

PROCURAÇÃO

OUTORGANTES: Jose Hilton Rocha da Costa brasileiro, menor imputado, inscrito no CPF 140.586.484-22, neste ato representado por seu genitor o Sr. Joseilson Vieira da Costa, casado brasileiro, inscrito no CPF 010.890.074-69, ambos juridicamente domiciliados na Rua Leonel Pedro Targino, 176, Araruama I PB, CEP 58.233-000.
pelo presente instrumento particular de procuração, nomeiam e constituem seu bastante procurador;

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB-PB 11.086, Hérica Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB – PB 18.935, Anyelle Cirne Aragão, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB – PB 23.787, estabelecidos na Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa – PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, levantar alvará em cartório, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

João Pessoa/PB, 08 de outubro de 2019.

Jose Hilton Rocha da Costa
OUTORGANTE
Joseilson Vieira da Costa



DECLARAÇÃO DE POBREZA

João Hilton Rocha da Costa, brasileiro, menor impúbere, inscrito no CPF 140.586.484-22, neste ato representado por seu genitor o Sr. Joãoilson Virei da Costa, brasileiro, casado, inscrito no CPF 010.840.034-69, ambos residentes e domiciliados na Rua Coronel Pedro Targino, 176, Alameda 1 PB, CEP: 58.233-000.

DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com a custa deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

João Pessoa/PB, 08 de outubro de 2019.

João Hilton Rocha da Costa
DECLARANTE



2565546 00 JUN. 1981

JOZAILSON VIEIRA DA COSTA

João Veríssimo da Costa
Lindalva Vieira da Costa

Araruna-PB. 19.03.1981

Cert. Nasc. nº 10821 fls. 287-v 14

Pro A-II Cart. Araruna-PB.

ESTADO DA PARAIBA DI-F 19

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

JOZAILSON VIEIRA DA COSTA

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
010.890.074-69

Nome
JOZAILSON VIEIRA DA COSTA

Nascimento
19/03/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Scanned by CamScanner





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2019

Ocorrência nº. 81/2019

Aos QUATOZE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de ARARUNA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SYMONE ROSEMBERG SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:50min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

JOSÉ VERÍSSIMO DA COSTA, conhecido(a) por **VERÍSSIMO**, Identidade nº 342.665-SSP/PB, CPF nº 263.819.664-91, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Cícero Veríssimo da Costa, natural de Araruna/PB, nascido(a) em 11/09/1953 (66 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Fialho, 176, tendo como ponto de referência: Mercadinho Martiniano, na cidade de Araruna/PB, fone(s) para contato: 99947.9100.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 4 de novembro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 18h:20min;
- 4) **Local do fato:** Araruna/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN KS COR PRETA - PLACA MOA3073/PB ANO/MODELO 2008/2008 CHASSI 9C2KC08108R154260 LICENCIADA EM NOME DO NOTICIANTE O SENHOR JOSÉ VERÍSSIMO DA COSTA

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

JAQUELINE ARAUJO END. RUA SERGIO NOVAIS, 05
JANSE COSTA PONTES END. RUA SERGIO NOVAIS

8) Breve resumo do fato:

QUE no dia 04 de novembro de 2017 por volta das 18h:20min a noticiante pilotava a moto supracitada em direção a sua residência no sentido centro de Araruna com seu neto o menor de 16 anos JOSÉ ELTON ROCHA DA COSTA no carona; QUE ao passar por um quebra molas de frente a Escola Municipal João Alves Torres, foi surpreendido por um carro não identificado que colidiu na lateral da moto vindo a derrubá-la; QUE da queda o seu neto JOSÉ ELTON sofreu fratura no fêmur; QUE foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital do Trauma em João Pessoa; QUE passou por procedimento cirúrgico de acordo com o laudo em anexo; QUE procurou esta DP para registrar o fato.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

José Veríssimo da Costa
JOSÉ VERÍSSIMO DA COSTA
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.474-4



Modelo_Delegado_JUAMILTO





SINISTRO 3190211546 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE HELTON ROCHA DA COSTA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSE HELTON ROCHA DA COSTA**CPF/CNPJ:** 14058648422**Posição em 29-03-2019 13:15:22**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/04/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

DECLARAÇÃO

Declaro para os fins de direito que o paciente o Sr.(a) JOSE HELTON RUCHA DA COSTA, portador do RG n° 1412.586.484-22, com Cartão Nacional de Saúde (CNS) n° 898004531694319, residente na rua CORONEL PEDRO TARGINO, n° 176, no município de ARARUNA, foi atendido por esse serviço de saúde (Serviço Atendimento Móvel de Urgência SAMU/Araruna/PB), no dia 04 / 11 / 2017 às 18:20, pela equipe composta pelo médico o sr(a) APARECIDA, Enfermeira a Sr(a) MARIA JOSE e condutor o Sr(a) VANDERLEI; vítima de QUEDA DE MOTO.
Desde já agradecemos a atenção e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimento, se necessário.

