

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: Gefferson Roberto do Costa Gomes, brasileiro (a),
Advogado, Fernando portador da Cédula de Identidade nº:
15994451, inscrito no CPF nº: 092.1674.16/6 121, residente e domiciliado
na Rua Rod. Cicero do Siqueira, Nº 222, Bairro, Centro,
na Cidade de Remojo /PB.

OUTORGADO: INÁCIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na
OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: Av. Dinamerica Alves
Correia, 1020 - loja 02, Bairro: Dinamerica, na Cidade de Campina Grande/PB,
3334-1289/99988-5048/98769-2274.

PODERES: Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos
do Outorgante perante qualquer Entidade, autarquia ou Órgão na esfera Administrativa
Estadual, Municipal e Federal ou Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta
Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou
reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo
reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação,
confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como
substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier,
praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato,
ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do
Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art.
5º, § 2º da Lei n.º 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos
Advogados do Brasil).

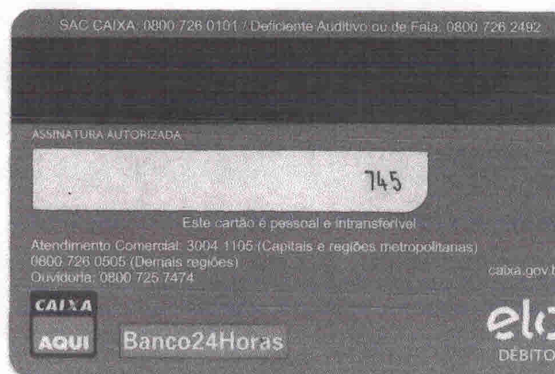
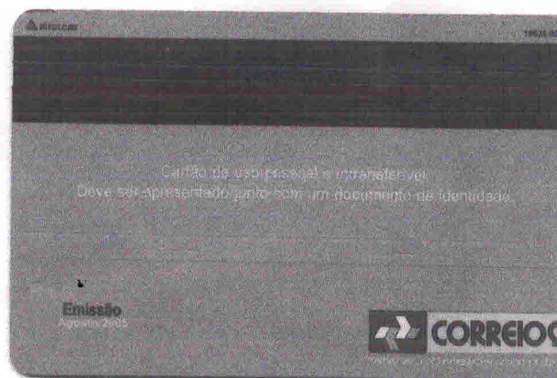
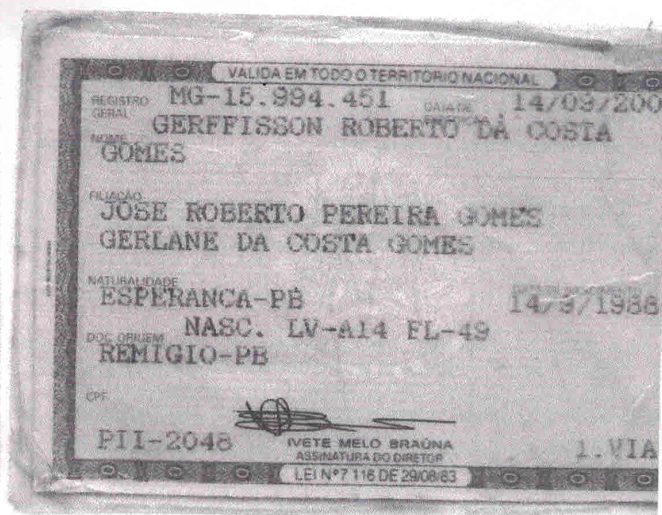
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial
sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 17 de Outubro de 2019

Gefferson Roberto do Costa Gomes
Outorgante/Declarante





RUA PADRE CICERO DO JUAZEIRO, 222 / C - CENTRO
REMIGIO / PE CEP 59399000 (AG 71)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 13 - 73 - 300 - 2060
Medidor: 00008142433

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PE - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001480849
Cód. para Deb. Automático: 00011186715

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Set / 2019	20/09/2019	22/10/2019	978.357.664-20

