



GGSN – ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado,

OUTORGANTE, RANNA BEATRIZ DE SENA FELÍCIO, brasileira, solteira, estudante, inscrito no CPF sob nº 012.256.444-79 e no RG sob nº 4.188. 579 – 2º via SSP/PB, residente e domiciliado na Rua João Aleixo, nº 200, Centro, Lucena-PB, CEP: 58.082-062.

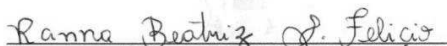
OUTORGADO: Drº **GILBERTO GOMES DA SILVA NETO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Paraíba sob nº 27.276, com escritório localizado na Rua José Madruga Bezerra Cavalcanti, nº 600, Centro, Lucena-PB, CEP: 58.315-000, endereço eletrônico: gilbertoneto.gg@gmail.com

OBJETO: representar o (s) Outorgante (s), promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad iudicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritas, os poderes especiais para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art.105 da Lei 13.105/2015.**

Lucena, 26 de fevereiro de 2019.


RANNA BEATRIZ DE SENA FELÍCIO

Av: Américo Falcão, 368, salas 01 e 02, Centro, Lucena- PB – CEP: 58.315-000
Telefone: (083) 3293 1193/ 9 8899 0662 - Email: monteiroadvogado22@gmail.com



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.188.579 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 07/03/2017

NOME
RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

FILIAÇÃO
RONALDO DA SILVA FELICIO
HERICA VIRGINIA NASCIMENTO DE SENA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
SANTA RITA-PB 06/05/1999

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. Nº2.555 - LIV.A-3 - FLS.139-V - CARTORIO SANTA RITA-PB

CPF
02.256.444-79

Assinatura do Diretor
Gilberto A. B. Neto
Data de emissão: 29/08/93

B+

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
102.256.444-79

Nome
RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Nascimento
06/05/1999



GILCELIO GUTENBERG MONTEIRO DE SENA
 RUA JOAO ALEXO, S/N - CENTRO
 LUCENA / PB CEP. 59315000 (AG. 1)

Ligação: MONOFÁSICA
 Cls/Sbc: RES VTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
 Roteiro: 7 - 11 - E50 - 980
 Medidor: 00008736705

ENERGIA
 3r230, Km25 -
 Referência: Nov / 2019
 Emissão: 12/11/2019

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 019

Conta referente a	Apresentação	Data próxima
Nov / 2019	12/11/2019	12/12/2019

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato
 Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Anterior		Atual		Constante
Data	Leitura	Data	Leitura	
14/10/18	4137	12/11/19	4233	1

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor
001 Consumo em kWh	96,000	0,775880	74,46	74,46
001 Adic. B. Amarela			1,14	1,14
001 Adic. B. Vermelha			2,31	2,31
007				

LANÇAMENTOS E DESCONTOS



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **RANNA BEATRIZ DE SENNA FELICIO**, brasileiro, solteira, autônomo, portador do documento de identidade RG nº 4.188. 579 – 2º via SSP/PB e inscrito no CPF nº 012.256.444-79, residente e domiciliado na rua João Aleixo, nº 200, Centro, Lucena-PB, CEP 58.315-000, venho declarar que, em razão de minha atual condição financeira, não tenho condições de arcar com nenhum tipo de pagamento de custos processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, da Constituição da República, da Lei nº 1.060/50, bem como nos artigos 82 e 98 do Novo Código de Processo Civil.

Reiterando minha incapacidade de custear quaisquer ações, quero solicitar, ainda, que tal benefício abranja todos os atos do processo, de acordo com o artigo 98 do novo Código de Processo Civil.

Lucena-PB, 26 de fevereiro de 2020.

Ranna Beatriz de Senna Felício

RANNA BEATRIZ DE SENNA FELICIO

CPF: 012.256.444-79





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00282.01.2019.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00282.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:47 horas do dia 11 de dezembro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ranna Beatriz de Sena Felício**, conhecido(a) por Hanna E/ou Bia, CPF nº 102.256.444-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Hérica Virginia Nascimento de Sena e Ronaldo da Silva Felício, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 06/05/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Aleixo, Nº 200, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Rua Por Trás da Antiga Casa de Show Millenium, na cidade de Lucena/PB, telefone(s) para contato (83) 98831-5752.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Porfírio Guedes, nº S/N, Via Pública Na Localidade de Gameleira Nesta Comarca, De Frente a Loja de Conveniência do "arrozinho", Lucena/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/11/19 14:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo BIZ 100 ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2015/2015, UF: PB, placa QFT-8848, chassi 9C2HC1420FR032943, renavam 0107664124-2, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 012650866995; nº. P.r.t.: 20160000026880-7; nº. Lacre: 0043237770; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: Lucena/pb; alienação Fiduciária: A. F. Administradora de Consórcio Nacional Honda L.t.d.a.; em Nome de Ricardo Lira Pereira.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