Araruna/PB 23 / 02 / 18;

Diretor Administrativo

Herika Coeli da Silva Clementino
Diretor Administrativo
SAMU-ARARUNA
CPF nº 18011100335





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 JOSÉ HELTON ROCHA DA COSTA
DADOS DE NASCIMENTO 13/05/02
NOME DA MÃE JUSSARA LIMA ROCHA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.039.197
Nº PRONTUÁRIO 105.227
DATA DO ATENDIMENTO 04/11/17
HORA DO ATENDIMENTO 22:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO FEMUR E
CID 10 S 72.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente menor deu entrada neste hospital vítima de motocicleta, apresentando dor em coxa E + crepitação local Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da bacia - AP
RX da coxa E - AP e P
RX do joelho E - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade distal do femur E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Brício Gonçalves e Dr. Thaies Seabra no 1º tempo e Dr. Orlando Filho e Dr. João Henrique no 2º tempo.

ALTA HOSPITALAR: 08/11/17
DATA DA EMISSÃO: 28/03/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
Paciente em DDH com anestesia
Posição e posicionamento
Colocação de comp. por cirurgia
Incisão:
Via de acesso lateral ao fêmur
Platô e liase para os pontos
Ressecção da hemostasia
Achados:
Fratura de fêmur distal (E)
Conduta:
Redução direta da fratura
Fixação e estabilização da fratura com placa DCP longa de 10
unhas de acesso com auxílio de escopio
Limpeza com SE
Ressecção da hemostasia
Fechamento:
Sutura por pontos
Curativos extensos
Ex de controle
Observação:

Médico/CRM:

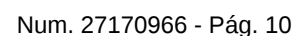
João Pessoa, 07/11/17

F(NG).ASCIR.009-1



22

CIRCULANTE
Fernanda Cunha
(425043)
ENGLASCIR.021-2





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: José Helton Rocha da Costa BE/Prontuário: 1037197
Idade: 15 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 07/11/17
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal (E)
Cirurgião: Dr. O. Mendes 1º Assistente: MRB Raiff
2º Assistente: MR1 Felipe Henrique 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Simão
Tipo de Anestesia: gaseira Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de fêmur distal (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur distal (E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

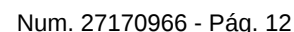
João Pessoa, 07/11/17

F(NG).ASCIR.009.1



2

13 SERRA
CIRCULAR
Suelene de Souza Santos
Téc. Enfermagem
COREN 131.979
PINGLAS





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 09/11/17

PRONTUÁRIO: 1030792

ASSINADO

PACIENTE: Carla Helton SEXO: F COR: P IDADE: 45

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 60 RESPIRAÇÃO: 16 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 60 GRUPO SANGÜÍNEO: B

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VP

AP. RESPIRATÓRIO: VP AP. CIRCULATÓRIO: VP

AP. DIGESTIVO: VP ESTADO MENTAL: VP DROGAS EM USO: VP

PRÉ-ANESTÉSICO: VP ESTADO DE ANESTESIA: VP

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Artroscopia de joelho

CIRURGIA REALIZADA: Artroscopia de joelho

CIRURGIÃO: Dr. André AUXILIARES: Dr. Carlos

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 09:15 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 01:15

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 01.00 QUANT. DE CH.: 100 VALORES RS: 15

ANESTESISTA: André CPF: 123456789 CRM-PB: 12345

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP

ANESTESIA: VP



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: João Pessoa BE/Prontuário: _____
Idade: 19 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 08/11/19
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Amílcar 1º Assistente: Dr. Eduardo Silva
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Fixação de fêmur</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(☒) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

CRM - RJ 8495
01/11/19

João Pessoa, 08/11/19

F(NG).ASCIR.009-1



 SUS	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		2 - CNES	
HERTS HL			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HERTS HL			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		5 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Jose Helton Rocha da Costa		1039199	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
		13/05/2002	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO	
		M	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CDD. IBGE. MUNICÍPIO	
		15 - UF	
		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL	
		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
		25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CDD. 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 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
Fiole Kuschemner nº 4.0			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - DOCUMENTO	42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNS () CPF		Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 7654 FIO 19655	
AUTORIZAÇÃO			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
() CNS () CPF			
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Data: ____/____/____
Caixa Pronta: ____

