



Número: **0801791-48.2019.8.15.0151**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Conceição**

Última distribuição : **04/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDMILSON DINIZ FONTE (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26764 923	04/12/2019 09:35	Petição Inicial	Petição Inicial
26764 926	04/12/2019 09:35	Petição Inicial	Outros Documentos
26764 927	04/12/2019 09:35	Quesitos	Outros Documentos
26764 928	04/12/2019 09:35	Procuração	Procuração
26764 934	04/12/2019 09:35	Declaração de Hipossuficiência	Outros Documentos
26764 935	04/12/2019 09:35	RG	Documento de Identificação
26764 939	04/12/2019 09:35	Comprovante de Residência	Outros Documentos
26764 945	04/12/2019 09:35	Boletim de Ocorrência	Documento de Comprovação
26765 199	04/12/2019 09:35	Pagamento de Indenização	Documento de Comprovação
26765 207	04/12/2019 09:35	Boletim de Atendimento Médico 01	Documento de Comprovação
26765 211	04/12/2019 09:35	Boletim de Atendimento Médico 02	Documento de Comprovação
26887 797	10/12/2019 23:18	Despacho	Despacho

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS EM ANEXO.





AO JUÍZO DE DIREITO DA ____ VARA MISTA DA COMARCA DE CONCEIÇÃO/PB.

EDMILSON DINIZ FONTES, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº1673402 2ªvia, SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 884.433.884-04, residente e domiciliado no Sítio Cachorro Velho, s/n, zona rural, Santana de Mangueira/PB, CEP:58.985-000, por seu procurador *infra-assinado*, conforme Instrumento de Mandato anexo, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **com base na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código de Processo Civil**, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT

em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, sediada à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20.031-205, pelos motivos de fato e direito a seguir aduzidos:

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





I – DA CONCESSÃO DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, ressalta-se que a parte Autora, temporariamente, não tem condições de arcar com as custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil, por ser pobre da forma da Lei, conforme Declaração e CTPS em anexo.

Assim, desde já REQUER a Vossa Excelência, a compreensão da situação, para que conceda os benefícios da Justiça Gratuita à parte Autora, uma vez que, neste momento, não dispõe de recursos financeiros suficientes para o pagamento de custas e despesas com o processo, além de honorários advocatícios, nos termos do artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil.

II – DOS FATOS E FUNDAMENTOS JURÍDICOS DO PEDIDO

A parte Autora fora vítima em **acidente de trânsito** causado por veículo automotor em **11/08/2018**, consoante **Boletim de Ocorrência** em anexo, estando o automóvel garantido pelo Seguro Obrigatório DPVAT.

Em consequência do citado evento danoso, a parte Autora sofreu diversas lesões e traumas, conforme demonstrado no **Boletim de Atendimento Hospitalar**, a ensejar o pagamento da indenização instituído pela Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores, que trata do Seguro Obrigatório DPVAT.

Desta forma, a parte Autora formulou perante a Seguradora Ré, pedido de indenização por invalidez permanente, a qual se refere o Seguro Obrigatório DPVAT, quando então recebeu a importância de **R\$ 2.362,50**, (dois mil, trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme anexo, **em desconformidade com a citada Lei, como restará comprovado durante a instrução processual através da Prova Pericial**, desde já requerida.

Como é sabido, o DPVAT é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres criado pela Lei nº 6.194/74, com o fim de amparar as vítimas de acidente de trânsito em todo território nacional, e prevê indenizações em caso de morte, invalidez permanente, total ou parcial, além de despesas de assistência médica e suplementares, cujo valor máximo da indenização prevista no art. 3, inciso II, da Lei nº 6.194/74, está fixado em **até R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais).

No caso, a parte Autora visa obter do Poder Judiciário a condenação do Réu ao pagamento de indenização correspondente a diferença do Seguro Obrigatório DPVAT que lhe foi pago administrativamente, fora dos parâmetros consignados na Lei nº 6.194/74.





Sendo certo, que a indenização ora pleiteada deverá ser paga com base no valor vigente a época da ocorrência, **bastando para tanto à simples demonstração do acidente (Boletim de Ocorrência expedido pela Autoridade Policial) e do respectivo dano (Lesões/Traumas – Boletim de Atendimento Hospitalar e Pagamento PARCIAL de Indenização pelo Réu)**, como preceitua o art. 5º, parágrafo 1º da Lei 6.194/74.

Noutro giro, quanto à **correção monetária é devida desde a data do evento danoso**, como já assentou o **Superior Tribunal de Justiça**, enquanto que os **juros moratórios** são devidos desde a data da CITAÇÃO do Réu, nos termos da **Súmula nº 426, do Superior Tribunal de Justiça**.

III – DA IMPOSSIBILIDADE DE AUTOCOMPOSIÇÃO – DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL

No caso, está previsto na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores diferentes lesões e graus de invalidez permanente, classifica em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, assim como inseriu tabela para disciplinar os percentuais das perdas à cobertura securitária, de acordo com a respectiva repercussão da lesão.