NA DATA DO FATO PILOTAVA A MOTOCICLETA JÁ DESCRITA ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO AO PASSAR POR UM QUEBRA-MOLA DA ENTRADA DA LOCALIDADE DE GAMELEIRA NESTA COMARCA, PERDEU O EQUILÍBRIO E VEIO A BATER EM UM POSTE DA REDE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SÉRIAMENTE, SENDO SOCORRIDA PELA EQUIPE DO "SAMU" LOCAL DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTO HOSPITALARES, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE PASSOU PELOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES, PERMANECENDO INTERNA PELO PERÍODO DE DEZ (10) DIAS NAQUELE COMPLEXO HOSPITALAR CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL.

ADENDO(S):

Que na data 11/12/2019, às(s) 11:19 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A DECLARANTE FOI DIAGNOSTICADA COM A PATOLOGIA "CID-10 1623/1626", CONFORME ATESTADO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA. ASSINADO PELO MÉDICO RICARDO R. CHECANOVIC, C.R.M/PB-6801.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

(R)



Procedimento Policial: 00282.01.2019.1.05.101

SELO DIGITAL
AT074323-KMPN 1/2
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



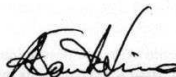
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

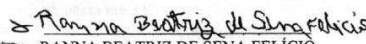
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Lucena/PB, 11 de dezembro de 2019.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0




RANNA BEATRIZ DE SENA FELÍCIO
Noticiante

Procedimento Policial: 00282.01.2019.1.05.101

2/2





PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCENA-PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU LUCENA USB 57

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n:	M.R.	Plantão	Hrs da saída	Hrs do retorno
18.07.2019	2616-219	Márcia	Diurno ☒ Noturno ☐	17:00	22:30
Paciente			Idade	SEXO	
Mara Beatriz de Sene F. de S.			20	Masc. ☐ Fem. ☒	
Local da ocorrência			Bairro:	Cidade:	
R. Propriedade			Comunidade	Lucena	
Apoio no local ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PRF ☐ SEMOB ☐ BPTRAN ☐ USA					
QTA ☐ Socorrido por terceiros ☐ Recusou atendimento ☐ Local não encontrado Outros					

TIPO DE AGRAVO

ANTECEDENTES

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO	☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO	☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ CLÍNICO	☐ AFOGAMENTO	☐ AVC	☐ DROGAS
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA-ALTURA	☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS	☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ F.A.B	☐ OUTROS	☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTO DE USO CONTINUO
☐ F.A.F		☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ GINECO-OBSTÉTRICO		☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS
☐ LESÕES TÉRMICAS			

Natureza da Ocorrência: ☐ CLÍNICO ☒ TRAUMA ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO

Motivo: Acidente de moto

<u>Hospital de Trauma</u>	
DESTINO DO PACIENTE (UNIDADE HOSPITALAR)	Responsável e função (assinatura e carimbo)
☐ Atendido do local e liberado ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante atendimento ☐ Óbito durante o transporte	
TRANSFERÊNCIA: ☐	
Hospital de origem:	Hospital de destino: <u>Ana Virginia L. do Carmo</u>
Responsável:	Responsável:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS QUEIXAS E SINTOMAS)

DADOS VITAIS: P.A. 140x90mmHg FC 93 FR 16 TEMP. 37 HGT: SpO2-S/02 94 SpO2-C/02

VIAS AÉRIAS LIVRE ☒ OBSTRUÍDA PARCIALMENTE ☐ OBSTRUÍDA TOTALMENTE ☐ EDEMA DE GLOTE ☐

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: (Diagnóstico de Enfermagem)

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa diminuída ☐ Comunicação verbal prejudicada ☐ Confusão aguda ☐ Deambulação Prejudicada
☐ Débito cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☒ Dor aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia
☒ Integralidade da Pele prejudicada ☐ Integralidade Tissular prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a atividade ☐ Mucosa oral prejudicada
☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Perfusão Tissular cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular
gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termo regulação ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicado ☐ Ventilação
Espontânea prejudicada ☐ Volume de líquido Deficiente ☐ Volume Excessivo de líquido ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção
Sensorial Perturbada ☐ Interação social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação
(Orientação da Regulação Médica) paciente consciente, orientada, responsiva e

em MMSS II, fratura exposta da mandíbula da
maxila direita, T.E. leve, sinais vitais estáveis.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Equipo, soro, gases, faixas, esparadrapo.