Número: 1039197
Paciente: Jose Valfonso Rocha da Costa
Procedimento: Subst. Liturg. ped. de femur. distal
SUS: (a) Não SUS
Médico: Dr. Orlando de Jesus Vervique + Dr. R. L. Pedro
Reposição: Dr. Raife

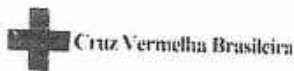
DISPENSÇÃO CME			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
EX45 TM	Placa farsa de 10 mm	01	
	farsa. cor. farsa n. 20	01	
	n. 32	01	
	n. 36	01	
	n. 42	01	
	n. 46	01	

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS

Fernanda Cinthia
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
(425043)
F(NG).A.PC.013-2

[Assinatura]
ASSINATURA FARMÁCIA - COREN

[Assinatura]
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.:

Impresso por: NILVAN DA
SILVA LINHARES
Em: 06/11/2017 07:46:17

Paciente JOSE HELTON ROCHA DA COSTA	Boletim de Atendimento 1039197	Data/Hora Entrada 04/11/2017 22:13:11	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/05/2002	Idade 15	Sexo Masculino	CNS
Tempo de Internação 1d 2h 42min	Convênio SUS	Prontuário 105227	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (NILVAN DA SILVA LINHARES - 06/11/2017 07:46:12)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#Fratura de fêmur distal esquerdo

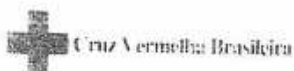
Paciente em uso de tração transtibial. Aguarda exames pré-op. Sem queixas no momento.

CD: VPM

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA EXTRA 03
Profissional responsável pela informação: NILVAN DA SILVA LINHARES

Número Conselho: 5044





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: PEDRO
HENRIQUE GUTIERREZ
VARGAS FREITAS
Em: 07/11/2017 11:00:32

Paciente JOSE HELTON ROCHA DA COSTA	Boletim de Atendimento 1039197	Data/Hora Entrada 04/11/2017 22:13:11	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/05/2002	Idade 15	Sexo Masculino	CNS 898005187322682
Tempo de Internação 2d 5h 56min	Convênio SUS	Prontuário 105227	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 07/11/2017 11:00:27)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

POI DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO. SEM INTERCORRENCIAS. SEGUE AOS CUIDADOS PÓS-ANESTÉSICOS.

CD: VPM

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9012

Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Número Conselho: 10575



SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

MOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CID10

Código	Descrição
S72.4	Fratura da extremidade distal do fêmur

Conduta

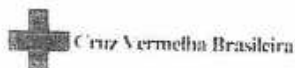
Em observação

Dr. Brício Kelton B. Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7054
RBO 16556

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES
(7654/PB)

JOSE HELTON ROCHA DA COSTA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente JOSE HELTON ROCHA DA COSTA	BAE 1039197	Data/Hora Entrada 04/11/2017 22:13:11	Data Baixa
Data de nascimento 13/05/2002	Idade 15	Sexo Masculino	CNS
Mãe JUSSARA LIMA ROCHA			Telefone de Contato (83) 996089008
Endereço FRANCISCO FIALHO, 172	Bairro CENTRO	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	UF PB
Data/Hora Classificação 04/11/2017 22:13:11		Data/Hora Prescrição 05/11/2017 02:23:04	Nº Cons. Regional 7654/PB
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM CAPACETE. NEGA VOMITOS. MEGA SINCOPE.
CHEGA A SERVIÇO COM COLAR CERVICAL
ef: dor e crepitação em coxa esquerda
boa perfusão distal de mie
rx fratura 1/3 distal femur esquerdo
cdt: ao bloco para procedimento cirurgico

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

GUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)
Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: S/N)
Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0.0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)
Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA SUBLINGUAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG
E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

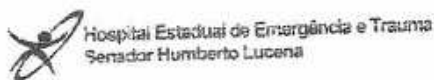
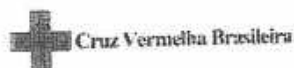
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0.0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, 0.0 (MGTSM) SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

75.71.198:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=138699&pesquisa=Sperfor...





AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1039197

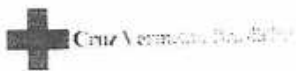


Identificação do paciente						
ID 1227091	Nome JOSE HELTON ROCHA DA COSTA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 13/05/2002	Idade 15 anos 5 meses 22 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe JUSSARA LIMA ROCHA	Pai JOSAILSON VIEIRA DA COSTA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LINDALVA VIEIRA DA COSTA - AVO(O)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996089008	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3506626	Nº Cns				
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICIPIO	UF PB				
Email	Naturalidade ARARUNA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro FRANCISCO FIALHO			
Número 172	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 04/11/2017 22:13:11	Número da pulseira 1000006287169	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	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 []	Liq. Lor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos: <i>paciente chegou em estado de choque, com sinais vitais instáveis, sendo encaminhado para UTI para tratamento de emergência.</i> <i>Cláudio R. A. Melo</i> Enfermeiro						
Diagnóstico						CID
Atendido por EDILEUZA VENTURA DA SILVA						Tempo 52seg

Imprimir

//172.16.0.6:8080/cvb/pages/boletimEmergencia.do?perform=Imprimir&id=1039197





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB 58109-090

GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H. LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB 58109-090
Tel: 32 35700
CNES:

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE HELTON ROCHA DA COSTA	1039187	04/11/2017 22:13:11	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
13/05/2002	15	Masculino	(83) 996099008
Mãe			Prontuário
JUSSARA LIMA ROCHA			
Endereço	Bairro	Município	UF
FRANCISCO FIALHO, 172	CENTRO	ARARUNA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES	7654/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Resolução	
04/11/2017 22:13:11		05/11/2017 10:22:24	
Convênio	Nº Matrícula	Serius	
S			

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM CAPACETE. NEGA VÔMITOS. MEGA SINCOPE.
CHEGA A SERVIÇO COM COLAR CERVICAL
ef: dor e crepitação em coxa esquerda
boa perfusão distal de mie
rx fratura 1/3 distal fêmur esquerdo
cdt: ao bloco para procedimento cirúrgico