Deste modo, faz-se necessária a produção de prova pericial para aferição da **LESÃO** sofrida pela parte Autora e da respectiva **REPERCUSSÃO (GRAU)**, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009.

Diante disso, nas ações dessa natureza a prática tem demonstrado que a designação de audiência preliminar de conciliação objetivando a realização de composição entre as partes tem sido infrutíferas devido à necessidade de produção de prova pericial. E, por essa razão a Seguradora Ré tem se limitado a conciliações em MUTIRÕES realizados em parcerias com os Tribunais de Justiça em todo País, inclusive por esse Egrégio Tribunal, **motivo pelo qual a designação de audiência com essa finalidade restará sem êxito**.

Assim sendo, a parte Autora informa a Vossa Excelência o seu **desinteresse na autocomposição, nos termos do art. 334, § 4º, I e § 5º do CPC**.

IV – DOS PEDIDOS

Diante do exposto, REQUER a Vossa Excelência:

a) Sejam concedidos os benefícios da Justiça Gratuita a parte Autora, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal c/c o artigo 98 e seguintes do Código de Processo Civil;

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





b) Seja determinada a citação do Réu, pelo Correio, nos termos do art. 247 do CPC, para, querendo, conteste a presente ação, sob pena de confissão e revelia, a teor do art. 344 do Código de Processo Civil;

c) Ao final, seja julgada **PROCEDENTE** a ação, para condenar o Réu ao pagamento complementar da indenização devida pelo Seguro Obrigatório DPVAT, apurado através da Perícia Judicial (art. 324, § 1º, II, CPC), acrescido de correção monetária desde a ocorrência do evento danoso e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir da citação, tudo com arrimo na Lei nº 6.194/74 e suas alterações posteriores e súmula 426 STJ;

d) Requer, ainda, seja o Réu condenado ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como honorários advocatícios, de modo a assegurar a dignidade do profissional, na forma do art. 85 do Código de Processo Civil.

V – DAS PROVAS (PROVA PERICIAL)

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, a documental, testemunhal e, especialmente **realização de perícia médica para verificação das lesões/traumas sofridos pela parte Autoria e a respectiva repercussão (grau), em decorrência do referido acidente de trânsito, na forma do art. 3º, II, § 1º, I, da Lei nº 6.194/74**, o que desde já fica requerido, devendo os **QUESITOS** em anexo serem respondidos pelo perito nomeado por esse Juízo, sob pena de nulidade, **nos termos do artigo 369 do Código de Processo Civil.**

VI – DO VALOR DA CAUSA

Atribui-se a causa, o valor de R\$1.000,00(mil reais).

**NESTES TERMOS,
PEDE E ESPERA DEFERIMENTO.**

Conceição/PB, 04 de Dezembro de 2019.

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
OAB/PE 25.252

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





QUESITOS – PERÍCIA

PARTE AUTORA: EDMILSON DINIZ FONTES

Queira o Sr. Perito esclarecer, de acordo com a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, introduzida pela Lei 11.945/2009, os seguintes QUESITOS:

- 1 – Em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve Traumatismo Crânio-Encefálico – TCE com Lesões Neurológicas** que cursem como: **(a)** dano cognitivo-comportamental alienante; **(b)** impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; **(c)** perda completa do controle esfinteriano; **(d)** comprometimento de função vital ou autônoma? **houve Lesões Crânio-faciais- TCF? e ainda Lesões no Membro Inferior Direito?**
- 2 – Em caso positivo, a Lesão ou as Lesões são Temporárias ou Permanentes?**
- 3 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?**
- 4 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?**
- 5 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?**
- 6 – Independente do quesito exposto no item “1”, em decorrência do acidente mencionado na petição inicial, houve algum outro tipo Lesão?**
- 7 – Em caso positivo, qual tipo de Lesão ocorreu?**
- 8 – Em caso de ter havido Lesão, ela é temporária ou permanente?**
- 9 – No caso de ser permanente, a Lesão é Total ou Parcial?**
- 10 – E, no caso da Lesão ser parcial, ela é Completa ou Incompleta?**
- 11 – Caso a Lesão seja incompleta, a sua repercussão é Intensa, Média, Leve ou Residual?**

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EDMILSON DINIZ FONTE, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 1.673.402 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 884.433.884-04, residente e domiciliado no Sítio Cachorro Velho, s/n, Zona Rural, Santana de Mangueira/PB, CEP: 58.985-000, através do presente instrumento particular de mandato, nomeia e constitui como seu procurador o advogado.

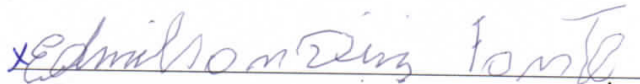
OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, inscrito no CPF/MF sob o nº 041.542.024-56, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

PODERES: a quem confere amplos poderes para atuação no foro em geral, com a cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, estando o mandatário autorizado a propor contra quem de direito as competentes ações ou a defendê-las nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima qualificado, os poderes para confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar compromissos, receber, dar quitações, levantar e receber alvará, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo separada ou conjuntamente, podendo substabelecer com ou sem reserva de poderes conferidos pelo presente mandato, nos termos do art. 105 do CPC.

