Leito ()Acamado

Movimenta-se com ajuda: ()Sem movimentação ()Limitação localizada de movimento

Interação Social: ()Comunicativo ()Não Comunicaativo

Conhecimento sobre seu problema de saúde: ()Informado ()Não informado

Orientação quanto procedimento cirúrgico: ()Boa ()Insuficiente ()Não orientado

4. Fatores de Risco:

()Tabagismo ()Etilismo ()Sedentarismo ()Perfil sanguíneo alterando por uso de drogas

Alergias: Neg

Antecedentes Pessoais (Enfermidades / cirurgias anteriores): _____

Antecedentes familiares: _____

Uso de medicamentos: X

5. Exame Físico e Outras Informações:

Tax: C P: 80 bpm R: 16 ipm PA: 120/80 mmHg FC: 80 bpm

Peso: 70 Kg Altura: 175 cm CA: 90 cm

Estado nutricional: ()Normal ()Obeso ()Emagrecido ()Caquético ()Desnutrido ()Outro

Nível de consciência: ()Consciente ()Orientado ()Desorientado

Nível de Resposta: _____

Pele / Tecido: ()Integra ()Hidratada ()Ressecada ()Sudoreica ()Pálida ()Cianótica ()Escara
Ligeira catarrante (pele seca) supurativa

Cabeça: ()Alopecia ()Seborreia ()Pediculose ()Outros: _____

Face: ()Cushingoide ()Paralisia facial ()Acromegálica Expressão: _____

Olhos: ()Visão normal ()Visão turva ()Acuidade visual diminuída ()Cegueira ()Exoftalmia
()Processo inflamatório / Infeccioso

Aspecto da mucosa/outros: _____



HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Nariz: () Sem anormalidade () Deformidade () Obstrução () Secreção () Epistaxe _____

Ouvidos: () Audição normal () Diminuída () Zumbido () Surdez () Processo inflamatório/infeccioso
() Outros: _____

Boca: () Cáries () Falhas dentárias () Halitose () Língua saburrosa () Prótese

Mucosa oral: () Integra () Lesões: _____

Pescoco: () Linfonodos palpáveis () Tireoide aumentada () Ingurgitamento jugular () Traqueostomia
() Mov. difícil ou doloroso () Outros: _____

Tórax: () Atípico () Típico Expansão torácica: () Normal () Diminuída

Mamas: () Assimétricas () Presença de nódulos palpáveis () Secreção: _____

Sistema Respiratório: () Eupnéico () Bradipnéico () Taquipnéico () Dispnéico () Em repouso () Min. Esforço
() Méd. Esforço () Grand. Esforço () Uso O₂ () Tosse () Secreção () Ausculta pulmonar

Atividade Cardíaca: () Regular () Irregular Frequência: _____

Edema: ausente

Sist. Digestivo/abdome: () Plano () Distendido () Tenso () Globoso () Incisão/cicatriz cirúrgica () Sonda
() Náuseas () Vômitos () Pirose () Plenitude pós-prandial () Dificuldade deglutição

Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente

A palpação: () Flácido () Doloroso Hepatomegalia () Ascite

Eliminação intestinal (frequência/característica): presente normal

Genito-urinário: () Micção espontânea () Incontinência () Retenção () Dispositivo p/ incontinência () Sonda
() Disúria () Poliúria () Polaciúria () Nictúria () Oligúria () Anúria () Hematúria () Colúria
() Prurido () Cortimento () Lesões () Aspecto de urina

Atividade sexual: () Não tem atividade () Tem atividade () Uso de preservativo: _____

Ciclo menstrual: () Normal () Menopausa () Dismenorreia () Amenorreia () Hipermenorreia: _____

Membros Sensibilidade: () Presevada () Parestesia () Câimbras Força motora: () Preservada () Paresia

() Plegia () Im. de mov. articular Pulsos periféricos: () Palpáveis () Diminuídos () Ausentes () Amputação

Rede venosa: _____

6. Impressões do Enfermeiro:

Pt fad. adm. opor. surdina, calmo, desorientado
pela sala com visão turva em ambas olhos; vacilante, apático,
desprende abdome flácido, vazio, queixas m/c,
emocional, sem estímulos: agressivo
procedimentos cirúrgicos

Pt encontra-se c.c. Consciente, orientado, higiениizado, afelado,
hipertônico, em recuperacão p/ anestesia; segue as ordens da
equipe.