UC (Unidade Consumidora): 5/1118671-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi analisada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: saude.gov.br/vacinasbrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
21/08/19	5535	20/09/19	6152		30	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos Total(R\$)	Valor Base Calc. ICMS(R\$)	Aliq. ICMS	Item(R\$) Base Calc. Per(R\$) Cofins(R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,272650	8,17	8,17 27	3,20 8,17 0,08 0,37
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,467420	32,72	32,72 27	9,33 32,72 0,32 1,49
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	63,000	0,701180	44,17	44,17 27	11,92 44,17 0,44 2,02
0601	Adic. B Vermelha			6,46	6,46 27	1,74 6,46 0,06 0,28
0610	Subsídio			45,13	-45,13 27	12,16 -45,13 0,45 2,06
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0907	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			12,00	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0904	JUROS DE MORA 06/2019			0,26	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0905	MULTA 06/2019			2,10	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMIC 07/2019			-1,39	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00
0906	Devolução Subsídio			-30,44	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação do item: TOTAL 119,36 139,65 32,67 139,65 1,35 8,23

Tarifa / Tributos Até 30 kWh 0,272650 Até 100 kWh 0,467420 Até 220 kWh 0,701180

Média últimos meses (kWh) 299 VENCIMENTO 27/09/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 119,36

Histórico de Consumo (kWh)

180 | 393 | 191 | 325 | 587 | 195 | 211 | 204 | 327 | 181 | 208 | 159
Set/18 | Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19

RESERVADO AO FISCO

894f.87bb.8054.894d.bb04.bd3a.9178.b13c

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,27	5,27	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	12,54		
DIC ANUAL	25,09		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 200 LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL	6,27	1,00	
FIC TRIMESTRAL	13,45		
FIC ANUAL	3,71	5,27	
DMIC	12,23		
DICRI			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PE	23,20	19,42
Compra de Energia	32,67	27,34
Serviço de Transmissão	3,38	2,83
Encargos Setoriais	3,40	2,85
Impostos Diretos e Encargos	58,93	49,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	120,57	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,44.
Reajuste Tarifário-Vigência 28/06/18-Res ANEEL nº 2.586 - Alto Tensão -4,40% Médio
Reajuste Tarifário-Vigência 28/06/18-Res ANEEL nº 2.586 - Baixa Tensão -4,23% Médio
- Leitura confirmada

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 06523.853171 2 80250000011936

PAGADOR: GERLANE DA COSTA GOMES - CPF/CNPJ: 978.357.664-20

RUA PADRE CICERO DO JUAZEIRO, 222 / C - CENTRO - REMIGIO / PE CEP: 59399000

Nosso Nr	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2624912000523853	001118671201909	27/09/2019	R\$ 119,36	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 09.095.193/0001-40
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PE - CEP 58071-680

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 19/11/2019 09:46:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111909461969000000025413795>

Número do documento: 19111909461969000000025413795



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª SRPC / 12ª DSPC
DELEGACIA DE REMÍGIO
RUA ERMILA DIAS DE BARROS, 159 - BAIXA VERDE - REMÍGIO - 58398-000 -

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL
COMARCA DE REMÍGIO

OCORRÊNCIA Nº 000152/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000152/19 registrada em 15/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos quinze dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de REMÍGIO, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE REMÍGIO, quando encontrava-se presente a Bela. MARIA DO SOCORRO DA SILVA, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:52 horas, compareceu o Sr. GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES, com 30 anos de idade, filho de JOSE ROBERTO PEREIRA GOMES e GERLANE DA COSTA GOMES, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de REMÍGIO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão FEIRANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 15.994451, expedido pela SSP-MG, com C.P.F. de Nº 09267461621, residindo à rua PADRE CICERO, Nº222, bairro PADRE CICERO, na cidade de REMÍGIO - PB, celular 83 9 9676-2101.