CONTRATO HONORÁRIOS: No caso de êxito da presente demanda, a outorgante pagará ao advogado outorgado a importância correspondente a 30% (trinta por cento) da quantia bruta recebida pelo proveito econômico decorrente da presente demanda, ficando desde já autorizado o respectivo desconto.

Conceição/PB, 02 de setembro de 2019.



OUTORGANTE

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



DECLARAÇÃO

Eu, **EDMILSON DINIZ FONTE**, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 1.673.402 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 884.433.884-04, residente e domiciliado no Sítio Cachorro Velho, s/n, Zona Rural, Santana de Mangueira/PB, CEP: 58.985-000, **DECLARO** que nesse momento não posso arcar com as custas e despesas desse processo, bem como honorários advocatícios sem sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração, para finalidade do disposto no Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil e do Art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal.

Conceição/PB, 02 de setembro de 2019.

x Edmilson Diniz Fonte
Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

A-02
P-083

Edmilson Diniz Fonte

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.673.402 -2 VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/09/2013

NOME EDMILSON DINIZ FONTE

ESPEDITO FONTE DE MOURA

PLACA SELINA DINIZ

NATURALIDADE SANTANA DE MANGUEIRA-PB

LOCAL DE NASCIMENTO 3261 FLS. 108V LIV. B9

CARTÓRIO PRINCESA ISABEL-PB

884.433.884-04

João Pessoa - PB

DATA DE NASCIMENTO 26/01/1973

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83



ZULEIDE RODRIGUES DA SILVA
SIT POÇO DO CACHORRO, S/Nº MOTOR BOMBA - AREA RURAL
SANTANA DE MANGUEIRA / PB CEP: 59960000 (AG 181)

Emissão 12/09/2018 Referência Set / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 220, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58074-680
Roteiro 8 - 184 - 557 - 985 Nº medidor: 00009870534

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.096.169/0001-40 Insc Est 18.016.523-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012048144
Cód. para Deb. Automático: 00016999237

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **Set / 2018** Apresentação **12/09/2018** Data prevista da próxima leitura **11/10/2018** CPF/ CNPJ/ RANI **576.660.447-0**

UC (Unidade Consumidora): **5/1699923-7**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
14/09/18	3199	12/09/18	5239	

Demonstrativo					
CCI	Descrição	Quantidade (kWh)	Valor Base (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMS					
0601	Consumo em kWh	141,000	0,784480	110,80	110,80
0601	Adic. B Vermelha	10,29	10,29	27	0,78
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0607	CONTRIBUIÇÃO URM PÚBLICA	11,01	0,00	0	0,00

CCI	Código de Classificação do item	TOTAL	181,80	120,89	22,84	120,89	0,97	4,48
-----	---------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh) **122** **VENCIMENTO 19/09/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 131,90**

Histórico de Consumo (kWh)											
159	149	208	189	158	78	71	105	112	111	101	115
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

RESERVADO AT 07:26.73ee.52ee.4e0c.fa01.9205.6875.a15e.

Indicadores de Qualidade				Composição do Valor		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
SEMENSA	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição de Energia	11,7	8,85
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Controle de Qualidade	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41
TRIMESTRAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Distribuição	11,1	8,41
ANUAL	42	0,00	NOMINAL	Serviço de Transmissão	11,1	8,41



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

OCORRENCIA POLICIAL Nº 487/2018, LIVRO nº 002/2018.

DATA: 19.09.2018

HORA: 11h30min

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

Noticiante: EDMILSON DINIZ FONTES.

Estado civil: Casado

RG: 1.673.402 - SSDS/PB

CPF: 884.433.884-04

Sexo: Masculino

Nascimento: 26.01.1973

Idade: 45 ANOS

Nacionalidade: Brasileiro

Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultor

Filiação: Espedito Fonte de Moura e Dina Selina Diniz

Endereço: Sítio Poço dos Cachorros, zona rural de Santana de Mangueira/PB.

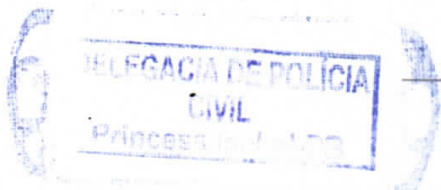
NARRATIVA

QUE no dia 11 de agosto do corrente ano, por volta das 08h30min, encontrava-me trafegando pela PB 306, quando nas imediações do Sítio Catolé perdi o controle da motocicleta que conduzia em uma curva e me acidentei, vindo a cair; QUE a motocicleta que condizia é de PLACA OFZ 7010/PB, CHASSI 9C2KD0550DR106071, MARCA/MODELO HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO 2012/2013, COR PRETA, em nome de José Ivan Rodrigues da Silva; QUE fui socorrido por terceiros e levado para a Unidade de Pronto Atendimento de Princesa Isabel - UPA; QUE devido a gravidade dos ferimentos fui transferido para o Hospital Regional de Patos.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante:

Edmilson Diniz Fonte



760.8044
Agente/Escrivão

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.



