

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ADRIANO CAMELO DA SILVA
brasileiro, portador(a) do RG nº 3343689, inscrito(a) no CPF nº 087198.404-03, residente e domiciliado na Rua da Bica, s/n - Pitimbu, Paraíba.

Outorgados: **Dr. ABRAÃO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o n.º 12.904, e-mail: abraao@vieiraecosta.com.br, **Dr.** com escritório profissional na Rua João Amorim, 356, sala 2, Centro, João Pessoa, PB, fone (83) 3243-8889, Cep: 58013-310

Poderes: Confere amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "**ad judicium et extra**", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, reclamações trabalhistas, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas judiciais, cautelares, administrativas, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos médicos e prontuários médicos junto a hospitais públicos e/ou privados e clínicas, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, fazer acordo, impugnar, assinar termos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s), bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda receber Alvarás Judiciais e quantias correspondentes perante cartórios judiciais e instituições bancárias a exemplo de Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, dando tudo por bom, firme e valioso, conferindo-se ao presente instrumento de **mandato cláusula "em causa própria"**, e a sua revogação não terá eficácia, nem se extinguirá pela morte de qualquer das partes, nos termos do art. 685 do Código Civil.

Poderes Específicos: A presente procuração outorga aos advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15**, podendo tais poderes serem substabelecidos.

João Pessoa, 20 de junho de 2019.

Adriano Camelo da Silva
OUTORGANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 900



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

16 JUL. 2019

LIFE ASSÉCURIA

CORRETORA DE SEGUROS



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8343609

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/07/2013

NOME ADRIANO CAMILO DA SILVA

FILIAÇÃO Severino Camelo do Espírito Santo
t.o.
Maria Dalva da Silva

Pitimbu-PB

NATURALIDADE

07.04.1988
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 3888-Fls. 378-Liv. 44-Cart.
DOC. ORIGEM
Pitimbu-PB

