

DUARTE E SILVA ADVOGADOS ASSOCIADOS

Av. João Machado, 399, Sala - 01, Centro, João Pessoa-Paraíba.
83-998732-6361/ 83-99342-1170/ 83-3512-6361

PROCURAÇÃO "AD – JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

CONTRATANTES:

NOME José glauclom Fantes dos Santos TELEFONE 98662-9480
ESTADO CIVIL Solteiro PROFISSÃO Estudante
CPF 700.619.894-10 RG 3.963.316 ENDEREÇO São geraldo
nº 390 Recife

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores, JOSÉ EDUARDO DA SILVA OAB/PB 12.578, e ALEXANDRA CESAR DAURTE OAB/PB 14.438, com escritório profissional sito à Avenida João Machado 399, sala 01, Centro, João Pessoa, Paraíba.

Ficam conferidos a ele(s), amplos poderes para praticar todos os atos de processos judiciais e extrajudiciais de representação e defesa em qualquer Juízo, instância ou tribunal, perante quaisquer pessoas de direito público, seus órgãos, ministérios, desdobramentos e repartições de qualquer natureza, inclusive autarquias e entidades paraestatais, quaisquer pessoa jurídica de direito privado, sociedade de econômica mista ou pessoa física em geral, outorgando poderes para: receber citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, desistir, transigir, assinar documentos, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive levantar/receber alvarás judiciais, conjunta ou separadamente, junto aos cartórios do poder judiciário deste Estado, podendo ainda, substabelecer esta a Outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso sempre no interesse do outorgante.

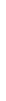
GRATUIDADE JUDICIÁRIA

Declara ainda o outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do seu sustento ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa, 20 de novembro de 2017.

(OUTORGANTE) José glauclom Fantes dos Santos
20/11/2017



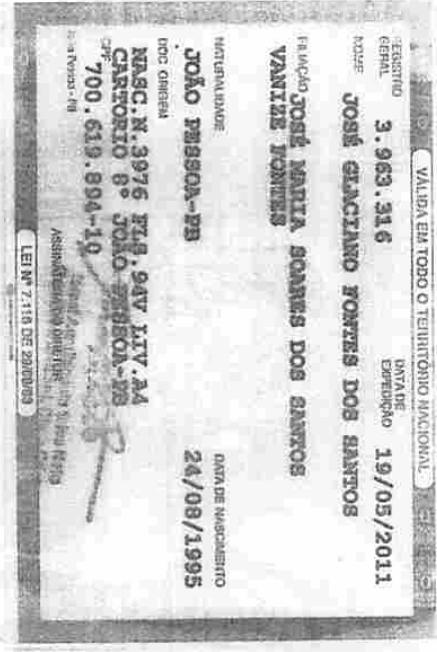


Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090815434674200000009400233>

Número do documento: 17090815434674200000009400233

Num. 9609061 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090815434674200000009400233>
Número do documento: 17090815434674200000009400233

Num. 9609061 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1709081543467420000009400233>
Número do documento: 1709081543467420000009400233

Num. 9609061 - Pág. 4

JOSE MARIA SOARES DOS SANTOS
RUA SAO GERALDO, 380 - VARJAO
JOAO PESSOA/PB CEP: 58070-200 (AG. 1)

Classificação: RESIDENCIAL / BABA RENDA MONOPÓLICO - Bloco 015 Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
Referência: Jan/2017
Número da Conta: 00008278607
Emissão: 18/01/2017

ENERGISA PARAÍBA - DIGITRIPUL/RADE ENERGIA/SA
CNPJ 09.005.192/0001-41 - Ins Est 16.015.923-0
Nos Fazemos Conta de Energia Elétrica! Fone: 0800 629 427
Código para Débito Automático: 0006942132