VENTILAÇÃO: ☒ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo Irregular ☐ Parada Respiratória
EXPANSIBILIDADE: ☒ Normal ☐ superficial ☐ Regular ☐ Irregular **EDEMAS:** ☐ Sim ☐ Não
PERFUSÃO ☒ Normal ☐ Retardada 2 Seg ☐ Ausente **PULSO:** ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente
EXAME NEUROLÓGICO: Glasgow 13 **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** ☒ consciente ☐ inconsciente
☒ Orientado ☐ Algo- Desorientado ☐ Agitado ☐ Hálito Etlíco ☐ Sonolência ☐ Convulsão ☐ Otorragia ☐ Epitaxe
IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS ☐ Midriase ☐ Miose ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas
EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ normal sem.
ENCONTRADO ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐	Bomba de infusão	DEA ADUL ☐ INF ☐	Sonda vesical	Desfibrilação
☐	Cânula Orofaríngea	Desobstrução V.A	Sonda Nasogástrica	ASPIRAÇÃO
☒	Colar cervical T:	Inalação de oxigênio	Massagem cardíaca	KED Adulto
☐	Controle de hemorragia	Cateter o2	Prancha longa	KED Infantil
☐	Cricotireostomia	Mascara reservatório	Punção venosa J.	Outros
☒	Curativo	Mascara Venturi	Talas T.	☒
☐	Compressivo ☐ Três P. ☐	Bolsa Válvula Mascara	Tração	

Descrição dos procedimentos

PERTENCENTES DA VÍTIMA: ☐ SIM ☒ NÃO Objetos:

ENTREGUES A / Local **Assinatura com carimbo do recebedor**

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO

CONDUTOR: Cassio **Matrícula:** _____
TEC. ENFERMAGEM: Beatrix **COREN:** _____
ENFERMEIRO: Kalenne **COREN:** 566 981

Informações de preenchimento exclusivo do paciente: ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa atendimento

Nome: _____ **RG:/CPF:** _____
Assinatura (Rubrica) _____ **Observação** _____
Testemunha: _____ **Fone:** _____
Testemunha: _____ **Fone:** _____



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **012650866995**

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA ANT./NOV. **PRT 20160000026980-7** EXERCÍCIO **2015**

1 0107684124-2 00/00000000 2015

RICARDO LIRA PEREIRA

09767900402 QFT8848/PB

NOVO PB 9C2HC1420FR032943

PAS/MOTONETA/MAC/ABIC GASOLINA

HONDA/H12 100 ES 2015-1 2015

2 P/97 /CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 21/07/2016

******* 0**

PREMIO ANUAL (R\$) 0,00 PREMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 26/01/2016

******* SEGURO PAGO 26/01/2016**

A.F. ADM. DE CONC. NAC. HONDA LIRA

LICENÇA PB 02277 21/07/2016 33217





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Douglas S. S. Fialho portador(a) d identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) d patologia CID-10 B623/B626, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 10 (DEZ) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 18/11/19

Ricardo S. Chaves
CRM 19912 CAR. P. 0001

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NOME: <u>Paulo Sérgio S. F. Silva</u>		PRONTUÁRIO Nº			
IDADE:	SEXO:	CLÍNICA:	BNF:	LEITO:	
DATA DE ADMISSÃO: <u>18/11/19</u>	DATA DE ALTA: <u>28/11/19</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA:			
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura fechada maxilar - 2ª e 3ª mola</u>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>0 - mesmo</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Frax K 15</u>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDIÇÃO DE ALTA		☒ MELHORADO	☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO ☐ ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES)					
<u>Procedido como segue</u>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:					
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.					
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.					
DATA: <u>28/11/19</u>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





RECEITUÁRIO

Raimundo B. Leuc

uro anal

*Oxibuprocaina 5mg
semelh*

*por 01 cp
de 818h*

Gilberto S. Nascimento
Médico(a) CRM

28/01/2020

Av. Américo Falcão, 736. Centro, Lucena-PB CEP-583150-00
E-mail: lucenasemusa@gmail.com





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Rômulo S. S. Filho

Uso Dist:

① OTURPROFENOL 600 - 600
10ml a 2. 8/8h

28/11/19


Ricardo P. Chiriacovic
CRM 10.000 / CRM 10.000

Assinatura e Carimbo





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Roberto S. S. Filho, portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S6231 S626, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 10
(DEZ) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 18/11/19

Ricardo A. Chaves
CRM-PB 1001 / CBO 361

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Receituário

Paciente: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Idade: 20

Data: null

Sexo: Feminino

CPF: Não Informado

BAE: 1204575

AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ POSTE). QUEIXA-SE DE DOR EM MÃO D, JOELHO E, DORSO, TORNOZELO D E ABDOME. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA; NEGA VÔMITOS. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM DORSO, REGIÃO LOMBAR, JOELHO E D, PERNA E D, PÉ E D, MÃO D + FRATURA EXPOSTA DO 2º QDD + EDEMA NO TORNOZELO D. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ. NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. AO EXAME: EGR, EUPNEICA, CORADA, LÚCIDA, ESTÁVEL, ACIANÓTICA, AGITADA (TEM HISTÓRIA DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA).

