



**IBS ADVOCACIA**

Dr. Inácio Bruno Sarmiento

OAB / PB 21472

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

**OUTORGANTE:** Gyfferson Roberto do Costa Gomes, brasileiro (a),  
Advogado, ferrentis portador da Cédula de Identidade nº:  
15494451, inscrito no CPF nº: 092 1674 1616 121, residente e domiciliado  
na Rua Pedro 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

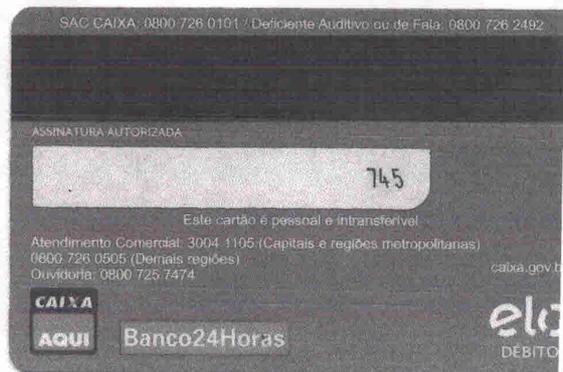
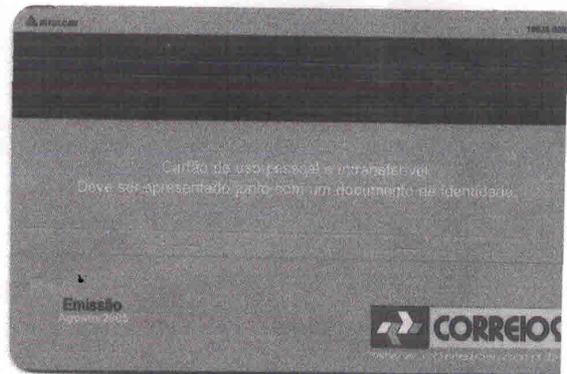
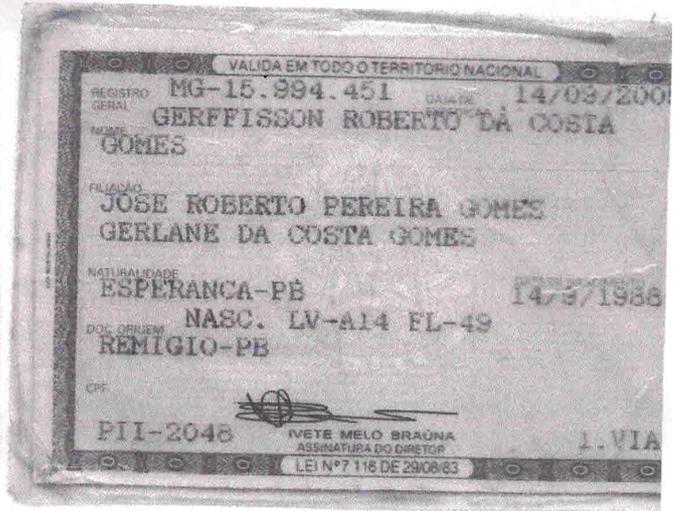
A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre  
na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial  
sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 17 de Outubro de 2019

Gyfferson Roberto do Costa Gomes  
Outorgante/Declarante

Av. Dinamerica Alves Correia, 1020 - loja 02  
Dinamerica, Campina Grande - PB. CEP: 58400-000.  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048 / 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)





RUA PADRE CICERO DO JUAZEIRO, 222 / C - CENTRO  
REMIGIO / PE CEP 53999000 (AG 71)



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

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PE - CEP 53071-660  
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.623-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 480 849  
Cód. para Deb. Automática: 00011186719

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://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/vacinasbras](http://saude.gov.br/vacinasbras)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 21/08/19 Leitura: 5332	Data: 20/09/19 Leitura: 6102			

Demonstrativo

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc. Per(R\$)	ICMS	Per(Coluna 8) (0,3912%) (4,5657%)	Coluna(R\$)
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,272650	8,17	8,17	2,7	3,20	8,17	0,08	0,37
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,467420	32,72	32,72	2,7	6,93	32,72	0,32	1,49
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	63,000	0,701180	44,17	44,17	2,7	11,92	44,17	0,44	2,02
0601	Adic. B Vermelha			6,46	6,46	2,7	1,74	6,46	0,06	0,28
0610	Subsídio			45,13	-45,13	2,7	12,16	-45,13	0,45	2,06
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0907	CONTRIB. ILLUM PUBLICA			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
9906	Devolução Subsídio			-30,44	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 119,36 139,66 39,67 139,66 1,95 6,23