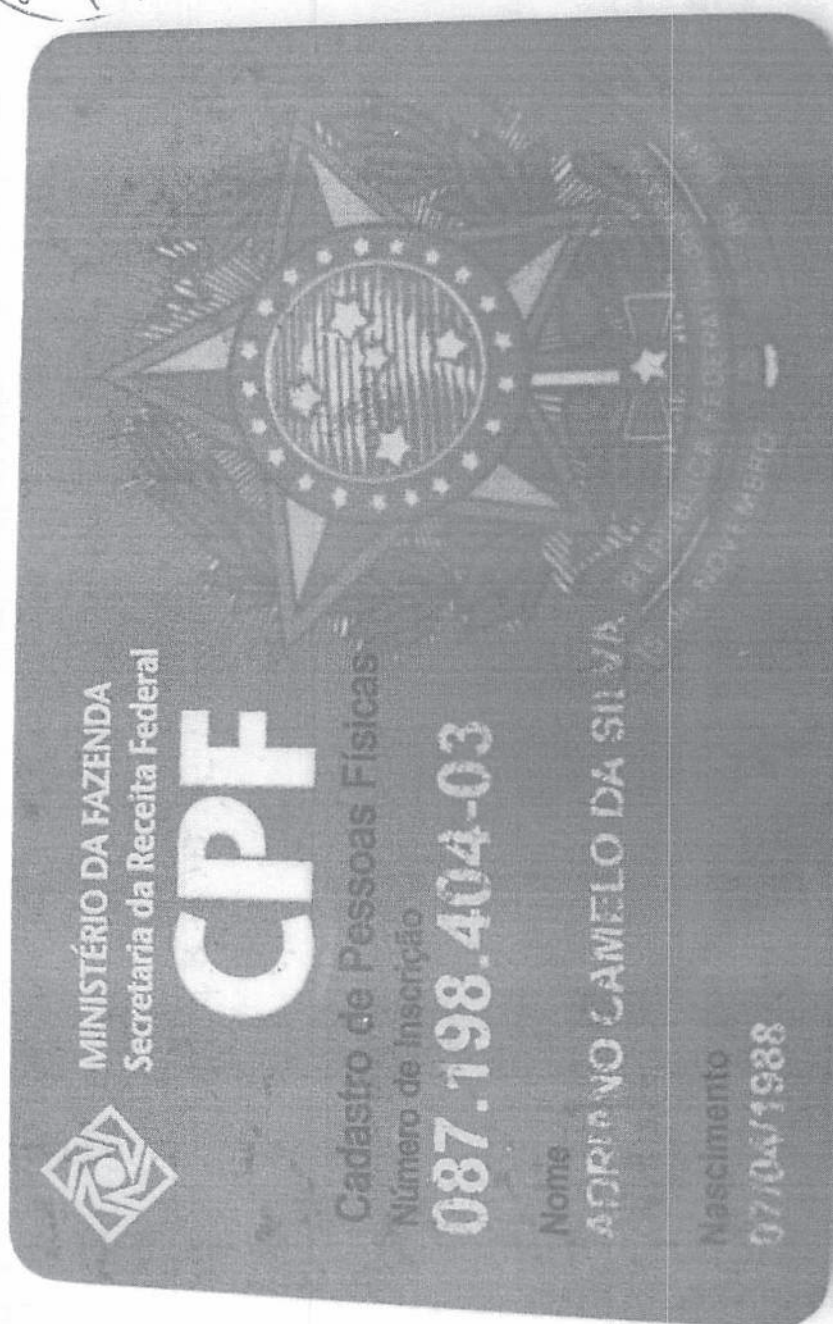
CPF

João Pessoa - PB

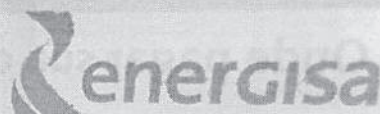
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





NECIVALDO LOURENÇO DOS SANTOS
RUA DA BICA, S/N - TAQUARA
PITIMBU / PB CEP: 59324000 (AG 18)



Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 6 - 19 - 210 - 1470 Referência: Jul / 2019
Medidor: 00008163773 Emissão: 11/07/2019

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 027.808.498
Cód. para Déb. Automático: 00014361315

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2019	11/07/2019	12/08/2019	763.015.404-69 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1436131-5

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ADRIANO CAMELO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 07/04/88
NOME DA MÃE MARIA DALVA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 19609
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1083111
DATA DO ATENDIMENTO 19/05/18
HORA DO ATENDIMENTO 14:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE FEMUR ESQUERDO
CID 10 S73.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM DOR NA COXA ESQUERDO, DEVIDO A CONTUSÃO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA COXA ESQ,



RESULTADOS DOS EXAMES:

FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR EAQUERDO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

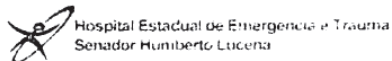
ALTA HOSPITALAR: 24/05/18
DATA DA EMISSÃO: 20/07/18

Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/HEETSHL
CRM 1873/PB
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO
CRM: 1873/PB

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

99373-7531 (De Prop)





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

Boletim de Atendimento: 1083111



Identificação do paciente

ID 219270	Nome ADRIANO CAMELO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30 anos 1 mes 12 dias	Estado civil
Mãe MARIA DALVA DA SILVA	Pai SEVERINO CAMELO DO E.SANTO	Religião
Escolandade	Responsável (Parentesco) ADRIANO CAMELO DA SILVA - IRMAO(A)	Prontuário 19609
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993734683	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3343689	Nº Cns 898001953846582
Local de procedência PITIMBU	UF PB	Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade PITIMBU	CBO/R

Endereço

CEP 58324972	Município de residência PITIMBU	UF PB
Número SN	Complemento	Logradouro NOVA VIDA, S/N
		Barro CENTRO

Admissão

Data e Hora 19/05/2018 14:11:54	Número da pulseira 1000059881062	Convênio SUS
---	--	------------------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL
Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadoras e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vero de ambulância Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Acidente com história de colisão por trauma com lesões na coxa, pulso direito SPO: 99 TC: 11/15

Diagnóstico

Atendido por
PRISCILA JORGE DA SILVA

Priscila J. de Souza
Enfermeiro
COREN-PB 500757

Imprima

Tempo
01min 02seg



19/05/2018 14:11





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, . JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ADRIANO CAMELO DA SILVA	BAE 1083111	Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30a 1m 12d	Sexo Masculino	CNS 898001953846582
Mãe MARIA DALVA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993734683
			Prontuário 19609
Endereço NOVA VIDA, S/N, SN	Bairro CENTRO	Município PITIMBU	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54		Data/Hora Prescrição 19/05/2018 15:40:31	