RAIO X MÃO DIREITA COM FRATURA EXPOSTA DAS FALANGES PROXIMAL E MÉDIA DO 2º QDD E FRATURA 3º MTD + FRATURAS RÁDIO E ULNA DISTAIS
RAIO X JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO

CD: ORIENTAÇÕES

ANTIBIÓTICO

TETANOGAMMA

ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

ORIENTADO POR DR. ROGRIGO AMARAL

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 18075

Dr. BRUNO DE LUNA ROMA

10075/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Mariana B. S. Filho portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 562, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 30
(trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 05/12/19

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) Mariana B. S. Filho
Ortopedia Pediátrica
CRM-4127

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

















FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

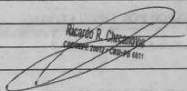
Nome: Nauma Beatriz Data da Admissão: 18/11/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: 2 Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11

QPD: Prontuário encaminhado do
HDA: Hospital de Nauma após acidente
traumático - 9 horas.
HDA: Ex. após 20 min + 1 hora
traumático - 20 min + 1 hora
Ex. 30 min + 1 hora
Ex. 1 hora + 1 hora
Medicações em uso: Sintoma + sintoma

Interrogatório Sintomatológico: Eduardo Paz Lyra
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Diminuição de Peso ☐ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: ☐ Dor ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema ☐ Outros: _____
ABD: ☐ Dor ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____
SME: ☐ Dor ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Anestesia Mognuio
Incisão:	mucho D. Fixador externo pro D. 15 2º AD. D.
Achados:	PAFI pro D. 15 3º AD. D. Procedimento em subcondro
Conduta:	
Fechamento:	
OBS:	
Data: ____/____/____	MÉDICO/CRM
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-354, Mangabeira II, João Pessoa - PB.	





Nome:	<i>Rosário D. J. Falcão</i>		Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:		<i>Ricardo R. Chaves</i>	1º Assistente: <i>ORLANDO</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Frotas / fobias por medo 2.0 Gr (D)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>D nervos</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Osteotomia</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:			1 () Sim 2 (X) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GC TARCISIO BURITT
RUA: AGEM FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
5805-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 279987 Atd: Nao Regul
Data: 19/11/2019
Hora: 23:48:11
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 102.256.444-79 Num. Prontuario: 2019.11.002180
CNS: 702507344422936 Sexo: F IDENTIDADE: 8188579 Fone: 988268694
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/05/1999 Id: 20 ano(s)
End.: RUA/ JOAO ALEJO, 200
Bairro: CENTRO Cidade: LUCENA UF: PB
Mae: HERICA VIRGINIA NASCIMENTO DE SENA Pai: RONALDO DA SILVA FELICIO
Raca: PARDAS Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: ESTUDANTE Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO
T. Inc. Responsavel: 988268694 / IDENTIDADE: 8188579
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA
Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violencia por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
PA: FR: ☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
FCI: TP: ☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
Peso: Altura: ☐ Hemorragia ☐ Dispneia
Glicemia: IMC: ☐ Diarreia ☐ Agitado
Circ. Abd: O2: ☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito
Observacao

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)
Ranina e acompanhada de
Hospital de trauma após queda
há 8 horas
Diagnostico *Conduta*
Prescrição *Horario da medicacao*
0565x 800ml EV. 8h





Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Mista de Cabedelo

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0804555-76.2020.8.15.0731

DESPACHO

DESPACHO

Vistos, etc.

Recebo a inicial, deferindo pedido de justiça gratuita

Considerada a excepcional situação atual de pandemia decorrente do COVID19 e a consequente suspensão dos atos presenciais neste Tribunal, postergo para momento posterior a realização de audiência de conciliação, determinando a citação da ré para, querendo, contestar o pedido contido na presente ação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia e confissão, esclarecendo, ainda, que se presumem verdadeiros os fatos não impugnados.

CUMPRA-SE.

CABEDELO, 02 de julho de 2020.

Juiz(a) de Direito



Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Mista de Cabedelo
BR230, KM 01, Camalaú, CABEDELLO - PB - CEP: 58000-000
CABEDELLO()

Nº do processo: 0804555-76.2020.8.15.0731
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Seguro]

MANDADO DE CITAÇÃO

Atravé sdo presente, e de ordem do MM. Juiz de Direito da 5ª Vara Mista de Cabedelo, CITO a parte
Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: R SENADOR DANTAS, 74, - de 58 ao fim - lado par, CENTRO, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

CABEDELLO, em 2 de julho de 2020.

De ordem, BRENDA LINS FERRER PEDROSA BEZERRA
Servidor