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

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

Histórico de Consumo (kWh)

180	190	191	305	297	195	211	204	327	181	208	159
Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	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			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (v)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 6,27	5,27	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia PE	23,33	19,51
DIC TRIMESTRAL 12,54			Compra de Energia	34,26	28,70
DIC ANUAL 25,08		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 200 LIMITE SUPERIOR 231	Serviço de Transmissão	3,26	2,73
FIC MENSAL 6,75	1,00		Encargos Setoriais	3,40	2,82
FIC TRIMESTRAL 13,45			Impostos Diretos e Encargos	58,93	49,34
FIC ANUAL 26,90			Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC 3,71	5,27		<b>Total</b>	<b>120,67</b>	<b>100,00</b>
DICRI 12,22					

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 53999000

Nosso Nr	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120006523853	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 53071-660

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





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 - REMIGIO - 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 médica; 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 até esta delegacia para lavrar o fato e através 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.

REMIGIO, 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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

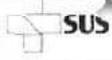
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00205/00206 - carta\_30 - INVALIDEZ



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

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
---	---

<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>	4 - CNES <b>2362856</b>

<b>Identificação do Paciente</b>	
5 - NOME DO PACIENTE <b>GERFFISSON ROBERTO DA COSTA GOMES</b>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>1805505</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>705000658479151</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>14/09/1988</b>
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>GERLANE DA COSTA GOMES</b>	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> Nº DE TELEFONE <b>96762101</b>
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>RUA PADRE CICERO , 222 , CENTRO</b>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Remígio</b>	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO - 15 - UF <b>251270 PB</b>
16 - CEP <b>58398000</b>	

EXA-02

<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acq com da e defunidade em genhtr</i>

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>ATO CIR</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame Físico</i>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de 1º Metacarpo</i>		
21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016278218009</b>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES</b>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>02/01/2019</b>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. João Paulo Oliveira Nunes</i> ORIGEM DO REGISTRO: 9661	

<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA		
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - Cód. ORGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	





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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1805459 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 02/01/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente : Vanesca Patrícia Sales Do Nascimento

PACIENTE: GERFFISSON ROBERTO CEP:58398000 Nascimento:14/09/1988

DA COSTA GOMES Sexo:M Telefone: 96762101

Endereço: RUA PADRE CILCERO Idade: 030 Bairro: CENTRO

Cidade: Remígio RG: 15994451 Nº: 222

Nome da Mãe: GERLANE DA COSTA GOMES CPF: Profissão:

Responsável: Data de Atendimento: 02/01/2019 CNS: 705000658479151

Estado Civil: Solteiro(a) Hora: 16:09:07 CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO Especialidade:

Médico: CRM:

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

- 1. Abrasão
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Crepitação
- 6. Dor
- 7. Edema
- 8. Empalhamento
- 9. Enfisema subcutâneo
- 10. Esmagamento
- 11. Equimose
- 12. F. Arma branca
- 13. F. Arma de fogo
- 14. F. Cortuso
- 15. F. Cortante
- 16. F. Corto-cortuso
- 17. F. Perfuro-cortuso
- 18. F. Perfuro-cortante
- 19. Fratura óssea fechada
- 20. Fratura óssea aberta
- 21. Hematoma
- 22. Injuriamento Venoso
- 23. Laceração
- 24. Lesão tendinosa
- 25. Luxação
- 26. Mordedura
- 27. Movimento torácico paradoxal
- 28. Objeto Encaixado
- 29. Ocorrência
- 30. Paralisia
- 31. Paralisia
- 32. Paratessia
- 33. Queimadura
- 34. Hemorragia
- 35. Síndese de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: Queda de Mpio

http://10.1.1.148/projetohtctj/impreurgencia.php?contai=1805459

EXAME PRIMÁRIO - DADOS ICOS

2/2  
Tornante vítima de colisão moto - cers na 4ª hora. não houve reposte no m. neja e vestio de beldade e localica. nessa vmito perde conscienga e contuls. Afirma dor, em tolns e ombro e mobilizao passiva.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow PA HGT: SatO2