Conduta

Internar Paciente

BRICIO KELTON BARBOSA GOLCALVES

JOSE HELTON ROCHA DA COSTA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

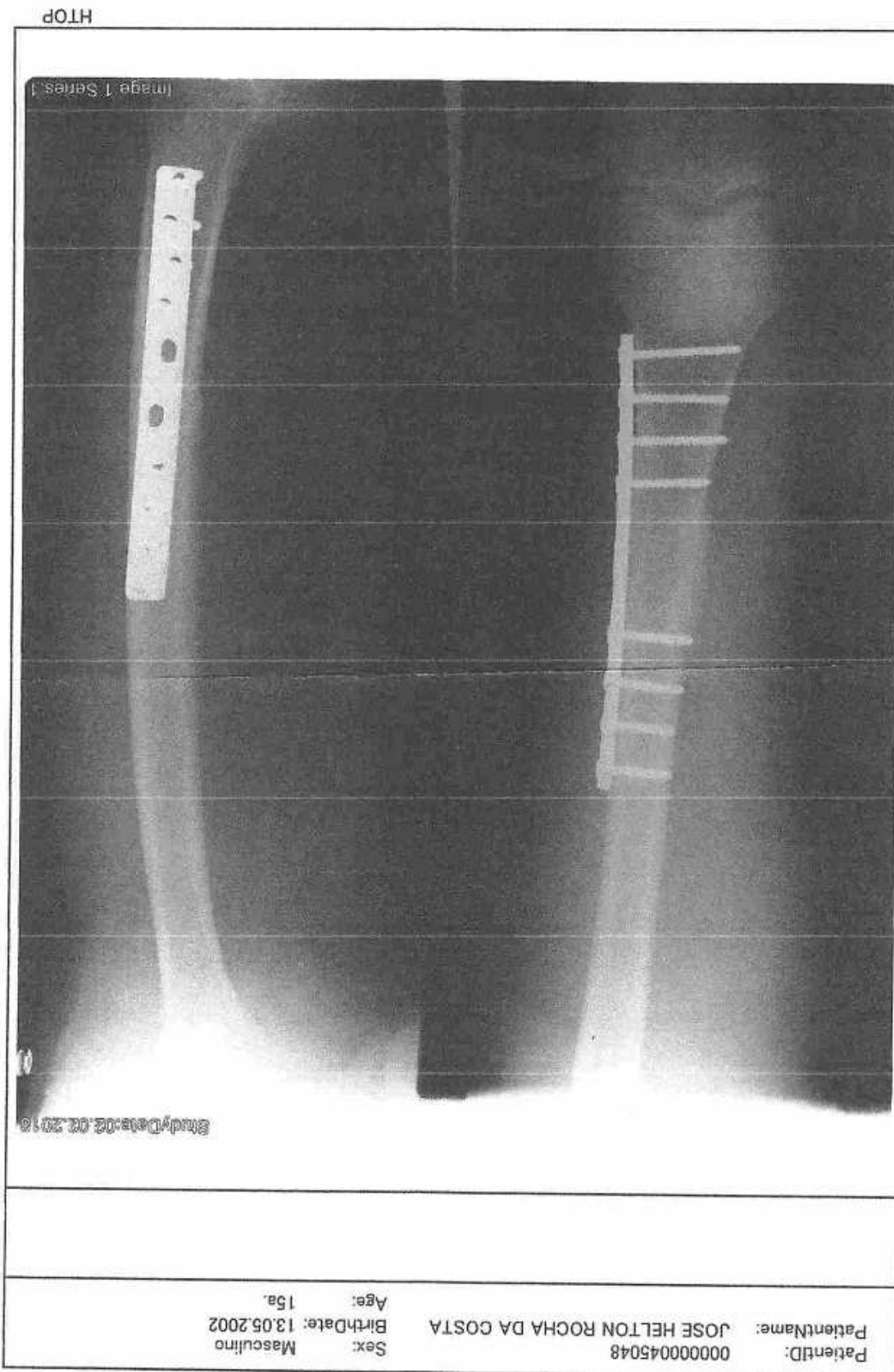
Boletim de Atendimento: 1039197



Identificação do paciente						
ID 1227091	Nome JOSE HELTON ROCHA DA COSTA			Sexo Masculino		
Data de nascimento 13/05/2002	Idade 15 anos 6 meses 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 105227		
Mãe JUSSARA LIMA ROCHA	Pai JOSAILSON VIEIRA DA COSTA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LINDALVA VIEIRA DA COSTA - AVO(O)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996089008	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3506626	Nº Cns 898005187322682				
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
E-mail	Naturalidade ARARUNA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro FRANCISCO FIALHO			
Número 172	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 04/11/2017 22:13:11	Número da pulseira 1000006287169		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	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						
Diagnóstico						CID
Atendido por EDILEUZA VENTURA DA SILVA						Tempo 52seg