Anamnese

Paciente com história de cirurgia prévia no fêmur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda, queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro.

estado geral comprometido, hipocorado, eupneico,

PACIENTE COM DOR A PALPAÇÃO DE MIE

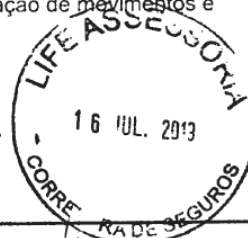
RX MONSTRANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO A CIMA DA PLACA

CD:

CENTRO CIRURGICO TRAÇÃO

Conduta

Em observação

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

ADRIANO CAMELO DA SILVA

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em: 19/05/2018 14:12:56

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=291906&pesquisa=S&perform=imprimir



19/05/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=292003&pesquisa=5&...



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ADRIANO CAMELO DA SILVA		BAE 1083111	Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30a 1m 12d	Sexo Masculino	CNS 898001953846582	Telefone de Contato (83) 993734683
Mãe MARIA DALVA DA SILVA				Prontuário 19609
Endereço NOVA VIDA, S/N, SN		Bairro CENTRO	Município PITIMBU	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA		Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54		Data/Hora Prescrição 19/05/2018 17:49:55		

Anamnese

paciente com história de cirurgia prévia no fêmur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda, queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro
estado geral comprometido, hipocorado, eupneico.

PACIENTE COM DOR A PALPAÇÃO DE MIE

RX MONSTRANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO A CIMA DA PLACA

CD:

CENTRO CIRURGICO TRAÇÃO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

CUIDADOS

SSVV + CCGG

CURATIVO

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

UREIA - SORO

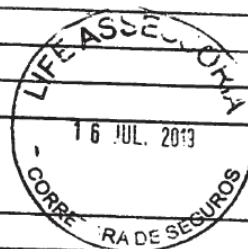
COAGULOGAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

Conduta

Internar Paciente



Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 19/05/2018 14:12:56

3.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=292003&pesquisa=5&...



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 19/02/2020 16:52:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021916524544600000027432429>
 Número do documento: 20021916524544600000027432429

Num. 28449917 - Pág. 4



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
ADRIANO CAMELO DA SILVA	1083111	19/05/2018 14:11:54	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
07/04/1988	30a 1m 12d	Masculino	898001953846582
Mãe			Telefone de Contato
MARIA DALVA DA SILVA			(83) 993734683
Endereço	Bairro	Município	Prontuário
NOVA VIDA, S/N, SN	CENTRO	PITIMBU	19609
Acidente	Motivo	Profissional	UF
MOTO X ANIMAL	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO	PB
Data/Hora Classificação		Nº Cons. Regional	
19/05/2018 14:11:54		3945/PB	
	Data/Hora Prescrição		
	19/05/2018 14:22:22		

Anamnese

paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda. queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro
estado geral comprometido, hipocorado, eupneico,
torax ndn
abdome m ndn.
crânio: ndn.

HD: FRATURA DE FEMUR ESQUERDO(RE-FRATURA).

ALTA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

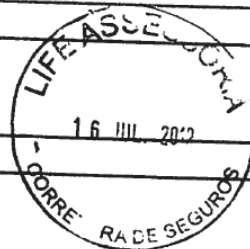
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

Conduta

Em observação



ADRIANO CAMELO DA SILVA

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 19/05/2018 14 12:56

0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=291871&pesquisa=S&perform=imprimirProc



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 19/02/2020 16:52:46
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021916524544600000027432429
Número do documento: 20021916524544600000027432429



Prontuário: 1083141

de metformine et d'insuline (place + participation) et

de mte quintal di sinte (place) to the city of San Pietro (E)

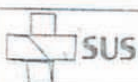
12

[illegible]

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREY

ASSINATURA CIRCUIT COURT OF THE 15th JUDICIAL CIRCUIT IN AND FOR THE COUNTY OF ALBUQUERQUE, NEW MEXICO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

ATOP

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

ATOP

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano Cordeiro de Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1083333

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 / 1

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

cx 4,5

Place ap briga de 10 pontos (ab.)