Impressão de Enfermeiro:
COREN-PB 273-206

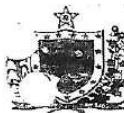
COREN:

DATA: 26/08/19

Enfermeiro:

de Farias N. Medeiros
Enfermeira





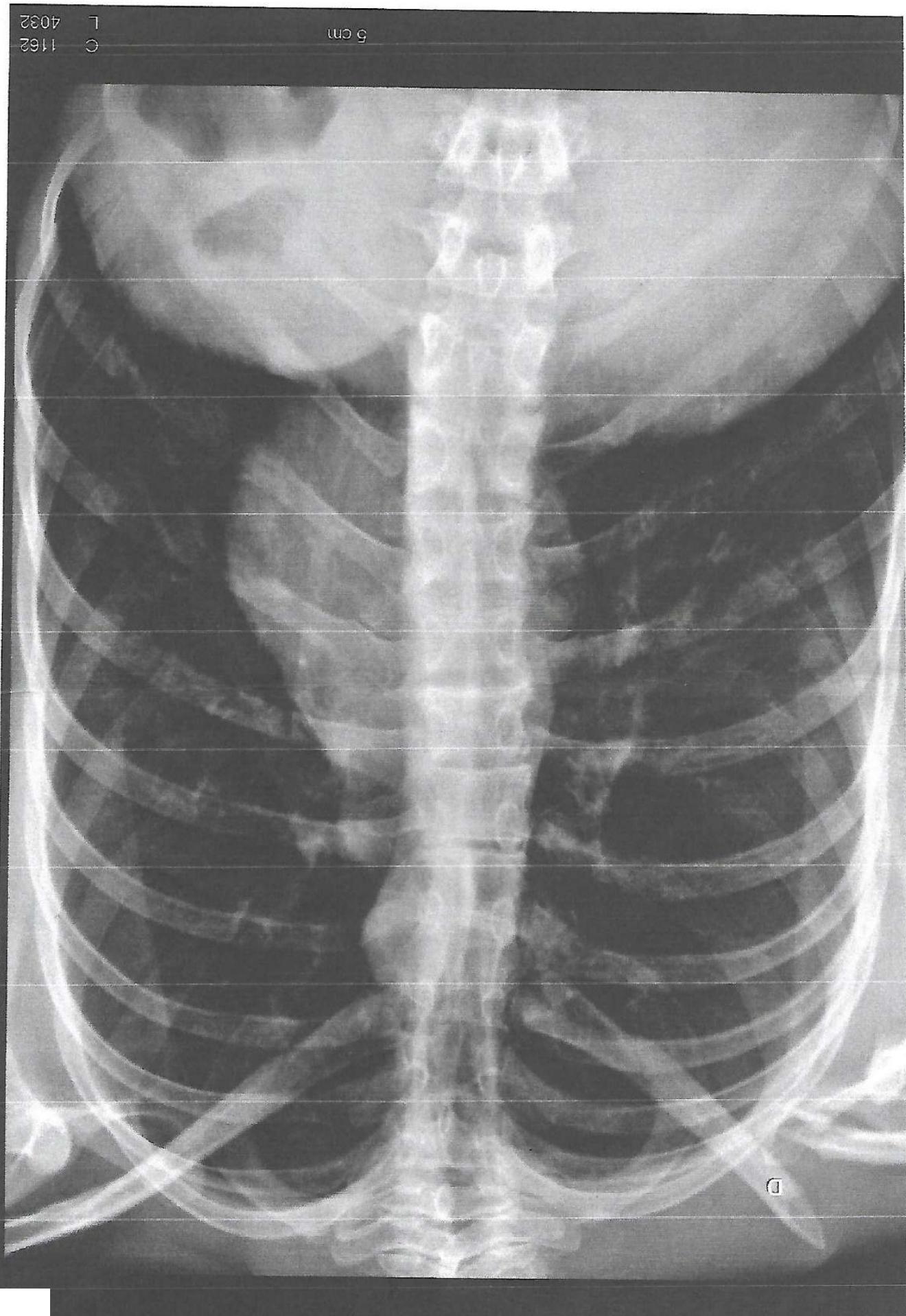
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL		
NOME DO PACIENTE	Mikhail Ulyanov	Nº PRONTUÁRIO
DATA DA OPERAÇÃO	7/12/14	ENF.
OPERADOR	Dr. José Cassimiro	1º AUXILIAR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA
DIAGNÓSTICO PRÉ- OPERATORIO	Fratura de Clavícula (D)	
TIPO DE OPERAÇÃO	Descolamento da Clavícula (D)	
DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATORIO	(D) melhora	
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS		
(1) Aperto de 2x2,5cm de cateter		
(2) Anestesia e Antiseptico		
(3) Colhação de sangue único		
(4) Incisão com ligeiro contorno da clavícula (D)		
(5) Abertura da clavícula		
(6) Descolamento da clavícula da fíbula de R.m.2		
(7) Sutura por plástico		
(8) Encerrado		