SINISTRO 3180505773 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EDMILSON DINIZ FONTE**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Filial João Pessoa-PB (Contingência)

BENEFICIÁRIO EDMILSON DINIZ FONTE**CPF/CNPJ:** 88443388404**Posição em 18-07-2019 08:54:51**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/07/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	5402	PRONTUÁRIO	3981
DATA	11/08/2018	HORA	13:24
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	LCLEA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDENCIA		
MÉDICO	MEDICO PLANTONISTA		
MOTIVO	ACIDENTE DE MOTO		
PACIENTE	EDMILSON DINIZ FONTE	IDADE	45a 6m
		GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	DINA SELINA DINIZ		
FILIAÇÃO II	ESPEDITO FONTE DE MOURA		
CIDADE	SANTANA DE MANGUEIRAPB	58985000	
ENDEREÇO	SITIO POÇO DAS CACHORRAS		
BAIRRO	ZONA RURAL		
NATURALIDADE	SANTANA DE MANGUEIRA		
TELEFONE	83987747441	CELULAR	
C.N.S.	898002310411533	IDENTIDADE	1673402
C.P.F.	884.433.884-04	REG. NAC.	
NASCIMENTO	26/01/1973	COR	PARDO
EST.CIVIL	CASADO	PROFISSÃO	

RESPONSÁVEL FRANCISCA MOUREIRA LUIZ Ass. Resp./Paciente Francisca Moura Luiz
ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO Fratura CID 582.2

DADOS DA SAÍDA

Data 09/08/18 Hora 08 H 00 Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência (X) Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Edmundo Diniz</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia <u>11/07/18</u>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Dr. Sérgio</u>	1º Auxiliar	
Anestesista	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Les. apert. do Perna</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Amputação + artroscopia</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras

1) <u>preparar a via de acesso</u>
2) <u>artroscopia</u>
3) <u>proceder a limpeza</u>
4) <u>amputação e desbridamento da ferida</u>
5) <u>artroscopia e fixação interna</u>
6) <u>amputação definitiva</u>
7) <u>amputação de partes moles</u>
8) <u>na SPPA</u>

Dr. Sérgio S. D. Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 50.18



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:		Nº prontuário
Data da Cirurgia 06/07/18	Enf.	Leito
Cirurgião Dr. W. A. P. S. O. N.	1º Auxiliar Dr. F. S. P. A.	
Anestesiista Dr. Augusto	Tipo de Anestesia Bogui	
Diagnóstico Pré-Operatório fract. fêmur		
Tipo de Cirurgia Hb. Amputação		
Diagnóstico Pós Operatório O mesmo		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
① Paciente em posição de decúbito lateral
② fós absorvíveis + anti-sépsis
③ fós não absorvíveis
④ fós não absorvíveis e fós de aço
⑤ Sutura
⑥ Curativo





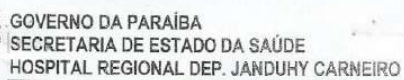
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Edmilson Diniz</u>	
DA CLÍNICA <u>Médica</u>	ENFERMARIA <input type="text"/>
A CLÍNICA <u>Neurologia</u>	LEITO <input type="text"/>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO) <u>Paciente vítima de politraumatismo, com TCE e fratura de fêmur, evolui ef. para o quadro neurológico, solicita avaliação e conduta.</u> <u>15/08/18</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>[Assinatura]</u> Dr. Rogério Perônico Médico. CRM 9500.
PARECER: <u>T.C.E.</u> <u>fr. EVTRA</u> <u>Resposta p/ estímulo do</u> <u>MP. 50 cm</u> <u>T. 1. Mov. N/A. T. 2. N/A</u> <u>Outros Denom. F.R.</u> <u>Outros V.P.M.</u> <u>15/8/18</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>[Assinatura]</u> Lúcia Fortes Cruz Neurologista RFO 352

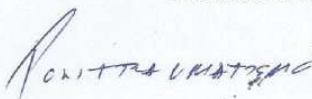





NOME: <u>Eduilson Delf</u>	
DA CLÍNICA _____ A CLÍNICA _____	ENFERMARIA _____ LEITO _____
MOTIVO DA CONSULTA: <u>TCC</u> <u>Ome</u> <u>03/18</u>	
DATA	Dr. Alexandre Firmino Neurologista CRM 5724 ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER:	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>FRANCISCA PINA</u>	
DA CLÍNICA <u>CIR</u>	ENFERMARIA <u> </u>
A CLÍNICA <u>NEUROLOGIA</u>	LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>12-08-2018</u>	<div style="text-align: right;">  <u>Dr. Alexandre Pinheiro</u> CRM 5724 </div>
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER:	<p style="text-align: center;"><u>NEUROLOGIA:</u></p> <p><u>Paciente com</u> <u>1 TC</u> <u>crân.</u></p> <p><u>Paciente com</u> <u>sem melhora</u></p> <p><u>crân. TC</u> <u>com</u> <u>aparecimento</u></p> <p><u>com</u> <u>hemorragia</u> <u>periférica</u></p> <p><u>na</u> <u>TD</u></p> <p style="text-align: right;"> <u>Eolimb</u> <u>sem</u> <u>melhora</u> </p> <div style="text-align: right;">  <u>Dr. Alexandre Pinheiro</u> CRM 5724 </div>
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISICÃO DE PARECER