0000.002.0196 Acesse: www.energisa.com.br

unidora): 5/696273-2
anal de contato

TSEE foi criado pela Lei

próxima leitura

13/02/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
38622312420 Ins Est.	16/12/16 4227	18/01/17 4367	1	140	31
Faturas em atraso					
Demonstrativo					
Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)		
Consumo ate 30kWh-BR	30	0,14938	4,48		
Consumo + 31 a 100kWh-BR	70	0,25610	17,92		
Consumo + 101 a 220kWh-BR	40	0,38415	15,36		
Subíndice			23,87		
ICMS			24,76		
PIS			0,95		
COFINS			4,36		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			2,25		
JUROS DE MORA 12/2016			0,13		
MULTA 12/2016			1,33		
Devolução Subsídio			-23,87		
Histórico de Consumo (kWh)					
Diz/16	146				
Jan/16	121				
Fev/16	122				
Mar/16	223				
Abr/16	75				
May/16	72				
Jun/16	71				
Jul/16	110				
Aug/16	86				
Sep/16	91				
Out/16	98				
Nov/16	97				
ICMS	91,72	27,00	24,76		
PIS	91,72	1,0400	0,95		
COFINS	91,72	4,7801	4,36		
VENCIMENTO					
TOTAL A PAGAR					
23/01/2017 R\$ 71,56					
Media dos últimos meses: 102					

12e0.d729.0d7e.e7c5.3adb.9011.361e.810e.

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIGMENAL	5,43	0,00	Serviços de Dist da Energia/PB	14,34	20,05
DIG-TRIMESTRAL	10,88	NOMINAL	Compra de Energia	16,79	23,46
DIGANUAL	21,73	320	Envio de Transmissão	0,39	1,38
FIC-MENAL	3,48	0,00	Encargos Selvagens	5,34	7,88
FIC-TRIMESTRAL	8,97	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	33,30	47,23
FIC-ANUAL	13,95	LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,30	0,44
DNC	3,11	0,00	Total	71,56	100,00
DICR	12,22				

ATENÇÃO

Valor do EUGD (Ref 11/2016) R\$ 11,00



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090815434674200000009400233
Número do documento: 17090815434674200000009400233

Num. 9609061 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1709081543467420000009400233>
Número do documento: 1709081543467420000009400233

Num. 9609061 - Pág. 6

28/08/2017

Seguradora Lider-DPVAT Acompanhe o Processo



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

472,00
300,00

772,00

caixa

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170426568 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 70061989410

Posição em 28-08-2017 09:26:16

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento Valor da Indenizacao Juros e Correção Valor Total

29/08/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------

ACESSIBILIDADE

([/Pages/Acessibilidade.aspx](#)) ([/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx](#))

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas ([/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx](#))

Documentos Invalidez Permanente ([/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx](#))

Documento Morte ([/Pages/Documentacao-Morte.aspx](#))

Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))

PAGUE SEGURO

Como Pagar ([/Pages/Pague-Seguro.aspx](#))

Consulta a Pagamentos Efetuados ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))

<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

1/2



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1709081543467420000009400233>

Número do documento: 1709081543467420000009400233

Num. 9609061 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1709081543467420000009400233>
Número do documento: 1709081543467420000009400233

Num. 9609061 - Pág. 8

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01023.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01023.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:26 horas do dia 01 de junho de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Alcebíades Barbosa de Azevedo, Escrivão de Polícia, matrícula 1557246, ao final assinado, compareceu José Glaciano Fontes dos Santos, CPF nº 700.619.894-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Vanize Fontes e Jose Maria Soares dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/08/1995 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Geraldo, Nº 390, bairro Varjão, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bar do Miro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98839-3970.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Estação Ciência, Rotatória da Estação Ciência, João Pessoa/PB, bairro Cabo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/02/17 02:28h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

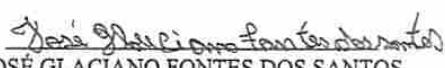
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Afirma que conduzia a motocicleta HONDA XR 250 TORNADO, vermelha, placa MOQ5357PB, chassi 9C2MD34008R005943, registrada à época em nome de VERA LUCIA CORREIA DE MEDEIROS, quando foi 'fechado' por um veículo de cor preta, não identificado, chegando a perder o controle da motocicleta e caindo ao solo, já desacordado, retomando a consciência já dentro da ambulância do SAMU que o socorreu até o Complexo Hospitalar de Mangabeira, conforme certidão nº 0544/2017. Informa que não possui testemunhas para apresentar e que não possui CNH nem autorização para conduzir veículos.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 01 de junho de 2017.