Declarou que:

Que no dia 02/01/2019 estava vindo na BR de Esperança para Remigio, por volta das 14:30h, juntamente com a pessoa de JOSE SILVANO DOS SANTOS, em uma motocicleta; Que o comunicante vinha de garupa; Que JOSE SILVANO é habilitado e era o condutor da motocicleta; Que nas imediações do POSTO JB o condutor perdeu o controle da motocicleta e que os dois caíram ao chão; Que o comunicante foi socorrido por populares para o Hospital de Trauma e Emergência de Campina Grande; Que o comunicante ficou internado por 22 dias, e foi submetido a uma cirurgia no joelho direito; Que o comunicante deveria ficar afastado de suas atividades por 06 meses segunda indicação medica; Que o veículo conduzido por JOSE SILVANO trata-se de : MOTOCICLETA HONDA CG 160 START, VERMELHA, 2016/2016, PLACA QFP 6666-PB, CHASSI 9C2KC2500GR031496, RENAVAL 0110337559-5, EM NOME DE GERALDO ANDRE DE MEDEIROS; Que o condutor do veículo teve apenas algumas escoriações, que o mesmo apresentou documentação (RG 3905465, CPF 105.938.504-08); Que o comunicante veio ate esta delegacia para lavrar o fato e atraves desta certidão ser viabilizada as providencias legais para requerer o seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

REMÍGIO, Terça-feira, 10 de Setembro de 2019

MPC Maria Emanuela B. Martins
MAT.: 182.461-9

GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

Declarante

MARIA EMANUELA BARBOSA MARTINS AD HOC
Escrivão





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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190595065

Vítima: GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001668**

Conta: **000000037315-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

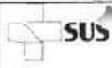
Estamos aqui para Você

Pag. 00205/00206 - carta_30 - INVALIDEZ

00030103



Data da internação: 02/01/2019 Hora: 17:17:12

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES		1805505			
7 - CARTÃO DO SUS		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
705000658479151		14/09/1988		Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO			
GERLANE DA COSTA GOMES		83 96762101			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - CÓDIGO MUNICIPAL		15 - UF	
RUA PADRE CICERO, 222, CENTRO		251270		PB	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - CEP			
Remígio		58398000			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Ac9 com dor de					
defunidade - garrido					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
7to CIR					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Exame Físico					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO	
		02		(X) CNS () CPF	
				980016278218009	
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES		02/01/2019		Dr. João Paulo Oliveira Nunes ORÇÃO DE TRATAMENTO 9651	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
() CNS () CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
/ /					

EXA-02



02/01/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Nº 0000019

Fim da Consulta D'2019

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ às ____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) ____ () Alta hospitalar / () Já revela

() Transfêrencia a outro SETOR ou HOSPITAL ____ () Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

<http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1803459>



GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Genaffison Roberto da Costa Gomes		
End:	Padre Cicero 222	Bairro:	Remigio
Data de Nascimento:	14.09.1988	Documento de Identificação:	
Queixa:	AC de	Data do Atend.: 02/01/19	Hora: 16:00 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fácels de dor () Gemente
Frequência respiratória:			
Pressão arterial:			
Dosagem de HGT:			
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