19: 4.01 2/2  
20: 4.01 2/2  
21: 4.01 2/2  
22: 4.01 2/2  
23: 4.01 2/2  
24: 4.01 2/2  
25: 4.01 2/2  
26: 4.01 2/2  
27: 4.01 2/2  
28: 4.01 2/2  
29: 4.01 2/2  
30: 4.01 2/2  
31: 4.01 2/2  
32: 4.01 2/2  
33: 4.01 2/2  
34: 4.01 2/2  
35: 4.01 2/2  
36: 4.01 2/2

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia: TO  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: RAIO X  
( ) Tomografia Computadorizada ( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: 08/10/19 às : Dia / /  
Especialista: / / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<u>ARA DE CUBUBRA GERAL</u>	
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Jessé Clementino Filho  
Endoscopia  
CRM PB 6486







GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

Nome: Genfisson Roberto de Costa Gomes  
End: Rod. 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 moto

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente  
Frequência respiratória:  
Pressão arterial:  
Dosagem de HGT:  
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca  
Frequência cardíaca:  
Temperatura axilar:  
Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida

MOD. 11

### Estratificação

- ( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

- (X) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



















DIAGNÓSTICO  
 PNE - F + Snduro (Seguindo)  
 + PDI + Antibio

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio	Horário	Prescrição Médica	Evolução Médica
1771	28	4			1. Dieta Livre 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h 4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 3/8h SN 7. Nauseudron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia 9. SSVV + CCGG	
					Dr. Wagner Falcão ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 6643	

6 6





Nome do Paciente <u>Carreira Roberto</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>23/11</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>DR. ANDRÉ BILKESER</u>	1º Auxiliar <u>DR. YURCA (MR2)</u>		
2º Auxiliar <u>DR. EDUARDO (MR2)</u>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <u>FX OMBRO 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 ao DDT + INCISÃO
2. INCISÃO G INCISÃO
3. POSIÇÃO DA MÃO EXTERNA
4. Sutura em 4 pontos de sutura ① + drenagem por placas + hemostase.
5. Redução ovariária de fx + osteotomia para drenagem em L F + fixação costuras, rede elástica.
6. Lavagem de FO com SF
7. Sutura por placas
8. Curativa
9. À URPA

*[Signature]*  
 Dr. Everton Melo  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PB 9950

Mod. 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME: <i>Gezimor Roberto de Castro Gomes</i>			IDADE	SEXO	COR	
DATA: <i>11/11</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
	URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA			
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO		
<i>Procedimento para fratura</i>								
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
AGENTES ANESTÉSICOS					INDUÇÃO			
LIQUIDOS					Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____			
					Laringo espasmo: _____ Lenta: _____			
					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
					MANUTENÇÃO			
					<i>efluvio</i>			
					<i>decaído</i>			
					<i>mesmo</i>			
					<i>de novo</i>			
					ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____			
					Não, por quê? _____			
					DESPERTAR			
					Reflexos na SO: _____			
					Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____			
					Náuseas: _____ Vômitos: _____			
					Outros: _____			
					Com cânula: _____			
					Paro o Leito Sim _____ Não _____			
					CONDIÇÕES: _____			
SÍMBOLOS								
ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO	<i>Tranquila / perito A + m...</i>							
AGENTES	<i>propofol / fentanyl</i>							
TÉCNICA	<i>propofol / fentanyl</i>							
OPERAÇÃO	<i>procedimento de fratura</i>							
CIRURGIÕES	<i>Dr. ...</i>							
ANESTESISTAS	<i>Socorro / ...</i>							
OBSERVAÇÕES	<i>OK</i>							

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPS







**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 <sub>2</sub> < 90 com oxigênio = 0 Sat O <sub>2</sub> > 90 com oxigênio = 1 Sat O <sub>2</sub> > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