ALCEBIADES BARBOSA DE AZEVEDO
Escrivão de Polícia


JOSÉ GLACIANO FONTES DOS SANTOS
Noticiante





Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090815434674200000009400233>
Número do documento: 17090815434674200000009400233

Num. 9609061 - Pág. 10



CERTIDÃO

Nº. 0544/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 6925 pertencente a **JOSÉ GLACIANO FONTES DOS SANTOS** que foi atendido dia 17/02/2017 ás 02H28min, paciente trazido do HETSHL vitima de acidente de moto, apresentando fratura em quinto quirodáctilo direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de quinto quirodáctilo direito, realizado sutura, imobilização, medicado e liberado.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de maio de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1709081543467420000009400233>
Número do documento: 1709081543467420000009400233

Num. 9609061 - Pág. 12

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-334 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 6925 Atd: Nao Regulad
Data: 17/02/2017
Hora: 02:28:15
Recepçionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA E
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1
CNS: 705004057254655 Sexo: M IDENTIDADE: 3963316 Fone: 88393970
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 24/08/1995 Id: 21 ano(s)

Endr.: RUA SAO GERALDO, 390

Bairro: VARJAO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: VANIZE FONTES

Pai: JOSE MARIA SOARES DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP. TRAUMA

FATURADO

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Queixa Principal :

[] Vomito

Observacao

FRACTURA EXPUSA DE 5º QUIRODACTILO DIREITO.

Alexandra da Graça Tiburcio
Técnica de Enfermagem
COREN PB 874 209

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico

| Horário da medicacão

Prescrição

- Reforço 2º

Dra. Tiburcio Gomes Pereira
Ortopedico - Traumatologo
Médico de família
CRM 6350



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Otdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

030403007-9
030401004-8
0303091022-7

DESTINO DO PACIENTE

040101005-7 (7430)

[] Residencia

[] Transferido

[] Desistencia

[] UTI

[] Alta a pedido

[] Enfermaria

Obito:

[] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura e Carimbo do Medico



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
NOME DO PACIENTE	José Glauciano Fontes dos Santos	
DATA DE NASCIMENTO	24/08/95	
NOME DA MÃE	Vanize Fontes	
DADOS EXTRAÍDOS		
BOLETIM DE ENTRADA N.º	972536	
DATA DO ATENDIMENTO	07/01/17	
HORA DO ATENDIMENTO	12:46	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto	
DIAGNÓSTICO (S)	Trauma superficial da cabeça	
CID 10	S00	
<u>AVALIAÇÃO INICIAL:</u>		
<p>Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, relata perda da consciência, apresenta ferimento abrasivo em região de mandíbula, glasgow 15, sem déficit motor. Avaliado pela Neurocirurgia.</p>		
<u>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</u>		
TC de crânio		
TC: sem anormalidades	<u>RESULTADOS DOS EXAMES:</u>	
<u>TRATAMENTO:</u>		
1º atendimento		
ALTA HOSPITALAR:	07/01/17	
DATA DA EMISSÃO:	06/07/17	
 Dr. Juan Jaime Alcoba Arce CRM: 3323/PB		

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



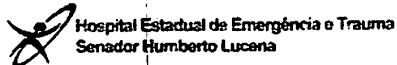
V



Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=17090815434674200000009400233>
Número do documento: 17090815434674200000009400233