Imprimir





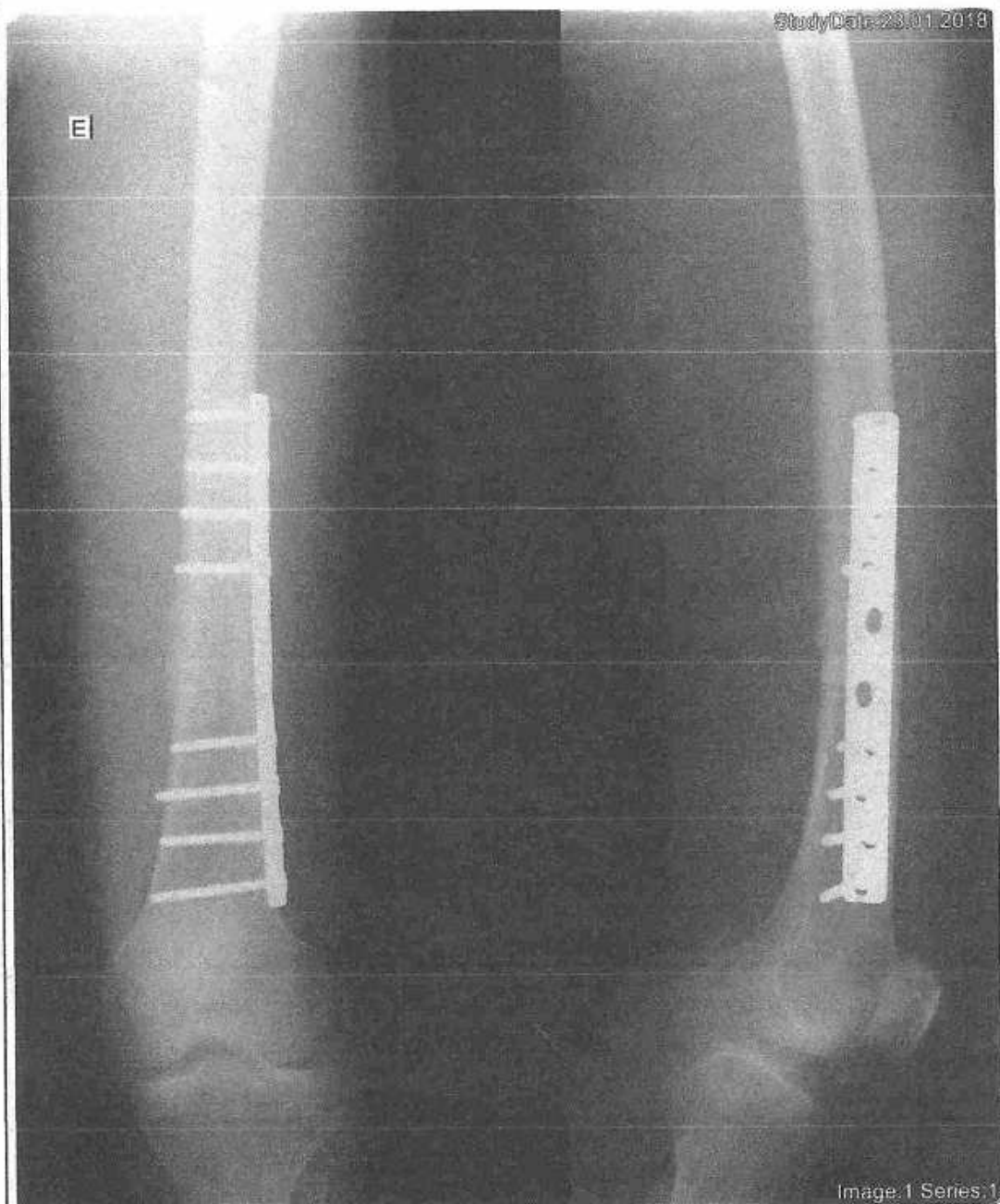
PatientID: 000000045048

PatientName: JOSE HELTON ROCHA DA COSTA

Sex: Masculino

BirthDate: 13.05.2002

Age: 15a.



HTOP



Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital

Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58.013-520
Tel.: (83) 3208-2495; e-mail: jpa.17varacivel@tjpb.jus.br

Nº do Processo: 0883311-09.2019.8.15.2001

Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assuntos: [SEGURO]

AUTOR: JOSE HELTON ROCHA DA COSTA, JOZAILSON VIEIRA DA COSTA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO DE CONCLUSÃO DOS AUTOS

Certifico e dou fé que nesta data faço os autos conclusos para apreciação deste MM Juízo.

João Pessoa, 7 de janeiro de 2020

DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO
Técnico Judiciário





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

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0883311-09.2019.8.15.2001

AUTOR: JOSE HELTON ROCHA DA COSTA, JOZAILSON VIEIRA DA COSTA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

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/PB, data definida no sistema

Juiz(a) de Direito





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

PROCESSO Nº 0883311-09.2019.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[SEGURO]

AUTOR: JOSE HELTON ROCHA DA COSTA, JOZAILSON VIEIRA DA COSTA
RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO

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

17ª Vara Cível da Capital - PB, 16 de janeiro de 2020.

DEUSDETE RUFINO DE CARVALHO

Técnico Judiciário





Poder Judiciário da Paraíba
17ª Vara Cível da Capital
Comarca de



Processo nº 0883311-09.2019.8.15.2001

DESTINATÁRIO(A): MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A
AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - até 1145 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

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

16/01/2020

REMETENTE:

UNIDADE JUDICIÁRIA: 17ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Processo nº 0883311-09.2019.8.15.2001

AUTOR: JOSE HELTON ROCHA DA COSTA, JOZAILSON VIEIRA DA COSTA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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. 247 e seguintes do CPC, **CITO** Nome: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - até 1145 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000, 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

16/01/2020 13:45



Integra da petição inicial e dos documentos. Seguem em anexo cópia da contrafé e despacho no link abaixo.

João Pessoa - PB, 16 de janeiro de 2020.

De ordem, ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ E DOCUMENTOS DO PROCESSO ACIMA MENCIONADO ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam> NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

Documentos associados ao processo

Título	Tipo	Chave de acesso**
Petição Inicial	Petição Inicial	19121811010086800000026225552
PROCURAÇÃO, DOCS. PESSOAL, REQ. ADMINISTRATIVO, E DOCUMENTOS MÉDICOS	Documento de Comprovação	19121810451826000000026225973
Certidão	Certidão	20010711414350700000026361263
Despacho	Despacho	20010815263407000000026365960



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

16/01/2020 13:37:32

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

ID do documento: 27497656



20011613372978200000026534671

imprimir