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253





Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419513886000000025035682>
Número do documento: 19110419513886000000025035682

Num. 25904829 - Pág. 2



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
“SENADOR RUI CARNEIRO”



ATESTADO MÉDICO

Este, para os devidos fins, que Mihael Clementino
de Morais portador do RG _____
é submetido (a) à consulta médica nessa data, no horário das _____ horas,
sendo portador da infecção CID-10 S42.9
necessário, deverá permanecer afastado (a) de suas atividades laborativas
por um período de 60, (Sezenta) dias, a
partir desta data.

Pombal-PB, 07 de 09 de 2019

Dr. José Cassimiro Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7801 TEOT 15253

Assinatura e Carimbo do Médico

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o
Dr. _____, a registrar o diagnóstico
certificado CID ou por extenso neste atestado médico.





Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Nº do Paciente: PB180290795

Data de Nascimento: 29/07/1995

Data do Exame: 19/08/2019

Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO OMBRO DIREITO

RELATÓRIO:

Fratura completa do terço distal da clavícula com desvio ósseo, elevação proximal e fragmento ósseo desprendido.

Demais estruturas ósseas visualizadas íntegras.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Relação gleno-humeral mantida.

Altura acromioclavicular usual.

Aumento das partes moles e obliteração dos planos adiposos intermusculares na região supraclavicular.

A handwritten signature in black ink that reads "Carla Fanchiotti Costa".

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa CRM 10231-ES
| Médica-radiologista RQE 8650-ES CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 19/08/2019 17:43:57 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097

Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237

Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419513978500000025035684>

Número do documento: 19110419513978500000025035684

Num. 25904831 - Pág. 1



Paciente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Nº do Paciente: PB180290795

Data de Nascimento: 29/07/1995

Data do Exame: 19/08/2019

Sexo: M

RADIOGRAFIA DIGITAL DO TÓRAX PA

RELATÓRIO:

Traqueia e mediastino centrados.

Parênquima pulmonar com transparência usual.

Hilos pulmonares preservados.

Seios costofrênicos visualizados livres.

Índice cardiotorácico normal.

Assinado Eletronicamente por: Dra. Carla Fanchiotti Costa CRM 10231-ES
| Médica-radiologista RQE 8650-ES CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 19/08/2019 17:44:25 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097

Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237

Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419513978500000025035684>

Número do documento: 19110419513978500000025035684

Num. 25904831 - Pág. 2



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Rosílio Vieira Ramalho

RG nº 003177600 - SSP/RN, data de expedição ___/___/___

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 017.413.264-60,

com domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

_____, nº _____

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

_____, cujo o condutor era

Veículo: _____ Modelo: _____ Ano: _____

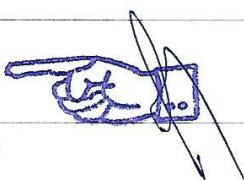
Placa: _____ Chassi: _____

Data do Acidente: ___/___/___

Local e Data: _____

Rosílio Vieira Ramalho

Assinatura do Declarante



Nicálio Clementino de Moura

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Auricelio Nicolau da Silva
Escrevente



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419514076200000025035685>

Número do documento: 19110419514076200000025035685

Num. 25904832 - Pág. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

DENATRAN

LACRE

DETAN - PB **Nº 014482079010**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
FRT 20192000014579

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	0103925378-1	00/00000000	2019
NOME ROSIHELIO VIEIRA RAMALHO			
CPF / CNPJ 01741326460		PLACA NQK0742/PB	
PLACA ANT / UF NOVO	PB	CHASSI 9C2KD0810FR415279	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL	
MARA/ MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDI		ANO FAB. 2015	ANO MOD. 2015
CAP / POT / CIL 2 P/162 /CI	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA	
I P V A	COTA ÚNICA ***** 0	VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000	VENC / COTAS 1 ^a 2 ^a 3 ^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****	IOF (R\$) *****	PRÉMIO TOTAL (R\$) SEGURO P A G O	DATA DE PAGAMENTO 28/02/2019
OBSEVAÇÕES A.F RECON ADM DE CONSORCIOS LTDA			
SAO BENTO-PB		LOCAL	DATA 07/03/2019
41521		14982	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
16388676390