Num. 9609061 - Pág. 16

Reab. Geral



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

Boletim de Atendimento: 972636



Identificação do paciente																
ID 1125439	Nome JOSE GLAUCIANO FONTES DOS SANTOS			Sexo Masculino												
Data de nascimento 09/05/1995	Idade 21 anos 7 meses 29 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário												
Mãe NAO INFORMADO				Pai NAO INFORMADO												
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO												
DDD Móvel 83	Fone Móvel			DDD Fixo												
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Crns														
Local de procedência JOSE AMERICO				Tipo BAIRRO												
Email	Naturalidade	UF PB														
Endereço																
CEP 58070200	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SÃO GERALDO													
Número SN	Complemento	Bairro VARJÃO														
Admissão																
Data e Hora 07/01/2017 12:46:56	Número da pulseira 4203230			Convênio SUS												
Especialidade CLINICA GERAL				Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL												
Classificação de risco				Origem do paciente RUA												
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X OBJETO														
Indicadores e Transporte																
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não													
Meio de transporte SAMU				Quem transportou SAMU												
Sinais Vitais																
PA	X mmHg	P脉	Temperatura													
Exames complementares																
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []												
Dados clínicos																
<p>Paciente consciente e orientado <i>reorientado para falar</i></p> <table border="1"> <tr> <td>TIPO ...</td> <td><i>Claro</i></td> </tr> <tr> <td>DATA</td> <td><i>07/01/17</i></td> </tr> <tr> <td>HORA ...</td> <td><i>14:01</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">CID</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NOME TÉC. RAD.: <i>Yessica</i> Tempo <i>02min 3 seg</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ASS.: _____</td> </tr> </table>					TIPO ...	<i>Claro</i>	DATA	<i>07/01/17</i>	HORA ...	<i>14:01</i>	CID		NOME TÉC. RAD.: <i>Yessica</i> Tempo <i>02min 3 seg</i>		ASS.: _____	
TIPO ...	<i>Claro</i>															
DATA	<i>07/01/17</i>															
HORA ...	<i>14:01</i>															
CID																
NOME TÉC. RAD.: <i>Yessica</i> Tempo <i>02min 3 seg</i>																
ASS.: _____																
<i>26104</i>																
Imprimir																

07/01/2017 12:46



7/1/2017 Ncn
às 16h04

Vítima do TCE
por acidente cl
motoadlets

Glasgow 17
sem deficit motor
TCC sem anomalia
des associada ao TCE
scout cervical sem
fraturas (até C8).

D: Altz dc Ncn

George Mendes
Neurocirurgia / Neurocirurgião
CRMESP 346



Primeiro Atendimento Médico



PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

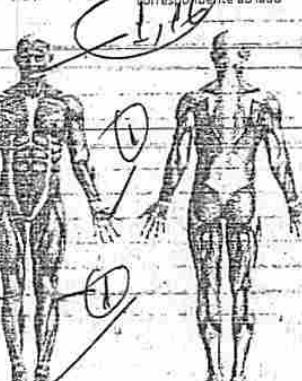
NOME DO PACIENTE:	IDADE:	4203239 BE.: 972536 JOSE GLAUCIANO FONTEZ DOS SANTOS DT. NASC.: 08/05/1985 SEXO: NAO INFORMADO
DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TBAUMA		END.: 5 SO GERALDO N. SN - VARJ. SO JOGO PESSOA FONE: () CELULAR: (03) IDADE: 21 DT. ENTRADA: 07/01/2017 12:40:56
<p><i>Paciente, por favor da paciencia</i></p> <p><i>O que é isto?</i></p> <p><i>Houve perda de consciência?</i></p>		

EXAME PRIMÁRIO		CIRCULAÇÃO	
IAS <input checked="" type="checkbox"/> Pêrvias <input type="checkbox"/> Obstruídas AERÉAS <input checked="" type="checkbox"/> CERVICAL IMOBILIZADA: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não VENTILAÇÃO: TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA <input type="checkbox"/> Sem dificuldade <input type="checkbox"/> Com dificuldade () VENTILAÇÃO MECÂNICA () APNÉIA AUSCUTA PULMONAR: 1- MURMÚRIO VESICULAR HTD <input checked="" type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente HTE <input type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente 2- RUIDOS HTD <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores HTE <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Estertores FR: 16 imp SaO ₂ 100% DEFÍCIT NEUROLÓGICO Pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Fotoreagente <input type="checkbox"/> Paralisadas <input type="checkbox"/> Isocônicas <input type="checkbox"/> Anisocônicas (diferença = mm) Escala de Glasgow:		COR DA PELE: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Cianótica TEMPERATURA DA PELE: <input type="checkbox"/> Pletórica <input type="checkbox"/> Ictérica POLSO: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Fria AUSCUTA CARDÍACA RITMO: <input type="checkbox"/> Regular <input checked="" type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Ausente BULHAS: <input type="checkbox"/> Normotônéticas <input type="checkbox"/> Hipertônéticas <input type="checkbox"/> Ausente SOPRO: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente BP: 140/94 mmHg PA: 110x70 mmHg T: °C ECG:	
ABDOMEN: <i>Reles acostumado</i>			