*Suzanne  
URPA*

*S. Martins*

Assinatura do anestesista



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

<b>PACIENTE:</b> <i>Gechisson Roberto da Costa Gomes 14/09/88</i>						 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>  SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
<b>QI</b> <i>—</i>	<b>LEITE</b> <i>sala 04</i>	<b>CONVÊNIO</b> <i>88</i>	<b>IDADE</b> <i>30</i>	<b>REGISTRO</b> <i>1805459</i>		
<b>CIRURGIA</b> <i>proctologia de Joelho</i>			<b>CIRURGIÃO</b> <i>André e Yurra Evorlan</i>			
<b>ANESTESIA</b> <i>bolus + sedação</i>			<b>ANESTESIA</b> <i>Socorro A</i>			
<b>INSTRUMENTADORA</b>		<b>DATA</b> <i>23/01/19</i>	<b>INÍCIO</b> <i>14:00</i>	<b>FIM</b> <i>15:15</i>		
<b>Qtd.</b>	<b>MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS</b>		<b>Bolsa Colostoma</b>	<b>Qtd.</b>	<b>FIOS</b>	<b>CÓDIGO</b>
	Adrenalina amp.	<i>01</i>	Calel. p/ Oxy.		Catgut cromado Serfix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Serfix	
<i>01</i>	Diazepam amp.	<i>04</i>	Compressa Grande <i>PLH</i>		Catgut cromado Serfix	
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Serfix	
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Serfix	
	Fenegam amp.		Dreno Kerr n°		Catgut Simples Serfix	
<i>01</i>	Fentanil/ml		Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	<i>insuf. de oxigenio</i>		Dreno Pezzer n°		Ethibond	
<i>01</i>	Ketalar ml	<i>01</i>	Equipo de Macrogolias		Ethibond	
	Mercaína % ml		Equipo de Macrogolias		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Serfix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodrão Serfix	
	Protigmine amp.	<i>01</i>	Esparadrapo Larco 3m		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protoxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	<i>01</i>	Gase Pacote c/ 10 Unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml		Mononylon	
	Thionembatal ml		Intracath Adulto	<i>03</i>	Mononylon <i>20</i>	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
<b>Qtd.</b>	<b>MEDICAÇÕES</b>	<i>02</i>	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Serfix	
<i>01</i>	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Serfix	
<i>02</i>	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidól amp.	<i>08</i>	Luvas 7.5 <i>para</i>		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0	<i>03</i>	Vicryl Serfix <i>0</i>	
<i>01</i>	Geramicina amp.	<i>01</i>	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	<i>01</i>	Oxigênio l/m <i>2 l/min</i>			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.	<i>01</i>	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	<i>01</i>	PVPI Tópico ml.	<b>Qtd.</b>	<b>SOROS</b>	
<i>01</i>	Kanaktion amp.	<i>01</i>	Sabão Antiséptico	<i>02</i>	SG Normotérmico fr 500 ml	
	<i>Carbénicilina</i>	<i>04</i>	Saco coletor <i>para</i>		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotrinazol.	<i>02</i>	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	<i>02</i>	Seringa desc. 20 ml	<i>02</i>	SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	<i>02</i>	Seringa desc. 05 ml	<i>02</i>	SG fr 500 ml <i>para</i>	
	Revivan amp.		Sonda			
<i>02</i>	Stuptapon amp.		Sonda folley	<b>Qtd.</b>	<b>ORTESE E PRÓTESE</b>	
	<i>Carbénicilina</i>		Sonda Nasogátrica	<i>01</i>	<i>placa em 24 horas E</i>	
			Sonda Uretral n°			
			Sterydrem ml	<i>02</i>	<i>pacotes expostos</i>	
			Torneirinha			
<b>Qtd.</b>	<b>MATERIAIS / SOLUÇÕES</b>	<i>01</i>	Vaselina ml	<i>03</i>	<i>lock kits</i>	
<i>02</i>	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	<i>05</i>	Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5		<i>eletrodos</i>			
<i>01</i>	Agulha p/ raque n° <i>25</i>	<i>02</i>	<i>Algodão (etc)</i>			
<i>01</i>	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

- EQUIPAMENTOS**
- Oxímetro de Pulso
  - Serra
  - Desfibrilador
  - Foco Frontal
  - Fonte de Luz
  - Foco Auxiliar
  - Eletrocautério
  - Oxícapiógrafo
  - Cardiomonitor
  - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

*Aguib*

MOD 066





**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: Inst. Endo. de Fmion PHOR TUBIAL

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
PLACA EM 4,5 "L" 04F ESQU.		01	
PLA. ESPONJOSO RAB N. 80		01	
" " RAB N: 75		01	
PLA. 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: DR. ANDRÉ RIBEIRO + DR. YURI + DR. EVERTON

OBSERVAÇÕES: 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

## **DESPACHO**

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