[Signature]

PB Nº 014482079010 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoraalider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

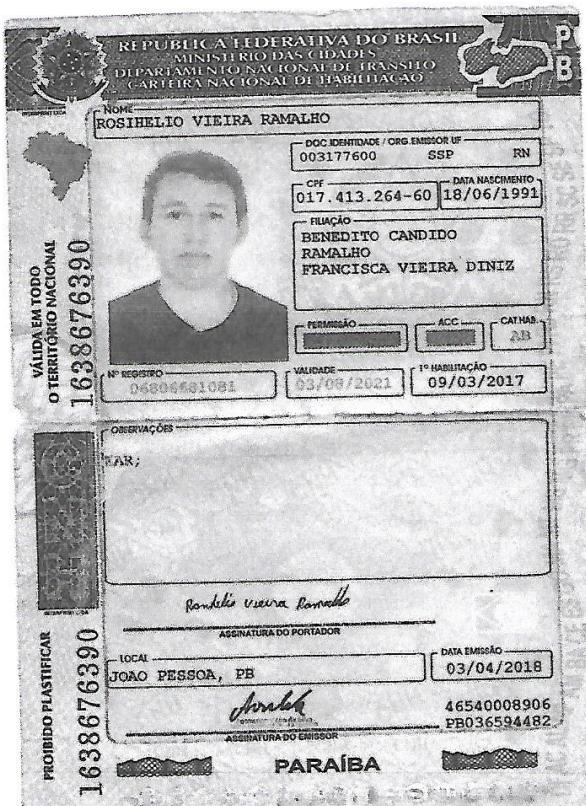
VIA	CPF / CNPJ 01741326460	PLACA NQK0742/PB
RENAVAM 01039253781	MARA/ MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDI	NP CHASSI 9C2KD0810FR415279
ANO FAB. 2015	CAT. TARIF. 9	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURO	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) P A G O
PAGAMENTO SCOTA UNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 28/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.246.608/0001-04

AGO/2018

14982-0914043-20190307





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Rosílio Vieira Ramalho

RG nº 003177600 - SSP/RN, data de expedição / /

Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 017.413.264-60,

com domicílio na cidade de SÃO BENTO, no Estado de PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ANTONIO LUCIO DA SILVA, BAIRRO HERCULAND, nº 277,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Mikael Clementino de Moraes, cujo o condutor era

Mikael Clementino de Moraes.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/NXR 160 Bros ESDD Ano: 2015

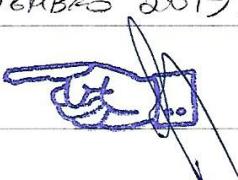
Placa: NQK 07 212 Chassi: 3C2KD0810FR415279

Data do Acidente: 18/10/19

Local e Data: SÃO BENTO - PB, 16 DE SETEMBRO 2019.

Rosílio Vieira Ramalho

Assinatura do Declarante



Mikael Clementino de Moraes
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Auricélio Nicolau da Silva
Escrevente



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419514281000000025035691>
Número do documento: 19110419514281000000025035691

Num. 25904838 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190526109

Vítima: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Data do Acidente: 18/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14800936

Pag. 00225/00226 - carta_07 - INVALIDEZ



00060113



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419514382100000025035693>
Número do documento: 19110419514382100000025035693

Num. 25904840 - Pág. 1

 Caixa Econômica Federal

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

246-634676852-6
03/SET/2019 HORA DF 11:00:14

LOT: 13_012404-4 TERM: 013858
LOCALIDADE: SAO BENTO
AG. VINCULADA: 4917 CONTROLE: 078226914

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO
4917 013 00013808-6
MIKAEL CLEMENTINO MORAIS

VALOR : 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS
246-634676852-6

1ª VIA

 Caixa

 Loterias CAIXA



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419514510700000025035704>
Número do documento: 19110419514510700000025035704

Num. 25904851 - Pág. 1

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 088.4.19.00786/01
	Sao Bento	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 04/11/2019
Número da guia: 088.2019.600786 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/11/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 506,30 Promovente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS - Taxa Judiciária: R\$ 106,30 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 50,63
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 613,95
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866700000064 139509283186 520191130084 841900786010</p>			Valor final: R\$ 613,95