NOME: <u>EDMILSON DÍVIA GONÇ</u>	
DA CLÍNICA <u>NEFROLOGIA</u>	ENFERMARIA <u> </u>
A CLÍNICA <u>UTI</u>	LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>paciente com</u> <u>14.10.2018</u>	
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA <u>14.10.2018</u>	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>Dr. Alexandre Firmino</u> <i>Neurologista</i> <i>CRM 5724</i>
PARECER:	
DATA <u> </u>	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u> </u>



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Responsabilizo-me pela realização da Transfusão Sanguínea no(a) paciente Edmilson Dias Farias interno(a) no(a) _____ SEM execução da prova de compatibilidade entre o sangue do doador e do receptor, devido ao quadro de urgência e risco de vida do(a) referido(a) paciente, conforme previsto na Resolução - RDC nº 343/02 da ANVISA, descrita abaixo:

RDC Nº 3436 - Sexta Feira, 17 de Janeiro de 2003, DIÁRIO OFICIAL - Anexo 1-1.1.3

RESOLUÇÃO - RDC Nº 343/023 - ANVISA - 13 DE Dezembro de 2002

1.1.3 - A liberação de hemácias sem prova de compatibilidade poderá ser feita, desde que obedecida a seguinte condição:

Termo de responsabilidade assinado pelo médico responsável pelo paciente no qual afirme expressamente concordar com o procedimento.

Obs: BOLSA Nº: 60325074943 / 60325074935

DOADOR Nº: 6746 / 2081

GRUPO SANGÜINEO: 0 - FATOR Rh: 0-

VOLUME: 247ml / 245ml

VALIDADE: 20/08/18 / 28/08/18

PATOS, 11 / 08 / 20 18



Médico - CRM
Dr. Marconi Lustosa Felix
CRM 2540
Código 41.298.094-15
Clínica Médica





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
UTI - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

UTI

EDIVALDO MOTTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: EDMILSON DINIZ FONTES

016/08/2018

HD:

- 1- POLITRAUMA
- 2- TCE
- 3- FRATURA MID.

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente admitido em leito de UTI em VM sob IOT, bem adaptado e confortável à ventilação. Os parâmetros de perfusão tissular estão em níveis adequados. Apresentado febre iniciando uso de meios físicos para hipertermia.

GERAL: estado geral gravíssimo, acianótico, anictérico e febril, hipocorado +/4+, desidratado, sob sedo analgesia continuada.

ACV: RCR, 2T, BCNF sem sopros, PA 108 X 66 mmHg, FC 122 BPM

AR: MV + em AHT, S/RA. FR 13 IRPM.

ABD: Plano, depressível, flácido, RHA+.

Extremidades: TEC < 3 seg, edema em MID.

Neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes.

CD:

1. VPM;
2. SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS;
3. SOLICITO AVALIAÇÃO DA NEUROLOGIA.

Dr. Paulo Sérgio Franco de Athayde
MÉDICO INTENSIVISTA
CRM 3634 - CMS 170282645230006
CPF 414.359.364-00





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
UTI - UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

UTI

EDIVALDO MOTTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: EDMILSON DINIZ FONTES

17/08/2018

HD:

- 1- POLITRAUMA
- 2- TCE
- 3- FRATURA MID.

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em leito de UTI em VM sob IOT, bem adaptado e confortável à ventilação. Os parâmetros de perfusão tissular estão em níveis adequados. Apresentado febre iniciando uso de meios físicos para hipertermia.

GERAL: estado geral gravíssimo, acianótico, anictérico e febril, hipocorado +/4+, desidratado, sob sedo analgesia continuada.

ACV: RCR, 2T, BCNF sem sopros, PA 110 X 76 mmHg, FC 102 BPM

AR: MV + em AHT, S/RA. FR 13 IRPM.

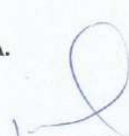
ABD: Plano, depressível, flácido, RHA+.

Extremidades: T_{EC} < 3 seg, edema em MID.

Neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes.

CD:

1. VPM;
2. SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS;
3. SOLICITO AVALIAÇÃO DA NEUROLOGIA.
4. SOLICITO TOMOGRAFIA DE CRÂNIO


Kezzyo Medeiros Lacerda
Médico - CRM/PB 8195 / RN 8157
CNS 2036570348400181





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

UTI

EDIVALDO MOTTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: EDMILSON DINIZ FONTES

21/08/2018

HD:

- 1- POLITRAUMA
- 2- TCE
- 3- FRATURA MID.

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em leito de UTI respirando em cateter 3L/min pós extubação. Evolui sonolento ECG: 12 (AO 3, MRM 5, MRV, 4) Apresentou 2 episódios de febre nas ultimas 24h.