MOD. 11

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





Diagnóstico

EX PRATO TIBIAL (S)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Exatidão	Alojamento	Ext 02	Leito	Convênio
2745	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
1) Data de cura após RPA					
2) Data de alta					
3) Data de alta					
4) Data de alta					
5) Data de alta					
6) Data de alta					
7) Data de alta					
8) Data de alta					
9) Data de alta					
10) Data de alta					
11) Data de alta					
12) Data de alta					
13) Data de alta					
14) Data de alta					
15) Data de alta					
16) Data de alta					
17) Data de alta					
18) Data de alta					
19) Data de alta					
20) Data de alta					
21) Data de alta					
22) Data de alta					
23) Data de alta					
24) Data de alta					
25) Data de alta					
26) Data de alta					
27) Data de alta					
28) Data de alta					
29) Data de alta					
30) Data de alta					
31) Data de alta					
32) Data de alta					
33) Data de alta					
34) Data de alta					
35) Data de alta					
36) Data de alta					
37) Data de alta					
38) Data de alta					
39) Data de alta					
40) Data de alta					
41) Data de alta					
42) Data de alta					
43) Data de alta					
44) Data de alta					
45) Data de alta					
46) Data de alta					
47) Data de alta					
48) Data de alta					
49) Data de alta					
50) Data de alta					
51) Data de alta					
52) Data de alta					
53) Data de alta					
54) Data de alta					
55) Data de alta					
56) Data de alta					
57) Data de alta					
58) Data de alta					
59) Data de alta					
60) Data de alta					
61) Data de alta					
62) Data de alta					
63) Data de alta					
64) Data de alta					
65) Data de alta					
66) Data de alta					
67) Data de alta					
68) Data de alta					
69) Data de alta					
70) Data de alta					
71) Data de alta					
72) Data de alta					
73) Data de alta					
74) Data de alta					
75) Data de alta					
76) Data de alta					
77) Data de alta					
78) Data de alta					
79) Data de alta					
80) Data de alta					
81) Data de alta					
82) Data de alta					
83) Data de alta					
84) Data de alta					
85) Data de alta					
86) Data de alta					
87) Data de alta					
88) Data de alta					
89) Data de alta					
90) Data de alta					
91) Data de alta					
92) Data de alta					
93) Data de alta					
94) Data de alta					
95) Data de alta					
96) Data de alta					
97) Data de alta					
98) Data de alta					
99) Data de alta					
100) Data de alta					

Dr. Euzébio de Almeida
MR Ortodonta e Traumatologia
CRM-PR 9930

Dr. Euzébio de Almeida
MR Ortodonta e Traumatologia
CRM-PR 9930



GOVERNO SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

25

DIAGNÓSTICO

Gerfysom

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FX PLATO TIBIAL D

EXTRA 2

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO
GERIFFISON ROBERTO DA CUNHA, 30

GERFISON ROBERTO DA C GOMES, 30

[illegible]

Gratias

212

Extra 2

OK OK

DIAGNÓSTICO

① $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

DIAGNÓSTICO
fx plastral + clavicular

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

[illegible]

F_x Platitilid D, Clavícula D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Ext.	Convênio
Gurgelton Roberto da Costa Gomes W	step II		2	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	
15.01	1.Dieta 2.SRL 1500ml EV/24h 3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h (SN) 4.Tilatil 20mg + AD EV 12/12h (SN) 5.Omeprazol 40mg EV/jejum 6.Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN 7.Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8.Clexane 40mg SC/dia 9.SSW + CCGG	<div style="text-align: center;">(B)</div> <div style="text-align: center;">22</div> <div style="text-align: center;">(F)</div> <div style="text-align: center;">28</div>	<p>13 DIH</p> <p>BGG, etanol em intervenção</p> <p>CD: VEM</p> <p>Dr. Francisco de Paula F. Silva CRM-PA 250974/034 0643</p>	



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Corvênio
<p>1. Dieta</p> <p>2. SRL 1500ml EV/24h</p> <p>3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h</p> <p>4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h</p> <p>5. Omeprazol 40mg EV/jejum</p> <p>6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN</p> <p>7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN</p> <p>8. Clexane 40mg SC/dia</p> <p>9. SSVV + CCGG</p>	<p>Horário</p>	<p>Evolução Médica</p>	

127 2

de 12720 6 i de 12720 6

12720 330m

Elaine Soares de Araújo
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 6960 RECF 11502

DIAGNÓSTICO
Pre-FA + Síncope (Seguindo)
+ POI transitório

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Horário	Prescrição Médica	Evolução Médica
17721	28	4			1. Dieta Livre	
	28				2. SRL 1500ml EV/24h	
	28				3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h	
	28				4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	
	28				5. Omeprazol 40mg EV/jejum	
	28				6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN	
	28				7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN	
	28				8. Clexane 40mg SC/dia	
	28				9. SSW + CCGG	
	28				Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-FR 8643	