Percurso articulação n° 30/3 - 32/4 - 34/5 - 36/5 - 38/5



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/05/18

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Adriano Carlos da Silva BE/Prontuário: 1093111
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: _____
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura
Cirurgião: Dr. Marcelo 1º Assistente: Dr. Carlos
2º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Local Horário: Início _____ Término _____

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

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelamento: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Daniel Consórcio Arruda
MÉDICO
CRM 11134

Médico/CRM: _____

F(NG)ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Antebraço exposto

PELADA

Antebraço lavado

Antebraço preparado

Incisão:

Princípio de incisão em L no antebraço

Recontato

Achados:

FK pequeno fraco

Conduta:



Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

Daniel Conserve Arruda
MÉDICO
CRM 11134

João Pessoa, 19/07/2020

F(NG).ASCIR.009-1



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/05/18

PRONTUÁRIO:

1083111

PACIENTE: ADRIANO CAMELO DA SILVA SEXO: M COR: IDADE: 30 ANOS

TEMPERATURA PULSO 72 bpm RESPIRAÇÃO OK TEMPERATURA PESO 75 kg GRUPO SANGÜÍNEO

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

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO (X)

AP. CIRCULATÓRIO (X)

AP. DIGESTIVO (X)

ESTADO MENTAL LOTE

DROGAS EM USO VPM

PRÉ-ANESTÉSICO

DORMONID 2mg IV Na SO

ESTADO FÍSICO (ASA)

ASA I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

CIRURGIA REALIZADA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE + T^{TO} CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÊMUR

CIRURGIÃO DR. CARLOS

AUXILIARES DR. SÁVIO

TEMPO DA ANESTESIA 10:30

TÉRMINO DA ANESTESIA

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES R\$

ANESTESIA L.M.F. VALE + CPT 650.882.174-92

CRM-PB 4229

CONTINUAÇÃO DO ANESTESISTA DR. ROBERTO (MEX) 11:30

100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000
100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000

ANESTESIA GERAL () RAQUIDIANA (X) EPIDURAL () BLOCO PLEXO () BLOCO NERVOS () OUTROS ()

LA-L4, AGULHA 26 G, LCR (X) INJEÇÃO DO AL E DO OPIÓIDE.

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	DORMONID - 2mg IV	11
2	NEOCAÍNA 0,5% ISOBÁRICA (20mg) + DIMORF (80mg) + CLONIDINA (45mg) INJET	12
3	CEFALOTINA - 2g IV	13
4	DEXAMETASONA - 4mg IV	14
5	CETOPROFENO - 300mg IV	15
6	DIPIRONA - 2amp. IV	16
7		17
8		18
9		19
10		20

ASSINATURA DO ANESTESISTA

F (ING) ASCIR 026-1





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PROCEDIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - NOME DA ME OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CEP)

14 - COD. REG. MUNICIPAL

15 - CID

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Obtido de Steiman n° 410

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

MÉDICO
CRM 1134

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

CNS

CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07769.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07769.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:53 horas do dia 12 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Adriano Camelo da Silva**, CPF nº 087.198.404-03, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Eletricista, filho(a) de Maria Dalva da Silva e Severino Camelo do Espírito Santo, natural de Pitimbu/PB, nascido(a) em 07/04/1988 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Bica, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo a Barbearia do Lindo., na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99373-7531.

Dados do(s) Fatos:

Local: Zona Rural Próximo a Taquara., Pitimbu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/05/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 19/05/2018 por volta das 12:30 horas quando transitava, pelo Zona RURAL da cidade de Pitimbu-PB; nas imediações da Taquara, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS ano e modelo: 2011/2011, de cor vermelha de placa: PEF2455/PB CHASSI: 9C2JC4110BR705826 pertencente ao Sr. Givanildo Nunes da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando, um animal atravessou repentinamente à pista e que o declarante não teve tempo suficiente de frenagem vindo a colidir com o animal; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 19609, FRATURA DE FEMUR ESQUERDO CID S73.2 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO CRM 1873/PB.

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

João Pessoa/PB, 12 de julho de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


ADRIANO CAMELO DA SILVA
Noticiante





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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430381

Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA

Data do Acidente: 19/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO CAMELO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001800-7**

Conta: **000000536380-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





Poder Judiciário da Paraíba
16ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0811303-97.2020.8.15.2001

AUTOR: ADRIANO CAMELO DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa/PB, na data da assinatura eletrônica