GERAL: estado geral grave, acianótico, anictérico e febril, hipocorado +/-, desidratado.

ACV: RCR, 2T, BCNF sem sopros, PA 139 X 84 mmHg, FC 86 BPM

AR: MV + em AHT, com creptações grosseiras bibasais. FR 2313 IRPM.

ABD: Plano, depressível, flácido, RHA+.

Extremidades: TEC < 3 seg, edema e fixação externa em MID.

Neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes.

CD:

1. VPM;
2. SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS;
3. AGUARDO AVALIAÇÃO DA NEUROLOGIA.
4. SOLICITO TOMOGRAFIA DE CRÂNIO.

Yuri Matheus Nogueira Costa
Médico CRM-PB 105587
CNS 7020001784570





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Edm. Leon Dantas Fonta</u>	
DA CLÍNICA A CLÍNICA <u>neurologia</u>	ENFERMARIA LEITO <u> </u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO) <u>Paciente politraumatizado (TCE + Fratura de</u> <u>ulna e fratura de fêmur) admitido em UPA. Pós-operatório</u> <u>Pós-operatório: sem complicações</u> <u>14.08.18</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>Kezzyo Medeiros Lacerda</u> Médico - CRM/PB 8195 / RM 8157 CNS 2036870348400191
PARECER: <u>NEUROLOGIA</u> <u>POLITRAUMATIZADO / TCE grave</u> <u>Exame Físico: ECG, dispneia, taquicardia, febre.</u> <u>TC crânio: hemorragias bilaterais mais</u> <u>extensas D. edema cerebral difuso, aumento</u> <u>transversário frontal D. (Hemorragia + edema D.)</u> <u>Cond. Tratar SEPTE</u> <u>hidratação</u> <u>21/08/18</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>Dr. Alexandre Firmino</u> Médico - CRM/PB 8195 / RM 8157 CNS 2036870348400191





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

UTI

EDIVALDO MOTTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: EDMILSON DINIZ FONTES

22/08/2018

HD:

- 1- POLITRAUMA
- 2- TCE
- 3- FRATURA MID.

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em leito de UTI respirando em cateter 3L/min pós extubação. Evolui com leve sonolência ECG: 12 (AO 3, MRM 5, MRV, 4) Apresentou 3 episódios de febre nas últimas 24h.

GERAL: estado geral grave, acianótico, anictérico e afebril (no momento), hipocorado +/4+, desidratado.

ACV: RCR, 2T, BCNF sem sopros, PA 140 X 89 mmHg, FC 56 BPM

AR: MV + em AHT, com creptações grosseiras bibasais. FR 16 IRPM.

ABD: Plano, depressível, flácido, RHA+.

Extremidades : TEC < 3 seg, edema e fixação externa em MID.

Neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes.

CD:

1. VPM;
2. SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS;

Kezzyo Medeiros Lacerda
Médico - CRM/PB 8195 / RN 3457
CNS 2036670348400187





EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: EDMILSON DINIZ FONTES

23/08/2018

HD:

- 1- POLITRAUMA
- 2- TCE
- 3- FRATURA MID.

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em leito de UTI respirando em ar ambiente. Evolui com leve sonolência ECG: 12 (AO 3, MRM 5, MRV, 4) Apresentou 1 episódio de febre nas últimas 24h.

GERAL: estado geral grave, acianótico, anictérico e afebril (no momento), hipocorado +/-, desidratado.

ACV: RCR, 2T, BCNF sem sopros, PA 122 X 85 mmHg, FC 106 BPM

AR: MV + em AHT, com crepitações grosseiras bibasais. FR 20 IRPM.

ABD: Plano, depressível, flácido, RHA+.

Extremidades: TEC < 3 seg, edema e fixação externa em MID.

Neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes.

CD:

1. VPM;
2. SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS;

Dr. Paulo Sérgio Franca de Athayde
MÉDICO INTENSIVISTA
CRM 3630 - CMS 172822-9/230106
CPF 414.290.364-00



EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: EDMILSON DINIZ FONTES

24/08/2018

HD:

- 1- POLITRAUMA
2- TCE
3- FRATURA MID.

EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente evolui em leito de UTI respirando em ar ambiente. Evolui consciente, ECG: 15 (AO 4, MRM 6, MRV 5) Apresentou 1 episódio de febre nas últimas 24h.

GERAL: estado geral regular, consciente e desorientado, acianótico, anictérico e afebril (no momento), hipocorado +/4+, desidratado.

*ACV: RCR, 2T, BCNF sem sopros, PA 132 X 100 mmHg, FC 106 BPM

AR: MV + em AHT, com creptações grosseiras bibasais. FR 16 IRPM.

ABD: Plano, depressível, flácido, RHA+.

Extremidades : TEC < 3 seg, edema e fixação externa em MID.

Neurológico: pupilas isocóricas e fotorreagentes.

CD:

1. VPM;
2. SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS;
3. ALTA DA UTI *pendente*

4. Substrates not
involvement of
+ chloride

intermittent .. 46:30h

Presente em/oi com dispnéia (taquipnéia Fr: expul,
frequência das mucosidades e tosse pro lubrica

Ho: $P_{\text{mean}} = 0$ a DNE.