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <u>GREFFISA ROBERTO</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>23/11</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>DR. JOSE BILSON</u>	1º Auxiliar <u>DR. YURG (MR2)</u>		
2º Auxiliar <u>DR. EVAN (MR)</u>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>FX 26440 D</u>			
Tipo de Operação <u>RAFI</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo</u>			
Relatório Imediato da Patologia <u>Ø</u>			
Exame Radiológico no Ato <u>SIM</u>			
Acidente Durante a Operação <u>NÃO</u>			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. Paralelo em DDT + descensão
2. Xifos G descensão
3. Posição de AUBI traseira
4. Sutura em 4x lateral de fura (D) + drenagem por placas + hemostase
5. Redução cruenta de fx + osteotomia com placa em L F + fixação costais, rede encaixada
6. Lavagem de FO com SF
7. Sutura por placas
8. Curatela
9. AURPA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Mod. 018



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME	Gestiane Roberto de Castro Gomes		IDADE	SEXO
DATA	11/11	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
TIPO SANGÜÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA
		URINA				ALTURA
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	
ANESTESIAS ANTERIORES					RISCO	
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS						INDUÇÃO
LIQUIDOS						Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____
						Laringo espasmo: _____ Lenta: _____
	Náuseas: _____ Vômitos: _____					
	Outros: _____					
	MANUTENÇÃO					
	ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____					
	Não, por quê? _____					
	DESPERTAR					
	Reflexos na SO: _____					
	Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____					
	Náuseas: _____ Vômitos: _____					
	Outros: _____					
	Com cânula: _____					
	Paro o Leito Sim _____ Não _____					
	CONDIÇÕES: _____					
SÍMBOLOS						
ANOTAÇÕES						
POSIÇÃO						
AGENTES						
TÉCNICA						
OPERAÇÃO						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.						
PERDA SANGÜÍNEA						

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Yerjerson Roberto da Costa Gomes	Idade:	30 anos
Convênio:	Patent: 1805459	Data:	23/03/19
Procedimento:	Pro Exurgiro de maturação de Teste		
Cirurgião:	Dr André	Auxiliar:	Dr Yury Dr Guoham
		Anestesista:	Dr Soreno
Início:	14:00	Término:	15:15
		Anestesia:	Raqui + sedação

[illegible][illegible][illegible]

Relatório de Operação

MOD. 103





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Suzanne
URPA

SM

Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	sala 04	88	30	1805459	
CIRURGIA			CIRURGIÃO		
ANESTESIA			ANESTESIA		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
		23/01/19	14:00	15:15	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.		Calel. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
01	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
	Ketalar ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
01	Mercaina % ml		Equipo de Macroglas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Macroglas		Ethibond
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix
	Protigmine amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix
	Protoxido l/m		Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutopak
	Quelicin ml		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutopak
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca
	Thionembatal ml		H ₂ O ₂ ml		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Adulto	03	Mononylon 20
Qtd.	MEDICAÇÕES		Intracath Infantil		Prolene Sertix
01	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
01	Geramicina amp.		Luvas 8.0	03	Vicryl Sertix 0
	Glicose amp.		Luvas 8.5		
	Glucon de Cálcio amp.		Oxigênio l/m		
	Haemacel ml		Poliflix		
	Heparema ml		PVPI Degemente ml		
01	Kanakion amp.		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Medrotrinazol		Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Prlamina		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Revivan amp.		Seringa desc. 20 ml	02	SG Ringr fr 500 ml
02	Stuptapen amp.		Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml
	Sonda		Sonda		
	Sonda foley		Sonda Nasogática	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Sonda Uretral nº		Sterydrem ml	01	placa em L 4 anos E
	Torneirinha		Torneirinha	02	pacotes e pontos
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	03	lockeais
02	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Látex		
	Agulha desc. 3 x 4,5		elektrodes		
01	Agulha p/ raque nº 25		Algodão (etc)		
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

EQUIPAMENTOS

- (X) Oxímetro de Pulso
- () Serra
- () Desfibrilador
- (X) Foco Frontal
- () Fonte de Luz
- () Foco Auxiliar
- (X) Eletrocautério
- (X) Oxiciptógrafo
- (X) Cardiomonitor
- (X) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL: **HOSPITAL DE TRAUMA**
CIDADE: **L. GRANDE** TEL / FAX / E-MAIL:
NOME DO PACIENTE: **GERTISON ROBERTO DA COSTA GOMES**
Nº DO PRONTUÁRIO: **1885458** Nº AI: H Cód. PROCEDIMENTO CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Placa em 4.5" L" 04F ESQU.