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

F(NG).CC.001-1



EXAME SECUNDÁRIO		
ALERGIA:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	
MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	
IMUNIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	
PATOLOGIA	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:	
LOCAL DA LESÃO 	Identifique o local com o número correspondente ao lado → 1. Abrasão 2. Amputação 3. Avulsão 4. Contusão 5. Crepitacão 6. Dor 7. Edema 8. Empalamento 9. Efisema subcutâneo 10. Esmagamento 11. Equimose 12. F. Arma Branca 13. F. Arma de Fogo 14. F. Contuso 15. F. Cortante 16. F. Corto-Contuso 17. F. Perfuro-Contuso 18. F. Perfuro-Cortante 19. Fratura Óssea Fechada 20. Fratura Óssea Aberta 21. Hematoma 22. Ingurgitamento Nervoso 23. Lacerção 24. Lesão Tendinea 25. Luxação 26. Mordedura 27. Movimento torácico paradoxal 28. Objeto Encravado 29. Otorragia 30. Paralisia 31. Paresia 32. Parestesia 33. Queimadura 34. Rinorrágia 35. Sinais de Isquemia 36.	
OBS.:		
QUEIMADURA: Superfície corporal lesada (regra da palma%)	% Graus de queimadura: <input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau	
EXAMES SOLICITADOS:	<input type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada <td> <input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea </td>	<input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS 1. Atualização 2. Desbridamento de tecido morto e irrigação profunda 3. Desbridamento de tecido morto e irrigação profunda 4. Desbridamento de tecido morto e irrigação profunda 5. Desbridamento de tecido morto e irrigação profunda 6. Desbridamento de tecido morto e irrigação profunda 7. 8. 9. 10.	CÓDIGO <i>DR. Roberto Nery Dantas Cirurgia Geral CRM-SP 1955</i>
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO	BUCO / NCZ do dia as do dia	
Solicito parecer da		
Solicito parecer da		
DESTINO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico	
DATA DA SAÍDA	<input type="checkbox"/> Tranferência (unidade de saúde)	
HORAS:	Internado (setor) <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revogar <input type="checkbox"/> Desistência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO	
ATURAIS/ARIMBO	ASSIN	ASSIN
ATURA DO PÁTIENTE OU RESPONSÁVEL		

F(NG)-CC-001-1





EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE.: 972536

JOSE GLAUCIANO FONTES DOS SANTOS
DT. NASC.: 09/05/1985
NRA: NAO INFORMADO

BE/PRONTUÁRIO

END. 15 SAO GERALDO
N. SN - VARJAO
JORO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (03)
IDADE: 21
DT. ENTRADA: 07/01/2017 12:46:06

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
07/01/16	12:46:06	<p><u>BMF:</u></p> <p>Paciente vítima de acidente metaditro. Comissão de Cracete há + 3 horas. Nega náuseas e vômitos perde de consciência. Aproxima-se, no momento, convulsivo, one lado, espasmos, normocorisação, agitado e movimentando os outros membros. No exame físico de face, observa-se movimentos contínuos, ondulação nasal prenervada, fámito diariquo em região mandibular (E) e direito FCC, lâmina superior, obertura bucal retrahitória. No exame oftálg. oral, adensos orbitais. Não apresenta riscos clínicos ou tomográficos de fratura do esqueleto facial.</p> <p>HT: Alterações com pre</p> <p>co: Dureza tafas</p> <p>DPLte BMF</p> <p>B) Acidentado</p> <p>do NCR.</p>

Dr. Claudio Nunes Ribeiro Neto
Cirurgião-Dentista - Odontologia Facial
CRM-PB-2357

F(NG).ENP.018-1





Assinado eletronicamente por: ALEXANDRA CESAR DUARTE - 08/09/2017 15:44:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1709081543467420000009400233>
Número do documento: 1709081543467420000009400233

Num. 9609061 - Pág. 22



Poder Judiciário da Paraíba
8ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0844863-35.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
Polo ativo: AUTOR: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

CERTIDÃO

Certifico que autuei e faço os presentes autos CONCLUSOS. Dou fé.