CD: $\text{Coneq} \leq \text{DNA}$

Kezzyo Medeiros Lacerda
Médico - CRM/PE 8195 / RN 8157
CNS 2036670348400181

Kezzyo Medeiros Lacerda
Médico - CRM/PB 8195 / RN 8157
CNS 2036570348400181



Plantão Noturno

Paciente evoluindo bem, algo desorientado

± TCE

± FMI-D - com fixador externo

± exames bioquímicos normais
ureia e creatinina sem
alterações

Alta programada da UDI

Miguel Arcanjo
Cirurgião Geral e Clínico
CRM 3759 - CBO 322/10





HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUÍ CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermeria	Leito	Nº Prontuário
Nome: <i>Wagner Day Fale</i>					
Data: <i>06/05</i>	Pressão Arterial Puls: <i>120/80</i>	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo sanguíneo	Hemátias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia
	Ureia				Outros
Ap. Respiratório		Ap. Circulatório		Ap. Urinário	
Ap. Digestivo		Dentes		Pescoço	
Estado Mental		Ataraxicos		Corticoides	
Diagnóstico Pré-Operatório		Alergia		Hipotensão	
Anestesia Anterior		Estado Físico		Risco	
Medicação Pré-Anestésica		Aplicada às		Efeito	
Anestésico		Líquido		INDUÇÃO	
SÓDIO		P.V. ARTERIAL - PULSO - RESPIRAÇÃO		Satisf. Excl. Tosses	
V. 2 - ANESTESIA: OPERAÇÃO		260		Laríngeo Espasmo Lenia	
		240		Músculos Vômitos	
		220		Outros	
		200		MANUTENÇÃO	
		180		Satisf. Excl. Tosses	
		160		Laríngeo Espasmo Lenia	
		140		Músculos Vômitos	
		120		Outros	
		100		Anestesia Satisf. Sim Não	
		80		Não, porque?	
		60		DESPERTAR	
		40		Reflexos na SO	
		20		Obstr. CO2 Excl.	
Símbolos e Anotações				Náuseas Vômitos	
Posição				Outros	
Agentes				Com cânula	
Técnica				para o leito sim não	
Operação				CONDIÇÕES	
Cirurgião				Cânula	
Anestesiologia					
Observações					

Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE	
30	04	45	3981
CIRURGIA		CIRURGIÃO	
T.T.C. Correio de Int. Têxtil		Dr.º Uberson	
ANESTESIA		ANESTESISTA	
Dr.º Augusto		Ragui	
INSTRUMENTADORA		DATA	TEM
Liliane		06/09	11:30
			12:00

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	X	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi Nº 24
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	X	Eletrodos desc.
X	Neocain peróxido	X	Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionambutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelclín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Torax
	Xilocaína a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimidato		Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	X	PVPi Tintura
1	Dimorf 0,290	X	Gases e laparoscopia
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcotina	X	Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	11-6	Agulha descartável
06	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine	1	Fio Cromado 0 c/ agulha cateterismo
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19g Cefazolin 24		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal Decadron 8		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Flasii Ondusedra		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil 40 mg.		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	fio Nylon 3-0



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE	Esimilson Diniz Font				GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
LEITO	CONVÊSIO	IDADE	REGISTRO	 HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	
	500	45	3981		
CIRURGIÃO	Dr. SÉRGIO BRUNO				
ANESTESISTA	Dr. MARILAND				
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
	11-08-10	14:30	15:00		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	17	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	17	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso	10	Eletrodos desc.
1	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelclín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimide	X	Xilocaina Gel
	Ketalar	X	Alcool 70%
	Publivoalnal 0,5%	X	PVPI Tintura
1	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcolin		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam	17	Agulha descartável
	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmina		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Gefetotina 18g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tiletal		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbacate 10 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	NALON 2.0



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO

Nome: EMILSON DINIZ
Idade: 45 ANOS
Data Exame: 15/08/18
Médico (A) Solicitante: DR. ROGÉRIO PERÔNICO
ÁREA VERMELHA

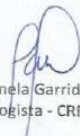
ULTRASSONOGRRAFIA FAST DO ABDOME TOTAL

Exame realizado com transdutor convexo multifrequencial.

ACHADOS:

Não evidenciamos líquido livre ou coletado no interior da cavidade abdominal, no presente estudo.

Estruturas abdominais avaliadas ecograficamente preservadas.