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
Placa em 4.5" L" 04F ESQU.		01	
Placa Espalhador RAB N. 80		01	
" " RAB N. 75		01	
Placa Conical 4.5 x 32"		01	
" " 4.5 x 34		01	
" " 4.5 x 44		01	

DATA DA UTILIZAÇÃO: **23/11/19** DATA DA COMUNICAÇÃO: MÉDICO RESPONSÁVEL: CRM

OBSERVAÇÕES: **DR: ANDRÉ RIBEIRO + DR: YURI + DR: EVERTON**

Ex 4.5 TM N. 40

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANDRÉ
Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 9907





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Remígio

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801288-88.2019.8.15.0551

D E S P A C H O

Intime-se o Autor para pagar as custas processuais, em quinze dias, sob pena de cancelamento da distribuição destes autos, na forma do art. 290 do CPC.

Remígio, data e assinatura eletrônicas.

Juiz(a) de Direito



CERTIDÃO

*Certifico que **decorreu** o prazo legal sem manifestação da parte.*

REMÍGIO, 23 de março de 2020

JULIANA ARAUJO SILVA





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Remígio**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
0801288-88.2019.8.15.0551

DESPACHO

O § 1º, do Artigo 98, do Novo CPC foi o responsável por arrolar o âmbito de abrangência da gratuidade de justiça, contando com nove incisos, ou seja, há um rol de quais atos processuais são abrangidos pela benesse da Justiça Gratuita, desobrigando o beneficiário de adiantar os custos.

Importante ressaltar é a possibilidade expressa introduzida pelo Novo CPC (nos §§ 5º e 6º do Artigo 98), do magistrado modular a concessão da gratuidade da justiça, ora a concedendo de forma parcial, ora a negando, mas conferindo à parte a possibilidade de pagar as despesas de forma parcelada.

Há de se ver que o(a) autor(a) requereu a gratuidade, sem sequer informar o valor das custas, as quais requer a dispensa de pagamento, em outras palavras, o(a) próprio(a) autor(a) não sabe se tem ou não capacidade de pagamento delas.

Dessarte, por razões de cautela, determino:

Intime-se a parte autora – via advogado, para, em cinco dias, obter simulação das custas processuais e, após, ciente dos valores dos atos processuais informar se persiste o pedido da AJG, acostando documentos capazes de comprovar a hipossuficiência, tudo, ante a possibilidade de redução ou parcelamento, nos termos do art. 98, § 6º, do CPC, em 04 (quatro) vezes, que podem ser requeridos.

REMÍGIO, data e assinatura eletrônicas.

Juiz(a) de Direito



CERTIDÃO

*Certifico que **decorreu** o prazo legal sem manifestação da parte.*
REMÍGIO, 15 de maio de 2020.

JULIANA ARAUJO SILVA





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Remígio

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801288-88.2019.8.15.0551

DECISÃO

Vistos, etc.

Compulsando-se os autos, verifica-se que no despacho de ID 26499488 a parte autora foi intimada a pagar as custas processuais, sob pena de cancelamento da distribuição.

Tendo permanecido silente, foi-lhe oportunizado novo prazo para que apresentasse provas de ser hipossuficiente e não deter condições de arcar com as custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio (ID 29424412), ocasião em que também deixou de se manifestar.

Diante da inércia da autora em demonstrar o atendimento aos requisitos para concessão da gratuidade judiciária e, ainda, da ausência de recolhimento de custas judiciais no prazo imposto pelo juízo, arquivem-se os autos, com o cancelamento da distribuição, na forma do art. 290, do CPC.

Cumpra-se.

REMÍGIO, data e assinatura virtuais.

Juliana Dantas de Almeida
Juíza de Direito