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do processo)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 088.4.19.00786/01
	Sao Bento	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 04/11/2019
Número da guia: 088.2019.600786 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/11/2019
Promovente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT			UFR vigente: R\$ 50,63
Detalhamento:			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 613,95
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 613,95

 <p>Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:	Número do boleto: 088.4.19.00786/01
	Sao Bento	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de emissão: 04/11/2019
Número da guia: 088.2019.600786 Tipo de Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/11/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 506,30 Promovente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS - Taxa Judiciária: R\$ 106,30 - Taxa bancária: R\$ 1,35 Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS			UFR vigente: R\$ 50,63
			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 613,95
			Desconto total: R\$ 0,00
 <p>866700000064 139509283186 520191130084 841900786010</p>			Valor final: R\$ 613,95





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 088.2019.600786

Data Vencimento: 30/11/2019

Data Emissão: 04/11/2019

Comarca: São Bento

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Promovente: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

Promovido: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

Valor da Causa: R\$ 7.087,00

Despesas Processuais: R\$ 0,00

Custas: R\$ 506,30

Taxa: R\$ 106,30

Total da Guia: R\$ 612,60

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.



Assinado eletronicamente por: FLAUBER JOSE DANTAS DOS SANTOS CARNEIRO - 04/11/2019 19:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110419514614300000025035706>
Número do documento: 19110419514614300000025035706

Num. 25904853 - Pág. 2



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE SÃO BENTO**

Fórum Gov. João Aripino Filho
Praça Álvaro Dias, 65, Centro, São Bento - PB.
CEP 58.865-000 Tel.: (0**)83 3444-1225

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

PROCESSO N° 0801579-68.2019.8.15.0881

AUTOR: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos, etc.

Não havendo nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, DEFIRO o pedido de justiça gratuita, sem prejuízo de sua impugnação, na forma do art. 100, do NCPC.

Em que pese o contido no art. 334, do NCPC, tem-se que a prática forense tem revelado que as seguradoras do Consórcio DPVAT demandadas não costumam promover autocomposição.

Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335, III, c/c art. 231, ambos do NCPC), apresente resposta.

Providências necessárias. Cumpra-se.

Datado e assinado digitalmente.

São Bento - PB, na data da assinatura eletrônica.

JOSÉ NORMANDO FERNANDES

Juiz de Direito em substituição

Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, da Lei 11.419/2006.



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 16/12/2019 21:30:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121621303002700000026153954>
Número do documento: 19121621303002700000026153954

Num. 27094780 - Pág. 1



TRIBUNAL DE JUSTIÇA
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SÃO BENTO-PB

Fórum Gov. João Agripino Filho

Praça Álvaro Silva, SN, Centro, São Bento-PB, Tel.: (0**)83 3444-1225

CARTA DE CITAÇÃO

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Processo nº 0801579-68.2019.8.15.0881

AUTOR: MIKAEL CLEMENTINO DE MORAIS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

A(o) Ilustríssimo(a) Senhor(a) Representante legal do(a):

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, 5 Andar - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito desta Comarca de São Bento-PB, fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** de todo conteúdo da petição inicial e para que apresente resposta/contestação no prazo de 15 (quinze) dias, ficando advertido(a) que não sendo contestada a ação, nesse prazo, serão presunvidas verdadeiras as alegações do(a)(s) promovente(s) (art. 344 CPC).

Obs: O prazo para resposta fluirá da juntada do Aviso de Recebimento (AR) da presente carta aos autos.

São Bento-PB, 10 de janeiro de 2020.

SUEUDES VIEIRA ALMEIDA

Técnico Judiciário

Para visualizar os documentos que compõem este processo, acesse:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> No campo (Número do documento) informe

um desses códigos (cada código se refere a um documento): [Despacho: 19121621303002700000026153954,

Documento de Comprovação: 19110419514382100000025035693, Documento de Comprovação:

19110419513782100000025035681, Documento de Comprovação: 19110419513582600000025035678, Documento

de Comprovação: 19110419513478200000025035677, Documento de Comprovação:

19110419513259200000025035523, Documento de Comprovação: 19110419512847800000025035519, Documento

de Comprovação: 19110419512647900000025035511, Documento de Comprovação:

19110419512555300000025035508, Documento de Comprovação: 19110419512457700000025035503]



Assinado eletronicamente por: SUEUDES VIEIRA ALMEIDA - 10/01/2020 13:26:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20011013263741400000026438185>

Número do documento: 20011013263741400000026438185

Num. 27393739 - Pág. 1