Dra. Pâmela Garrido
Médica Radiologista - CRM- 6893





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA

PACIENTE: Edmilson David Pontes

LEITO: _____

REG.: _____

DATA	HORA	
25		* Peto cateter, evoluindo bem, sem inter-
08		corrências, GH respiração espontânea, Afasia, Assintoma-
18		tes. Condições, Lúcido, Algo desorientado, eupneico,
		Arteriais, Austerios.
		Rx em CT
		MV 60 Gm APT 5/124
		SpO2: 98% em ar ambiente
		Fe: 82 bpm
		TA: 135 x 78
		LABORATÓRIO NEGATIVO
		CDA Alta da U.T. I
		VPM
		F: Tibério da N. Carvalho
		MEDICO
		CRM-85358/1



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Edmilson Moura</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <u>2ª</u>
A CLÍNICA <u>Cirurgia Plástica</u>	LEITO <u>03</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Paciente recém chegada da UTI por:</u> <u>um trauma de P.M.M. e lesão de</u> <u>cartilagem e clavicula.</u> <u>26/08/17</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>Dr. Marcos Alves</u> <u>Ortopedia e Traumatologia</u> <u>CRM-PB 7777</u>
PARECER: <u>Paciente no momento sem queixa</u> <u>de FR (N), AR e Aev (Normal) e sem</u> <u>uso de O2 ou IDVA.</u> <u>Depto da Clínica Médica</u> <u>(aos cuidados ortopedica)</u> <u>26/08/17</u> DATA ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <u>Dr. Felipe Afonso</u> <u>Médico</u> <u>CRM-PB 7777</u>	



REQUISIÇÃO DE PARECER

clínica
cirurgia

NOME: Edsonbom D. mg

DA CLÍNICA Cirurgia ENFERMARIA 32
A CLÍNICA ortopedia LEITO 04

MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Roxo cirurgico!

30.08.18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente vítima de T.E.E. com
quadro de insuficiência cardíaca. Sem antecedentes de
comorbidades prévias. Ao Exame = ECG,
hipertensão. Foi internado no UTI por pneumonia.
Ren um 2+. PA = 100 x 60. mmHg
ECG = Normal.
Rim Cirurgico = Moderado Rim
Conduto = Chamar Anemia + Solicitar
Novo Bior, função
renal e eletrólitos.

31/08/18

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA





Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Mista de Conceição

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801791-48.2019.8.15.0151

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária requerida (art. 98 e seguintes, NCPC), vez que não há elementos nos autos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão do benefício, aptos a autorizar a desconsideração da presunção relativa da alegação de insuficiência de recursos (art. 99, §§ 2º e 3º, NCPC).

Observando-se que a matéria discutida nos presentes autos admite a autocomposição, mas, afigurando-se desnecessária (e mesmo desaconselhável, ineficiente (art. 37, *caput*, CF) e prejudicial à celeridade da prestação jurisdicional (art. 5º, LXXVII, CF)) a designação exclusiva de **audiência de conciliação**, quando já se anuncia infrutífera sua realização. Nada impede, entretanto, que a autocomposição seja obtida no curso da lide, e mesmo como **fase preliminar da própria audiência de instrução (art. 359, NCPC)**, motivo pelo qual não se vislumbra prejuízo para a *ratio* conciliadora da novel codificação (art. 3º, § 3º, c/c art. 139, V, NCPC).

1) Cite-se a parte promovida, por Carta registrada emitida com Aviso de Recebimento em mãos próprias (AR/MP), para, querendo contestar a presente ação, sob pena de confissão e revelia.

2) Com a juntada da contestação, intime-se a parte autora, via patrono, para apresentar impugnação à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias¹.

3) Decorrido o prazo, com ou sem impugnação, proceda-se a escrivania pesquisa junto ao quadro dos peritos cadastrados no site do TJPB, preferencialmente os que atuam nessa região, ficando desde de já autorizada a sua nomeação.

Uma vez nomeado, intime-se o perito para designar dia, hora e local para realização do exame pericial na parte promovente e respondendo os seguintes quesitos, bem como encaminhado cópia da tabela existente na Lei nº 6.194/74, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, necessárias à intimação das partes, cientificando-lhe que os honorários periciais serão pagos após a apresentação do laudo, pelo Tribunal de Justiça, nos termos da Resolução 09/2017. Devendo o perito apresentar proposta de honorários, contatos e, em especial, o endereço eletrônico para onde serão dirigidas as intimações pessoais (art. 405, §2º, do CPC).

Quesitos do Juízo:

1) O examinado está acometido de lesão?

2) Se está lesão tem caráter permanente?

3) Qual o grau dessa invalidez, numa escala de 0 a 100%, de acordo com a tabela descrita no art. 3º da Lei nº 6.164/74, com as alterações introduzidas pela medida provisória nº 451/2008, ou mesmo pela tabela de acidentes do trabalho e classificação internacional de doenças?

Após a nomeação, intemem-se as partes, via patrono, do inteiro teor deste despacho, bem como para apresentarem os quesitos e indicarem assistentes técnicos, no prazo de 15 (quinze) dias.

Designada a data da perícia, intemem-se as partes, cientificando-se ao autor que deverá comparecer ao local indicado, munida de documentos de identificação pessoal.

4) Uma vez juntado o laudo, independentemente de novo despacho, intinem-se as partes para se manifestar, no prazo de 10 (dez) dias.

Conceição, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito

[1](#)Art. 350, NCPC. Se o réu alegar fato impeditivo, modificativo ou extintivo do direito do autor, este será ouvido no prazo de 15 (quinze) dias, permitindo-lhe o juiz a produção de prova.