JOÃO PESSOA, 19 de outubro de 2017
WEZALY DE MEDEIROS MEIRA



Assinado eletronicamente por: WEZALY DE MEDEIROS MEIRA - 19/10/2017 17:14:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1710191714092870000010073611>
Número do documento: 1710191714092870000010073611

Num. 10303724 - Pág. 1

EXCELENTEÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA 8^a VARA CÍVEL DA CAPITAL/PB

Processo nº 0844863-35.2017.8.15.2001

REGINALDO NUNES CHAVES, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 24.289, com escritório profissional na Rua Poeta Miguel Jansen Filho, nº 188, Centro, Monteiro/PB, um dos procuradores judiciais da parte autora, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, nos termos do art. 112, do CPC, comunicar a sua **RENÚNCIA AO MANDATO** que lhe foi outorgado, por razões de foro íntimo, dispensada a prova de comunicação ao Mandante, de acordo com o § 2º do art. 112 do CPC.

Desta feita, requer seja o advogado, acima referenciado, excluído, neste processo, da representação da parte Autora e que as intimações, a partir de agora, sejam feitas e endereçadas, exclusivamente, aos advogados **JOSE EDUARDO DA SILVA, OAB/PB 12.578 e/ou ALEXANDRA CESAR DUARTE, OAB/PB 14.438**.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Monteiro/PB, 05 de Janeiro de 2017.

**REGINALDO NUNES CHAVES
OAB/PB 24.289**





**Poder Judiciário da Paraíba
8ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0844863-35.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de gratuidade de justiça.

Como é cediço, o art. 334 do CPC/2015 estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese o texto legal, a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. Com efeito, a formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em tela, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócuas. A parte autora busca no Judiciário a revisão do ato que deferiu em parte o pedido no âmbito extrajudicial, apenas reapresentando a situação de fato ao juízo sem a complementação de provas, trazendo os mesmos exames já levados à perícia administrativa.

Ademais, a experiência prática demonstra que as seguradoras não realizam acordos em demandas congêneres, razão pela qual deixo de designar audiência prévia de conciliação.

Assim:

1. CERTIFIQUE a escrivania a existência de outra ação idêntica a presente, envolvendo as mesmas partes, eventualmente distribuída para vara cível diversa;
2. Caso negativa a certidão, determino a citação da parte ré, com prazo de 15 dias, uma vez que a audiência de conciliação/mediação prevista no art. 334, do CPC/2015 mostra-se inoportuna no presente caso, ante a necessidade de realização de perícia prévia.
3. Apresentada contestação, INTIME-SE para impugnar no prazo de 15 dias.
4. Por fim, defiro o pedido de renúncia presente no ID.11996904. Proceda a Escrivania com as alterações necessárias no SISCOM.



P.I.Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 12 de janeiro de 2018.

Renata da Câmara Pires Belmont

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: RENATA DA CAMARA PIRES BELMONT - 12/01/2018 11:37:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18011211372717300000011753540>
Número do documento: 18011211372717300000011753540

Num. 12019931 - Pág. 2



Poder Judiciário da Paraíba
8ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0844863-35.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
Polo ativo: AUTOR: JOSE GLACIANO FONTES DOS SANTOS
Polo passivo: RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico que em pesquisa, aos sistemas STI e PJe, não encontrei quaisquer ações além desta. Pelo motivo retro passo a citação da promovida. Dou fé.

JOÃO PESSOA, 27 de novembro de 2019
WEZALY DE MEDEIROS MEIRA



Assinado eletronicamente por: WEZALY DE MEDEIROS MEIRA - 27/11/2019 15:36:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19112715361670800000025674159>
Número do documento: 19112715361670800000025674159

Num. 26586688 - Pág. 1